·护理管理·
·论　　著·

基于能力素养模型的护理质量督查专家核心能力评价指标体系的构建

周欣宇，王颖，黄丽红，郭月，袁梦梅，吴梅利洋，尹世玉，胡婉婷

摘要：目的 基于能力素养模型构建护理质量督查专家核心能力评价指标体系，为护理质量督查专家核心能力培养与评价提供参考。**方法** 以能力素养模型为理论框架，在文献分析、半结构式访谈、研究团队讨论的基础上，初步拟定护理质量督查专家核心能力评价指标；于2025年7—8月，采用德尔菲法对16名专家进行2轮函询，运用层次分析法确定指标权重。**结果** 2轮专家函询问卷回收率均为100%，专家权威系数分别为0.947和0.934。肯德尔协调系数分别为0.304～0.322和0.312～0.415（均 $P<0.05$），最终构建的护理质量督查专家核心能力评价指标体系包含4项一级指标（知识、技能、态度与价值观、行为）、12项二级指标、31项三级指标。**结论** 构建的护理质量督查专家核心能力评价指标体系具有科学性、可靠性与实用性，可助力我国护理质量管理与督查相关研究与实践。

关键词：护理专家；　能力素养模型；　护理质量管理；　质量督查；　核心能力；　专业素养；　指标体系；　护理管理
中图分类号：R47；C931.3　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.20.072

Development of a core competency evaluation indicator system for nursing quality supervision experts based on the competency model

Zhou Xinyu, Wang Ying, Huang Lihong, Guo Yue, Yuan Mengmei, Wu Meiliyang, Yin Shiyu, Hu Wanting. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Objective To develop a core competency evaluation indicator system for nursing quality supervision experts based on the competency model, so as to provide a reference for cultivating and evaluating their core competencies. **Methods** Taking the competency model as a theoretical framework, a preliminary set of evaluation indicators was developed through literature review, semi-structured interviews, and research team discussions. Between July and August 2025, two rounds of Delphi expert consultation were conducted with 16 experts. The Analytic Hierarchy Process (AHP) was used to determine the weights of the indicators. **Results** The response rates were 100% in both rounds of the Delphi consultation. The expert authority coefficients were 0.947 and 0.934, respectively. Kendall's coefficients of concordance ranged from 0.304 to 0.322 in the first round and from 0.312 to 0.415 in the second round (all $P<0.05$). The final core competency evaluation indicator system consisted of 4 primary indicators (knowledge, skills, attitudes and values, and behaviors), 12 secondary indicators, and 31 tertiary indicators. **Conclusion** The developed core competency evaluation indicator system for nursing quality supervision experts is scientific, reliable and practical, it will facilitate future research and practice in nursing quality management and supervision in China.

Keywords: nursing experts; competency model; nursing quality management; quality supervision; core competency; professional competency; evaluation indicator system; nursing management

护理质量是医疗服务的核心组成部分，直接关系到患者安全、治疗效果与就医体验[1]。护理质量督查作为保障护理服务规范化、标准化、科学化的关键机制[2]，其成效高度依赖于督查人员的专业素养与核心能力[3]。目前研究多聚焦于督查制度构建、流程优化与结果指标评价[4-5]，对督查主体，即“人”的核心能力缺乏系统性研究。当前我国护理质量督查人员存在遴选标准缺失、标准理解存在认知偏差、执行流程规范性不足、问题反馈机制碎片化、整改闭环管理缺位等问题[6-7]。护理质量督查人员核心能力不足将严重阻碍护理质量督查向专业化、精细化方向发展的进程，成为制约整体护理服务质量提升的关键瓶颈[8]。能力素养模型[9]强调在复杂情境下整合知识、技能、态度及价值观以解决实际问题的高阶能力，该模型在护理管理领域得到广泛应用，被证实能有效预测绩效表现并指导人才梯队建设[10-11]。本研究基于能力素养模型构建护理质量督查专家核心能力评价指标体系，为精准界定督查专家的职能范畴，明确能力提升靶向需求提供理论依据。

1　对象与方法

1.1　函询专家　入选标准：①副高级及以上职称，本科及以上学历；②从事护理或相关专业工作10年及以上；③开展过护理质量管理相关研究或从事护理质量管理等；④对本研究有一定的积极性，知情同意并

作者单位：华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部（湖北 武汉，430030）
通信作者：王颖，wangyingwuhan@sina.com
周欣宇：女，硕士，主管护师，454653002@qq.com
科研项目：中华护理学会2022年度科研课题（ZHKY202204）
收稿：2026-03-05；修回：2026-05-19

愿意持续参与研究。采用目的抽样法，选取 7 个省份的 9 所医院及高校的专家，16 人完成 2 轮专家函询，其中湖北省 9 人、江苏省 2 人、山西省 1 人、湖南省 1 人、宁夏回族自治区 1 人、吉林省 1 人、新疆维吾尔自治区 1 人。均为女性，年龄 36～63(50.62±8.90)岁；工作年限 10～41(29.50±11.64)年；学历为本科 7 人，硕士 6 人，博士 3 人；职称为正高级 9 人，副高级 7 人；从事临床护理 7 人，护理管理 6 人，护理教学 3 人。

1.2 方法

1.2.1 成立研究团队 研究团队包含 2 名护理部主任，1 名总护士长，3 名护理部质控办干事，2 名科研护士。其中高级职称 4 名，中级 4 名；博士 2 名，硕士 4 名，本科 2 名。团队成员主要职责包括文献资料的检索与提炼、访谈方案的制订与质性资料分析、指标体系初稿的拟定，以及函询专家的甄选、问卷编制、函询过程的执行和结果的统计分析。

1.2.2 形成评价指标体系初稿 系统检索中国知网、维普网、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库、PubMed、Web of Science 等中英文数据库，采用主题词与关键词方式检索。中文检索词：护理质量督查，护理质量管理，护理质量控制，临床督导；核心能力，岗位胜任力，专业素养，护理胜任力；指标体系。英文检索词：nursing quality supervision/inspection，nursing quality management，nursing quality control，clinical supervision；core competency，job competency，professional competence，nursing competency；index system。检索时间为建库至 2025 年 6 月。在此基础上，采用目的抽样法选取 1 所三甲综合医院护理质量督查人员 16 人[女 14 人，男 2 人；年龄 37～55(47.19±4.39)岁；硕士 7 名，本科 9 名；工作年限 15～38(27.31±6.20)年；高级职称 11 名，中级 5 名]进行半结构式访谈，当访谈资料分析不再出现新的主题，呈现信息饱和则终止访谈。研究团队在文献回顾和前期调研的基础上，以能力素养模型为理论指导，选择其中与护理质量督查专家核心能力密切相关且可以衡量的“知识、技能、态度与价值观、行为”4 个维度作为一级指标。基于此，结合国内外文献中高频出现的核心能力要素及访谈中的高频词汇，对护理质量督查专家核心能力要素进行归纳总结，包括专业知识[12]、批判性思维[13]、沟通反馈[14]、多学科协作[15]、循证[16]、共情[17]、经验分享[18]、领导力[16]等作为二级指标的核心内容。经过研究团队反复讨论，形成护理质量督查专家核心能力评价指标体系初稿，包括一级指标 4 条、二级指标 11 条、三级指标 26 条。

1.2.3 编制专家函询问卷 根据评价指标体系初稿设计专家函询问卷，邀请湖北省 1 所三级甲等医院的护理质量督查专家 4 名(均为高级职称)进行预函询，针对表述是否清晰、涵盖是否全面、有无交叉重叠等问题对问卷进行了修订，形成护理质量督查专家核心能力评价指标体系专家函询问卷。问卷包含 3 个部分：①问卷介绍，简要说明研究背景、目的、方法；②核心能力评价指标体系，评价指标重要性、相关性以及修改建议；③专家基本信息、熟悉程度和判断依据。指标重要程度和相关性，依据 Likert 5 级评分法赋分，“非常重要”为 5 分、“重要”为 4 分、“一般”为 3 分、“不太重要”为 2 分、“不重要”为 1 分。若专家认为该项指标陈述不准确、不具体，可直接在项目选项中进行修改；若专家认为有未考虑或需要删减的项目，可在“修改栏”进行修改，添加项目并同意判断其重要性和相关性。

1.2.4 实施专家函询 研究团队于 2025 年 7—8 月开展 2 轮德尔菲专家函询，采用电子邮件、微信等方式发送问卷。回收问卷后，针对专家建议进行讨论，根据专家对指标的评分结果，删除重要性评分均分＜3.5、变异系数＞0.25 的指标。研究团队根据专家建议对指标进行多轮论证，对护理质量督查专家核心能力评价指标体系进行修订和完善。

1.2.5 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行统计分析，计量资料采用($\bar{x}\pm s$)描述，计数资料采用频数及构成比描述。根据指标重要性评分的均值反映专家意见的集中程度，统计问卷回收率计算专家积极系数，使用权威系数(Coefficient of Reliability，Cr)表示专家意见的权威程度；采用变异系数(Coefficient of Variation，CV)和肯德尔协调系数(Kendall′s W)表示专家意见协调程度；采用层次分析法获得各指标的权重。检验水准 $\alpha=0.05$。

2 结果

2.1 专家积极系数与权威系数 2 轮函询专家均应答，回收有效函询问卷 16 份，有效回收率均为 100%。第 1 轮专家意见权威程度为 0.947，第 2 轮专家意见权威程度为 0.934，表明专家权威程度较高。

2.2 各级指标的重要性、变异系数及专家意见的协调程度 第 1 轮函询中，一、二、三级指标重要性赋值均数分别为 4.50～5.00，4.44～5.00，4.13～4.94；变异系数为 0～0.18，0～0.23，0.05～0.22。第 2 轮咨询中，一、二、三级指标重要性赋值均数分别为 4.44～4.94，4.00～4.94，4.00～5.00；变异系数为 0.05～0.12，0.05～0.21，0～0.23。2 轮各指标的变异系数均＜0.25，表明专家认可各级指标比较重要，意见相对集中。各级指标的协调程度见表 1。

表 1 专家意见的协调程度

指标	第 1 轮			第 2 轮		
	W	χ^2	P	W	χ^2	P
一级指标	0.304	14.579	＜0.001	0.312	15.000	＜0.001
二级指标	0.305	48.796	＜0.001	0.415	73.049	＜0.001
三级指标	0.322	128.655	＜0.001	0.363	174.457	＜0.001

2.3　专家函询结果　第 1 轮有 12 名专家、第 2 轮有 8 名专家提出修改意见。1 名专家指出“技能”中应加入协调处理、应急管理等技能，研究团队讨论后将“倾听沟通”改为“沟通协调”并增加相关内容。1 名专家建议在“态度与价值观”中增加二级指标“公正客观”，研究团队讨论后采纳该意见。2 名专家建议增加循证意识、循证实践相关内容，研究团队讨论后将相关内容增加至“分析决策”中。3 名专家建议在“知识”中增加法律法规知识，2 名专家建议增加行业规范和伦理风险，研究团队讨论后，在“专业性”中增加相关内容。1 名专家建议将“掌握护理质量相关最新标准、规范、指南等”归于“专业性知识”，研究团队讨论后予以采纳。经 2 轮函询后，专家意见基本达成一致，最终形成的护理质量督查专家核心能力评价指标体系，包括 4 项一级指标（知识、技能、态度与价值观、行为）、12 项二级指标、31 项三级指标，见表 2。

表 2　护理质量督查专家核心能力评价指标体系函询结果

指标	重要性评分（分，$\bar{x}\pm s$）	变异系数（CV）	权重
1. 知识	4.94±0.25	0.05	0.439
1.1 专业性	4.94±0.25	0.05	0.351
1.1.1 掌握质量管理的基本原理、方法和工具等	4.13±0.72	0.17	0.034
1.1.2 掌握护理质量督查相关标准、规范、指南和路径等	4.94±0.25	0.05	0.121
1.1.3 掌握所督查专科护理风险点和质量管理重点	5.00±0.00	0.00	0.172
1.1.4 掌握护理相关法律法规及行业规范，能识别护理过程中的法律和伦理风险点	4.06±0.57	0.14	0.024
1.2 前沿性	4.19±0.75	0.18	0.088
1.2.1 能够获取、解读、应用护理质量管理相关研究成果	4.38±0.81	0.18	0.059
1.2.2 了解护理领域的发展动态（如智慧护理、精准护理等）对质量管理的影响，并能够适时引入应用	4.25±0.86	0.20	0.029
2. 技能	4.88±0.34	0.07	0.311
2.1 数据挖掘	4.06±0.85	0.21	0.019
2.1.1 熟悉数据内涵与来源，能够进行数据溯源、数据获取	4.00±0.89	0.22	0.003
2.1.2 分析、解释数据挖掘结果，确定现存护理质量问题	4.94±0.25	0.05	0.016
2.2 组织计划	4.94±0.25	0.05	0.097
2.2.1 制订针对性的护理质量督查计划	4.94±0.25	0.05	0.053
2.2.2 组织护理质量督查团队使用督查技巧和方法，确保督查工作高效、有序完成	4.88±0.34	0.07	0.033
2.2.3 指导科室制订明确的护理质量改进目标，动态调整督查计划	4.19±0.54	0.13	0.011
2.3 分析决策	4.94±0.25	0.05	0.097
2.3.1 分析、确定主要问题和根本原因	4.94±0.25	0.05	0.039
2.3.2 基于循证，根据临床实际情况，提出科学、可行的改进建议	4.94±0.25	0.05	0.039
2.3.3 评价改进方案的实用性、可行性、科学性	4.88±0.34	0.07	0.019
2.4 沟通协调	4.94±0.25	0.05	0.097
2.4.1 引导式倾听利益相关者（患者及家属、护士、护理管理者）的想法和感受	4.88±0.34	0.07	0.058
2.4.2 结构化反馈发现的问题和亮点，表达清晰、用词准确	4.25±0.86	0.20	0.018
2.4.3 与利益相关者共同探讨、解决督查过程中的问题与突发情况	4.00±0.82	0.20	0.010
2.4.4 协调多部门参与护理质量督查与持续改进	4.00±0.73	0.18	0.010
3. 态度与价值观	4.44±0.51	0.12	0.104
3.1 主动尽责	4.88±0.34	0.07	0.036
3.1.1 理解护理质量督查的意义，并积极参与	4.75±0.45	0.09	0.018
3.1.2 对督查过程和结果负责，保障各项督查数据和信息的真实性和安全性	4.75±0.45	0.09	0.018
3.2 公正客观	4.94±0.25	0.05	0.057
3.2.1 以质量标准为依据，督查结论基于客观数据	5.00±0.00	0.00	0.047
3.2.2 能够客观、公正、及时地反馈护理质量问题	4.19±0.83	0.20	0.009
3.3 尊重理解	4.25±0.86	0.20	0.011
3.3.1 尊重利益相关者提出的合理建议，鼓励共同参与质量督查	4.94±0.25	0.05	0.009
3.3.2 理解临床工作的复杂性和局限性，对临床护理工作给予适宜的正向反馈	4.00±0.73	0.18	0.002
4. 行为	4.50±0.52	0.11	0.146
4.1 持续性	4.13±0.81	0.20	0.073
4.1.1 定期跟踪护理质量改进方案的实施进展，及时发现问题并提供支持与帮助	4.75±0.45	0.09	0.024
4.1.2 对于督查中发现的自身知识与技能薄弱点，主动学习改进	4.94±0.25	0.05	0.049
4.2 变革性	4.00±0.73	0.18	0.037
4.2.1 积极主导或推动全院范围的质量改进项目，针对共性问题开展变革	4.00±0.82	0.20	0.012
4.2.2 积极运用护理质量管理知识，开展质量管理实践创新	4.13±0.81	0.20	0.024
4.3 引领性	4.00±0.82	0.20	0.037
4.3.1 根据最新的标准、指南、共识等，定期更新护理质量标准	4.06±0.77	0.19	0.009
4.3.2 组织护理质量管理方法和质量改进经验分享与培训	4.19±0.98	0.23	0.018
4.3.3 推广护理质量安全文化	4.06±0.68	0.17	0.009

3 讨论

3.1 护理质量督查专家核心能力评价指标体系具有科学性 本研究以能力素养模型为理论基础，在文献分析、半结构式访谈、研究团队讨论的基础上形成评价指标体系初稿，经过 2 轮专家函询构建了护理质量督查专家核心能力评价指标体系，包括知识、技能、态度与价值观、行为 4 个维度。指标体系的研究过程具有科学性，研究团队对前期基于文献分析、半结构式访谈形成的条目池进行筛选，深入分析与护理质量督查密切相关的要素，对条目进行整合、精简和凝练，最终形成评价指标体系初稿。16 名函询专家均为本科及以上学历、副高级及以上职称，从事护理管理、护理质控、护理管理研究相关工作均在 10 年以上，对本课题有深入了解。2 轮函询问卷有效回收率均为 100%，表明专家积极性较高；*Cr* 值分别为 0.947、0.934，说明专家的权威性较高，结果值得信赖。2 轮函询中所有指标的变异系数为 0～0.23，所有指标协调系数差异有统计学意义（均 $P<0.05$），说明专家意见协调程度较好，有较高的一致性，研究结果科学可靠。

3.2 护理质量督查专家核心能力评价指标体系的内容分析

3.2.1 知识 专业知识是护理质量督查工作开展的核心基础[12,19]。本研究中，知识维度的重要性评分及权重均最高，被认为是护理质量督查专家最核心的能力要素。国际医疗卫生机构认证联合委员会（Joint Commission International，JCI）[20]、英国国家卫生与临床优化研究所（National Institute for Health and Care Excellence，NICE）指南[21]均明确界定了护理质量督查的标准框架、实施流程及人员资质要求，要求护理质量督查专家必须扎实掌握专业知识，才能针对临床护理实践提出科学且具有可行性的问题及改进建议。关于前沿性知识的纳入，部分专家主张护理质量督查专家应侧重实用性知识的运用，以契合临床督查的实际需求。而新兴护理技术的发展应用对护理质量提升具有重要意义，需要护理质量督查专家及时关注并推动其规范引入[22-23]。基于护理质量督查工作的现实需求，本研究对前沿性知识维度进行了合理融合与保留，以确保评价指标体系的全面性与适用性。

3.2.2 技能 技能维度的重要性评分及权重均居第 2 位，其是护理质量督查专家核心能力体系的实践载体，与知识、态度与价值观、行为维度相互支撑、深度耦合，共同构成完整的能力框架。其中组织计划技能、分析决策技能与沟通协调技能的纳入，与相关研究中关于护理质量督查专家核心能力的要求高度契合[24]，进一步印证了该维度核心要素的合理性。随着数智化护理质量管理的快速发展，信息化技术与数据驱动理念已深度融入护理质量督查实践[25]。电子病历、护理质量指标数据库等工具的广泛应用，推动督查工作实现了实时监测、风险预警与精准评估的转型，显著提升了督查工作的效率与科学性[26]。在此背景下，数据挖掘能力作为支撑数智化督查实施的关键技术[27]，也成为护理质量督查专家必须具备的重要技能。

3.2.3 态度与价值观 态度与价值观是护理质量督查专家核心能力的精神内核，更是保障护理质量管理体系规范运行、持续优化的重要基石[28]。作为连接督查标准与临床实践的关键纽带，护理质量督查专家的态度与价值观直接影响督查结果的客观性、建议的可接受性，进而作用于护理质量改进的实效[29]。主动尽责、公正客观是护理质量督查专家必须恪守的核心准则。要求专家以高度的职业使命感投入督查工作，督查过程中需摒弃主观偏见，确保督查结果真实反映临床护理实际水平[8,14]。此外，国外相关研究比较关注督查过程中的人文关怀[30-31]。这意味着督查专家不仅要具备专业的督查能力，还需深入临床一线，充分理解临床护理工作的复杂性、不确定性及现实局限性，在指出问题的同时给予护理人员尊重与正向反馈，通过共情式沟通减少督查阻力，营造“以督查促改进、以改进提质量”的良性互动氛围。

3.2.4 行为 行为维度是护理质量督查专家核心能力的外在具象化呈现，直接关联护理质量提升与患者安全保障的实践成效。作为护理质量管控与安全保障体系中的核心角色，护理质量督查专家的行为定位已超越传统单一的“监督者”，更偏向于护理质量持续改进的“推动者”与“引领者”。在具体行为实践中，督查专家需以主动参与的姿态深度融入各类护理质量改进项目。通过为临床护理团队提供专业指导、资源支持与实践帮助，精准破解质量改进过程中的难点问题[32]；同时以点带面推动全院范围内护理质量改进工作的系统性开展，助力构建全员参与、持续优化的护理质量安全文化。这种兼具指导性与引领性的行为表现，既是专家核心能力的直接体现，也是实现护理质量长效提升的关键支撑。

4 结论

本研究通过文献回顾、半结构式访谈、德尔菲专家函询法构建护理质量督查专家核心能力评价指标体系，包括 4 项一级指标（知识、技能、态度与价值观、行为）、12 项二级指标、31 项三级指标，为护理质量督查专家的教育培训、评价考核及发展提供参考。但该指标体系还需通过临床应用进一步验证并完善，以增强该评价指标体系的适用性与推广性。

参考文献：

[1] 国家卫生健康委员会. 进一步改善护理服务行动计划（2023—2025 年）[EB/OL]. (2023-06-15)[2026-01-16]. https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202306/8fe28

be0f8e241cb8444b4f242706495. shtml.
[2] Driscoll J, Stacey G, Harrison-Dening K, et al. Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice[J]. Nurs Stand, 2019, 34(5): 43-50.
[3] Lees-Deutsch L, Palmer S, Rodrigues A, et al. Professional nurse advocates and restorative clinical supervision: national survey of programme implementation and impact [J]. BMC Nurs, 2025, 24(1): 675.
[4] Cheng Y, Jiang Y, Tai R, et al. Structural analysis of nursing quality issues in tertiary hospitals based on quality control inspections: a case study of 59 hospitals in Shanghai[J]. Front Public Health, 2026, 13: 1677639.
[5] 熊晓菊,黄丽红,尹世玉,等. 多元整合型督查模式在临床护理质量管理的应用[J]. 护理学杂志,2019,34(8):69-71.
[6] 张晓红,张亚男,边美蓉,等. 护理质量现场督查发现问题模式研究[J]. 中国护理管理,2025,25(6):852-857.
[7] 罗含笑,邢琳琳,范玲. 辽宁省护理人员护理质量管理工具认知与应用现状调查[J]. 护理学杂志,2024,39(9):65-69.
[8] Nilaprapti E, Hastuti L, Bhakti W. Analysis of factors influencing the implementation of nursing supervision by the head of the room: a scoping review[J]. Nurse Health: Jurnal Keperawatan, 2025, 14(1): 113-120.
[9] McClelland D C. Testing for competence rather than for "intelligence"[J]. Am Psychol, 1973, 28(1): 1-14.
[10] Rye J, Allen A, Bok A, et al. Inside looking out: updated competency model for professional rehabilitation nursing practice[J]. Rehabil Nurs, 2023, 48(1): 23-38.
[11] Qin Y, Cai X, Ji Y, et al. Development and application of a Core Competency Evaluation Index System for pediatric asthma specialist nurses in China: a mixed-method study [J]. BMC Nurs, 2025, 24(1): 560.
[12] Zhang X, Zhang Y, Bian M, et al. Pathways for identifying problems in nursing quality on-site supervision: a descriptive qualitative study[J]. J Multidiscip Healthc, 2024, 17: 6109-6120.
[13] Saab M M, Kilty C, Meehan E, et al. Peer group clinical supervision: qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors[J]. Collegian, 2021, 28(4): 359-368.
[14] Australian Colleges of Mental Health Nurses. Position statement: clinical supervision for nurses and midwives [EB/OL]. (2019-04-01) [2026-01-16]. https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/position-statement-clinical-supervision-for-nurses-and-midwives.pdf.
[15] Lindblad T L. Ethical considerations in clinical supervision: components of effective clinical supervision across an interprofessional team[J]. Behav Anal Pract, 2021, 14(2): 478-490.
[16] Francis E. Exploring the professional nurse advocate role and restorative clinical supervision[J]. Nurs Older People, 2024, 36(2): 22-27.
[17] Ryu H, Hamilton B, Naccarella L, et al. Understanding the contexts where clinical supervision is implemented: an interview study [J]. J Nurs Manag, 2025, 2025: 9963345.
[18] McCarthy V, Goodwin J, Saab M M, et al. Nurses and midwives' experiences with peer-group clinical supervision intervention: a pilot study[J]. J Nurs Manag, 2021, 29(8): 2523-2533.
[19] Masamha R, Alfred L, Harris R, et al. "Barriers to overcoming the barriers": a scoping review exploring 30 years of clinical supervision literature[J]. J Adv Nurs, 2022, 78(9): 2678-2692.
[20] Joint Commission International. Joint Commission International standards for hospitals, 8th edition [EB/OL]. (2024-07-01) [2026-01-16]. https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-standards-for-hospitals-8th-edition/.
[21] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quality standards: process guide [EB/OL]. (2024-07-26) [2026-01-17]. https://www.nice.org.uk/process/pmg43/resources/quality-standards-process-guide-pdf-72286834672069.
[22] 柏新蕊,张红燕,安宁,等. 价值共创视角下数字赋能护理质量管理的研究进展[J]. 中华护理杂志,2025,60(3):379-384.
[23] El Arab R A, Al Moosa O A, Sagbakken M, et al. Integrative review of artificial intelligence applications in nursing: education, clinical practice, workload management, and professional perceptions [J]. Front Public Health, 2025, 13: 1619378.
[24] Markey K, Murphy L, O'Donnell C, et al. Clinical supervision: a panacea for missed care[J]. J Nurs Manag, 2020, 28(8): 2113-2117.
[25] Naik S, Voong S, Bamford M, et al. Assessment of the Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE) database using a data quality index[J]. J Am Med Inform Assoc, 2020, 27(5): 776-782.
[26] Merkley J, Amaral N, Sinno M, et al. Developing a nursing score card using the national database of nursing quality indicators: a Canadian hospital's experience[J]. Nurs Leadersh, 2018, 31(4): 82-91.
[27] Darach N, Kim M S, Wisesrith W, et al. Data analytics and administrative decision-making in nursing management: a systematic review[J]. J Nurs Manag, 2025, 2025: 4344147.
[28] Dunagan P B. The quality improvement attitude survey: development and preliminary psychometric characteristics[J]. J Clin Nurs, 2017, 26(23-24): 5113-5120.
[29] Zhang N, Zhang X, Wang Z, et al. Psychometric properties of the Mandarin version of the Quality Improvement Self-Efficacy Inventory among the nurses: a methodological study[J]. J Nurs Manag, 2026, 2026: 4425503.
[30] Shongwe B I, Downing C, Nene S. Operational nursing managers' experiences of clinical supervision at a Johannesburg hospital[J]. Curationis, 2024, 47(1): e1-e9.
[31] Pohl S, Galletta M. The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction: a multilevel analysis [J]. Appl Nurs Res, 2017, 33: 61-66.
[32] Brás B S, Mafalda S S, Rodrigues F D C, et al. Clinical supervision in improving the quality of nursing care: empowerment of medical-surgical hospitalization teams[J]. Nurs Forum, 2023, 1: 5820168.

(本文编辑　李春华)