

基于工作要求—资源模型的我国家庭健康指导员工作实践与机制研究

靳思慧^{1,2*} 郭胜鹏^{1,2} 王虎峰^{1,2}

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2. 中国人民大学医改研究中心/健康与医改政策实验室 北京 100872

【摘要】目的:在健康家庭建设全面推进的背景下,基于JD-R模型,系统分析我国家庭健康指导员的工作实践机制。方法:选取来自四个地区的30名家庭健康指导员开展半结构化深度访谈,利用主题框架法进行归纳。结果:在工作资源得到有效调动时,政策支持明确、领导重视以及培训机会共同强化工作意义与胜任感,形成投入增强、服务质量提升的“资源—动机”路径;在任务叠加、多头管理且经费与待遇保障不足的情境下,则表现为负荷累积、角色冲突和职业损耗的“要求—损耗”路径。结论:缓解家庭健康指导员“高要求—低资源”的结构性失衡,应建立跨部门统筹与协同机制,构建稳定的经费保障和绩效激励体系,完善分层培训体系与标准化服务工具,以提升家庭健康指导员队伍的可持续性和健康家庭建设的制度效能。

【关键词】JD-R模型;家庭健康指导员;工作机制;优化路径

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.01.010

Work practices and mechanisms of family health instructors in China based on the Job Demands-Resources model

JIN Si-hui^{1,2}, GUO Sheng-peng^{1,2}, WANG Hu-feng^{1,2}

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Health and Reform Policy Laboratory, Health Reform and Development Center of Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: Against the backdrop of the nationwide rollout of healthy family initiatives, this study draws on the Job Demands-Resources (JD-R) model to systematically analyze the work practice mechanisms of family health instructors in China. Methods: Semi-structured, in-depth interviews were conducted with 30 family health instructors from four regions, and a thematic framework approach was used for data analysis and synthesis. Results: When work resources are effectively mobilized, clear policy support, visible leadership attention, and adequate training opportunities jointly strengthen instructors' sense of work meaningfulness and competence, forming a "resource-motivation" pathway characterized by increased work engagement and improved service quality. By contrast, under conditions of task accumulation, multi-agency management, and insufficient financial and remuneration security, instructors are more likely to experience workload accumulation, role conflict, and professional strain, reflecting a "demand-strain" pathway. Conclusions: To alleviate the structural imbalance of "high demands-low resources" faced by family health instructors, it is necessary to establish a cross-sectoral coordination mechanism, build stable funding and performance incentive systems, and improve tiered training schemes and standardized service tools, thereby enhancing the sustainability of the family health instructor workforce and the institutional effectiveness of healthy family construction.

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(23BGL298)

作者简介:靳思慧(1999年—),女,博士研究生,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:jinsihui@ruc.edu.cn

通讯作者:王虎峰。E-mail:wanghufeng616@ruc.edu.cn

【Key words】 Job Demands-Resources model; Family health instructor; Work mechanism; Optimization path

1 引言

家庭是维护和促进居民健康的基本单元^[1],健康家庭不仅是最核心、最贴近生活的“健康细胞”,也是推动健康中国战略由理念走向实践、由政策走向成效的关键。如何将国家层面的健康战略嵌入家庭场景、转化为家庭成员可感知和可实践的健康行为,成为健康中国建设面临的现实问题。在这一背景下,家庭健康指导员作为推动政策落地、强化家庭健康支持的重要抓手被赋予关键作用。家庭健康指导员以家庭为服务单元,承担着连接宏观政策与微观家庭的重要中介作用,核心在于为每个家庭培养健康责任主体,增强家庭健康管理能力,发挥家庭在增进福祉、提高居民健康水平中的重要作用。我国家庭健康指导员政策体系逐步形成并不断完善,2019年《关于服务乡村振兴促进家庭健康行动的实施意见》(国卫人口发[2019]53号)和2020年《关于开展家庭健康促进行动的通知》(国计生协[2020]18号)的出台,明确了家庭健康指导员的角色内涵与功能定位。2022年《关于加快推进家庭健康指导员队伍建设的通知》(国计生协[2022]11号)明确了家庭健康指导员工作任务清单,是指导家庭健康指导员队伍建设的纲领性文件。2024年,国家卫生健康委办公厅等八部门共同印发了《关于全面开展健康家庭建设的通知》(国卫办人口发[2024]1号),对健康家庭建设工作作出总体部署,提出了家庭健康指导员覆盖率的量化目标,标志着家庭健康指导员队伍建设进入系统布局和全面推开阶段。

综合现有研究,学界对家庭健康指导员的关注主要集中在角色定位、制度约束与能力支持三个方面。在功能定位方面,家庭健康指导员的角色本质上是基层健康治理体系功能分化的产物,其核心价值在于填补专业医疗服务与家庭健康需求之间的“结构性缺口”^[2],提示了该岗位形成的制度逻辑。在制度与发展方面,相关研究强调当前家庭健康指导员的培养体系面临多个发展困境,包括顶层设计不完善、制度保障不足、人才培养体系不健全、资金保障不到位以及数字媒体技术手段的应用滞后等。^[3]在能力提升方面,相关研究从网络社群、健康科普和多主体协同的角度,论述了提高家庭健康指导员健康

素养和强化与社区、医疗机构协作对家庭健康促进的重要作用。^[4-5]

总体来看,现有研究为理解家庭健康指导员的角色价值和发展瓶颈提供了重要基础,但整体仍以经验描述为主,对其具体工作过程及其运行机制缺乏系统刻画,尚未形成统一的分析框架。尽管家庭健康指导员在促进健康治理向家庭单元延伸、弥补基层医疗卫生服务供给不足方面具有重要价值,但从实践来看,其工作模式仍处于探索阶段,职责呈现多元且跨领域的特征。同时,相关的制度保障、人才培养与经费支持等机制尚未形成稳定配置,制约了其功能发挥与服务成效。^[3]因此,亟需遴选基础较好、实践较为成熟的地区开展系统分析,厘清我国家庭健康指导员职责实现机制与现实约束,探讨影响其工作成效的关键因素,为进一步完善家庭健康指导员相关政策与优化健康家庭建设提供实证依据和政策参考。

2 理论来源与分析框架

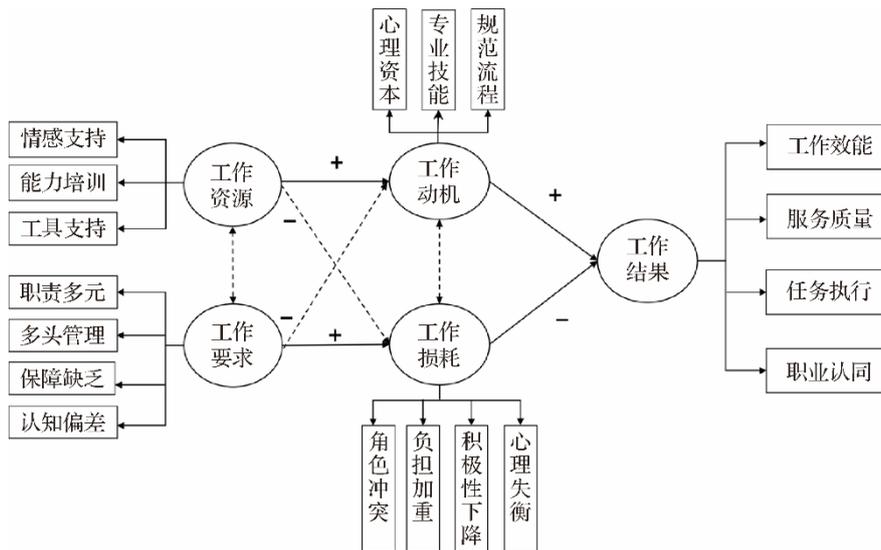
2.1 JD-R 模型

工作要求—资源模型(Job Demands-Resources model, JD-R)由BAKKER、SCHAUFELI等学者提出。^[6-7]核心假设是每种职业都有影响工作者身心健康及工作状况的独特因素,所有这些因素可归为工作要求和工作资源。工作要求(Job Demands)是工作中与身体、社会或组织有关的,需要持续不断地付出身体或心理努力的因素,如高强度的任务、时间压力等;工作资源(Job Resources)是能为工作者提供支持和帮助的工作因素,有助于工作者达成工作目标、减轻工作要求及身心消耗^[8],如支持性的人际关系、培训机会等。此外,JD-R模型提出了“双路径”机制,即工作情景对员工产生影响有两条相对独立的路径,一是健康损耗路径,指过高的工作要求会持续消耗员工的身心能量,导致工作倦怠并引发身心健康问题;二是动机激发路径,指充足的工作资源能够激发员工的工作投入,提高工作绩效和满意度。这一模型具有全面和灵活的特性,既考虑了工作压力的负面影响,也考虑了工作动机的积极作用。此外,它可以根据不同的工作情景和目标进行调整和扩展。

2.2 家庭健康指导员工作实践分析框架

本研究以JD-R模型为理论框架,构建家庭健康指导员工作实践的分析框架(图1),旨在解释其工作情境中的关键特征如何通过不同路径影响工作状态与服务结果。JD-R模型与家庭健康指导员的工作场景具有高度契合性。首先,家庭健康指导员并非在单一组织结构中开展工作,而是深度嵌入基层治理与家庭生活场景,工作任务复杂多元,工作要求较高,这可能导致家庭健康指导员的工作损耗。其次,

家庭健康指导员工作中的工具性支持、岗位培训以及成就体验等属于工作资源范畴,这些资源并非仅在形式上存在,而是在服务环节能否被实际调动并转化为行动能力,决定了其对工作状态与服务表现的影响方向。基于JD-R模型,本研究不仅可以识别家庭健康指导员的工作特征,更能够利用模型的“双路径”机制分析家庭健康指导员在不同工作资源与工作要求下的工作结果差异。



注：“+”表示正向预测关系，“-”表示负向预测关系。实线箭头表示模型的主效应路径，虚线箭头表示调节或缓冲效应。

图1 基于JD-R模型的家庭健康指导员工作实践分析框架

3 资料来源

3.1 样本选择

选取我国河北省H市、W市以及宁夏回族自治区的Y市和Z市四个地区共30名家庭健康指导员作为研究对象,原因包括:第一,河北省在推动健康家庭建设的理论研究与实践创新相结合方面具有重要的引领作用。H市和W市广泛开设“省级家庭健康指导员师资培训班”等活动,探索家庭健康指导员的本地化实践路径。第二,宁夏回族自治区在标准化推进健康家庭建设方面具有前沿性。Y市和Z市的健康家庭建设具有标准化、制度化的特点,有助于研究家庭健康指导员工作中遇到的共性问题与差异性挑战。所遴选研究样本覆盖不同层级和岗位,包括基层医疗卫生机构、综合/专科医院以及独立从事健康指导工作的人员,以尽可能反映家庭健康指导员群体的多样性和代表性。

3.2 资料来源

2024年8—11月,课题组在四个地区开展了针对家庭健康指导员的专题现场调研。以实地观察、访谈、座谈会等多种质性研究方法,围绕家庭健康指导员的工作内容、参与体验和遇到的困难等核心议题,制定了系统化的访谈大纲。在调研过程中,研究团队对四个地区共30名家庭健康指导员分别进行深入访谈,同时结合调研笔记、视频音频、图片资料、访谈记录和发言稿等多维度材料,以增强数据的完整性和多元性。所有访谈资料均由研究人员与受访者面对面互动交流获取,并经过系统整理和分析,确保数据的有效性和一致性。本研究所有访谈均获得被访谈者的知情同意并对个人信息进行匿名化处理。

4 结果

4.1 样本的基本情况

本研究纳入的30名家庭健康指导员至少有1年以上的工作经验,且参与了至少一次家庭健康指导

相关的培训活动,保证其专业背景的可靠,样本的基本特征如表 1 所示。其中,女性指导员占大多数(70.0%),年龄集中在 41~50 岁(43.3%),教育水平以本科为主(46.7%),且 90% 的家庭健康指导员为兼职身份。

表 1 样本基本特征分析(n=30)

| 变量 | 例数(n) | 占比(%) |
|-------------|-------|-------|
| 性别 | | |
| 男 | 9 | 30.0 |
| 女 | 21 | 70.0 |
| 年龄(岁) | | |
| 20~ | 2 | 6.7 |
| 31~ | 5 | 16.7 |
| 41~ | 13 | 43.3 |
| 51~ | 10 | 33.3 |
| 教育水平 | | |
| 大专及以下 | 12 | 40.0 |
| 本科 | 14 | 46.7 |
| 硕士及以上 | 4 | 13.3 |
| 工作经验(年) | | |
| 0~ | 6 | 20.0 |
| 6~ | 8 | 26.7 |
| 10~ | 16 | 53.5 |
| 是否兼职 | | |
| 是 | 27 | 90.0 |
| 否 | 3 | 10.0 |
| 工作岗位 | | |
| 基层医疗卫生机构 | 12 | 40.0 |
| 综合/专科医院 | 10 | 33.3 |
| 独立从事家庭健康指导员 | 3 | 10.0 |
| 其他 | 5 | 16.7 |

4.2 家庭健康指导员的工作特征

4.2.1 工作资源

根据 JD-R 模型中对工作资源的分类,家庭健康指导员的工作资源主要来自政策与组织支持、培训与工具配置以及一定程度的物质和精神激励。首先,从制度环境看,国家和地方相关政策均明确提出要加强家庭健康指导员队伍建设,家庭健康指导员 NY006 提到“从我个人看,家庭健康这件事是特别好的,最起码从政策上说,国家的方向是正确的”。多地由中国计划生育协会(以下简称“计生协”)牵头,会同卫生健康部门和基层医疗卫生机构,为家庭健康指导员提供基本的岗位安排和工作平台,形成了制度上的角色认定与组织归属。家庭健康指导员 HH002 提到“我们基层工作者,包括我们这些家庭健

康指导员、社区卫生服务中心的医生、护士,对健康家庭建设还是认可的”。

第二,在能力建设方面,家庭健康指导员的培训渠道相对多元,已基本形成国家级、省级与基层单位自主培训相结合的格局。家庭健康指导员 HH006 提到“我们妇幼保健机构一般是在例会上给我们培训家庭健康的相关知识、孕产妇的健康知识指导等”。此外,计生协编撰了《家庭健康指导员培训教材》《家庭健康指导员培训教案》等手册,为开展入户宣教和家庭行为指导提供了较为系统的内容支撑。

第三,在工具与条件方面,目前主要以配备家庭健康指导员服务工具包为主要支持方式,包括血压计、腰围尺、控油壶、控盐勺、计步器等简易设备。一些地区为家庭健康指导员配备了随访记录表、健康档案表格、宣传栏材料等基础工具,逐步推动信息管理工具的规范化。

第四,在待遇和激励方面,目前国家尚未针对家庭健康指导员设立专门的经费补贴。部分地区通过整合基本公共卫生服务经费,对兼任家庭医生的指导员给予一定的工作补助、交通补贴或绩效奖励,同时辅以表彰、经验交流等情感性激励。总体来看,经费来源相对分散,薪酬保障和激励机制尚不健全,仍有较大完善空间。

4.2.2 工作要求

首先,在工作内容上,家庭健康指导员不同于社区工作人员和基层医疗卫生机构医务人员,其职能不仅包括家庭健康行为干预、健康教育、入户随访,还需配合基本公共卫生服务、慢病随访、重点人群保障以及健康宣传活动等多类工作,工作内容呈现叠加式扩展,工作跨度较大。家庭健康指导员 NZ001 提到“我觉得健康家庭建设不仅仅是医疗系统的事,社区里的社工也是很重要的一环,我们既要去做基层医疗系统的工作,又要扮演社工的角色”。

第二,在任务来源上,家庭健康指导员需要同时响应计生协、卫生健康部门、基层医疗卫生机构以及社区(村居)等多方工作安排,容易出现任务重复、安排交叉和工作节奏阶段性突增的情况,统筹协调难度较高。家庭健康指导员 NY001 提到“结合我自己的工作,我觉得建机制,要是只让计生协牵头,我觉得有点难度,需要有个统筹协调机制,这样我们的工作才不会乱”。

第三,在工作方式上,家庭健康指导员需要深入到家庭场域开展工作,对其沟通能力、情绪管理和耐

心程度提出较高要求。入户服务中,家庭健康指导员需面向不同年龄、不同文化程度的家庭成员进行解释和劝导,工作过程具有明显的情境应对和临场应对负担重的特征。此外,受限于人员数量和服务覆盖范围,指导员在家庭开展指导的时间较为紧张。家庭健康指导员 HH006 指出“基层人才较少,很多地方比如村,医疗人员较少,甚至都没有乡村医生。人手力量有限,很难保障我们在每个家庭的指导时间”。

4.3 家庭健康指导员的工作机制

本研究基于 JD-R 模型,对家庭健康指导员的工作实践进行情境化解释。与以组织内部员工为主要分析对象的既有研究不同^[9],家庭健康指导员的工作高度嵌入社区与家庭场域,体现在入户随访、健康宣教以及家庭行为指导等具体场景中。其工作状态并非由单一因素决定,而是由不同类型的工作要求与工作资源在服务情境中的配置与互动所塑造。依据 JD-R 模型的“双路径”机制,家庭健康指导员的工作实践机制如下。

4.3.1 工作资源通过增强工作意义与胜任感激发持续投入,提高工作效能和服务质量

在 JD-R 模型视角下,工作资源能够通过动机激发路径改善工作状态,即资源不仅支持工作目标的实现,更通过提升工作意义、控制感与胜任感,促进持续投入。

首先,在家庭场域开展健康教育和行为干预,面临着家庭健康指导员“能否入户、能否干预以及是否有可持续性”的问题。当政策导向清晰、上级支持明确时,为家庭健康指导员进入家庭开展服务提供了制度正当性,直接提高行动的可达性。家庭健康指导员 NZ002 提到“国家政策明确支持家庭健康服务,入户的时候居民很容易接受,我们到家里开展服务的时候少了很多阻力”。这种制度正当性使家庭健康指导员在与家庭成员沟通时减少反复解释与协调成本,为持续服务创造条件。

第二,领导的支持给予家庭健康指导员工作的动力和信心,家庭场景下的健康治理具有情境复杂性、互动频繁和情感投入度高的特征,家庭健康指导员在开展家庭服务中不可避免的面临不确定性和压力。领导支持作为情感激励的一种方式,对缓解其工作压力、稳定岗位预期并提升工作积极性有重要的促进作用。^[10]家庭健康指导员 HW005 提到“领导

们都很关心、照顾我们,对我们的工作很支持,我们也有动力提供服务”。这类情感支持不仅增强了家庭健康指导员对工作的价值感与被认可感,也提高了其对组织的归属感和持续投身家庭健康服务的意愿。

第三,围绕家庭健康指导员的工作内容开展能力培训为其提供了必要的知识与专业支撑,家庭健康强化其在宣教、沟通与行为干预中的胜任感与控制感。家庭健康指导员 HW003 在访谈中提到“定期的培训不仅让我掌握了新的健康知识,也让我感受到组织对我们的重视。”家庭健康指导员 NY003 指出“我们基层指导员,平时都没什么机会学习,我们只能在网上自己找视频,指导员集中学习政策让我们有更多接受培训的机会”。培训的作用不仅在于补齐专业能力,更在于提升家庭健康指导员在复杂家庭治理场域中的可操作性,提高工作质量和效率,帮助其在实际服务中获得更积极的反馈,强化持续投入家庭健康服务的内在动力。

4.3.2 多源叠加的工作要求通过负荷累积放大压力效应,引发角色冲突与职业损耗

JD-R 模型的健康损耗路径指出,当工作要求强度持续较高时,会通过消耗个体的心理和情绪资源,对其工作状态产生不利影响。家庭健康指导员的工作要求呈现出明显的多源叠加与情境复杂性。其压力并非来自单一任务强度高,而在于多重要求在时间、角色和目标层面的叠加。这种持续累积的负荷,容易超出个体的调适能力,长期高负荷的工作状态势必导致家庭健康指导员体力、精力的过度透支,从而导致倦怠感增加。

首先,家庭健康指导员任务多元导致工作负荷在时间维度上持续叠加。家庭健康指导员不仅要承担健康教育、家庭行为干预、家庭随访等核心服务任务,还要配合完成政策宣传、居民动员、材料填报等事务性工作。家庭健康指导员 HH006 提到“指导员存在的问题是人手不够,上门服务只是我们其中一项任务,家庭随访、入户、包括一些基本公共卫生服务的工作也是我们在做”。这种任务边界的持续外延,增加了家庭健康指导员的工作负荷,使其在工作中容易陷入低效的困境。

第二,多部门共同参与健康家庭建设,使家庭健康指导员的工作要求在组织与目标维度上出现不一致,直接导致目标模糊与负担加重。^[11]家庭健康指导员 HH003 提到“我们不仅要听计生协的指挥和卫健

委的考核要求,有时候还要和社区人员一起工作”。一方面多头管理导致家庭健康指导员需要在不同主体之间协调,增加了非正式劳务负担,另一方面频繁的“指挥者”更替,进一步降低了其工作计划性与响应效率,难以实现家庭健康指导员以家庭为中心的综合性、连续性健康服务目标。

第三,资源保障不足使得高工作要求更难被缓冲,进一步放大压力效应。由于目前尚未形成面向家庭健康指导员的稳定经费渠道和专项经费拨付安排,其在实际工作中普遍面临工作经费不足、补助缺乏连续性等问题,难以获得与其工作内容相匹配的支持与回报。家庭健康指导员 NY005 提到“上级部门的要求很多,但具体支持措施跟不上,我们开展工作更多的是情怀,但是这种方式没有可持续性。”“基层像乡村卫生院医务人员的工资都不是太能保障,在基本工资都不能保障的时候再让人家做身份之外的事,这可能困难比较大”(家庭健康指导员 NZ006)。在薪酬待遇缺乏制度化安排的情境下,高工作要求更容易由可承受的工作负荷转化为持续性的压力源,工作付出与回报长期失衡时,家庭健康指导员更容易出现职业倦怠和损耗。

5 家庭健康指导员工作的优化路径

5.1 完善培训体系与优化服务工具配置,提高家庭健康指导员服务专业化水平

能力培训与工具支持作为家庭健康指导员最基础的工作资源,可通过提升其岗位胜任感与控制感、降低服务不确定性与劳动负担,进而促进持续投入并改善服务质量。因此,地方政府、计生协以及卫生健康部门应继续强化对家庭健康指导员的专业技能培训,完善以系统化岗前培训、持续性在岗培训以及专题训练为主线的分层培训体系,围绕以家庭健康促进行动为主的核心任务,形成家庭慢病管理、健康教育、家庭健康行为干预等可复制、便于推广的课程包,逐级将专业知识下沉至基层家庭健康指导员,并同步推进工具配置与流程指引标准化,将工具包、服务指引与记录模版联动,确保培训成果的落地可持续。

5.2 完善跨部门协同治理机制,提升服务整体性与执行效率

本研究发现,尽管政策明确计生协为推进健康家庭建设工作的牵头单位,但在具体执行中,家庭健

康指导员仍需同时响应来自计生协、卫生健康部门以及社区等多个机构的工作指令,不仅加剧了其工作执行负担,也在一定程度上造成了资源配置与任务安排的错位,削弱了家庭健康服务的整体效能。^[12]因此,首先应建立跨部门协同治理机制,以计生协为牵头单位,联合卫生健康部门、推进健康中国行动协调机构以及社区卫生服务中心等,充分发挥基层的资源优势,建立家庭健康指导员培养的协同工作机制,形成常态化的任务统筹、信息共享与评价联动机制,减少任务的重复布置与反复报送,降低家庭健康指导员的工作压力以提高执行效率。其次,推动岗位职责与任务清单模块化,形成标准化和可操作的家庭健康工作指南,明确工作边界,减少因标准不清导致的服务随意性,提升工作质量与可持续性。

5.3 构建多层次激励机制与绩效考核体系,提升岗位吸引力与队伍稳定性

家庭健康指导员专项经费来源不稳定、岗位薪酬和绩效奖励缺乏明确规则、家庭健康服务难以被纳入绩效体系等制度性激励不足,加剧了职业倦怠和损耗。^[13-15]首先,建立可持续的经费保障体系,设立家庭健康指导员专项资金,并鼓励、引导和支持社会资本进入家庭健康指导员培养服务市场,满足选拔培训和开展服务所需的经费。第二,完善补偿激励机制,根据家庭健康指导员的职能和工作特点,可参考科研类事业单位设置激励机制,提高绩效奖励、津贴补助等,缩小与医疗机构人员的收入差距。对照家庭健康指导员工作任务清单,将可记录、可量化、可检验的服务过程与质量指标纳入绩效分配体系,确保指导员“干得好、有回报”,提升队伍稳定性。

作者贡献:新思慧负责研究设计、文献及访谈资料分析、论文撰写;郭胜鹏负责论文撰写、审阅与修订;王虎峰主导研究设计、联络、推动与参与实地调查、研究监督与指导、论文审阅与修订。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 尹志超,郭沛瑶.精准扶贫政策效果评估:家庭消费视角下的实证研究[J].管理世界,2021,37(4):64-83.
- [2] 潘多拉.加快推进家庭健康指导员队伍建设[J].中国卫生人才,2024(3):14-15.
- [3] 张俊杰,王文龙,郭成根,等.新时代家庭健康指导员培养的现实诉求、发展困境与推进思考[J].山东体育学院学报,2023,39(3):33-41.

- [4] 龚亮亮, 余运贤, 戎志东, 等. 网络社群的健康科普传播对提高家庭健康教育指导员健康素养的效果评价[J]. 中国健康教育, 2025, 41(7): 633-636.
- [5] 于晓梅, 阎晋虎, 张业安. 个体需求视角下中国家庭体育价值的社会性嬗变[J]. 体育与科学, 2024, 45(5): 112-120.
- [6] BAKKER A B, DEMEROUTI E. The Job Demands-Resources model: state of the art[J]. Journal of Managerial Psychology, 2007, 22(3): 309-328.
- [7] SCHAUFELI W B, BAKKER A B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study [J]. Journal of Organizational Behavior, 2004, 25(3): 293-315.
- [8] 齐亚静, 伍新春. 工作要求-资源模型:理论和实证研究的拓展脉络[J]. 北京师范大学学报(社会科学版), 2018(6): 28-36.
- [9] 裴婷昊. 社会工作者工作满意度的影响因素及其机制研究[J]. 社会工作, 2021(3): 79-90, 109-110.
- [10] 诸葛瑞倩, 吴群红, 李嘉程, 等. 基于JD-R模型的我国东北地区疾病预防控制中心人员职业认同感现状及其影响因素甄别[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(4): 464-468.
- [11] 深入发挥组织网络作用掀起建设健康家庭的热潮[J]. 健康中国观察, 2022(2): 40-45.
- [12] 周芳名. 基层减负“越减越负”的怪象及其破解之道[J]. 领导科学, 2019(21): 15-18.
- [13] 王一鸣. 百年大变局、高质量发展与构建新发展格局[J]. 管理世界, 2020, 36(12): 1-13.
- [14] 马万里, 潘江涛, 魏肖, 等. 优化公立医院绩效考核管理的对策思考[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(2): 61-64.
- [15] 崔兆涵, 王虎峰. 紧密型县域医共体医务人员医防融合行为意愿影响因素研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(2): 40-45.

[收稿日期:2025-11-24 修回日期:2025-12-30]
(编辑 赵晓娟)

欢迎订阅 2026 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、卫生政策分析、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 30 元/册,全年 360 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

电话:010-52328696、52328697