

医院患者安全文化调查问卷 2.0 版的汉化及信效度检验

尹文慧¹, 商临萍², 李淑花³, 袁丽荣³, 张成杰⁴, 何欣⁵

摘要:**目的** 汉化医院患者安全文化调查问卷 2.0 版,并检验其信效度,为我国医疗机构患者安全文化评估提供有效工具。**方法** 运用 Brislin 翻译模型并参考患者安全文化调查问卷翻译指南对英文版医院患者安全文化调查问卷 2.0 版进行翻译、回译、专家咨询及预调查,形成中文版问卷。采用中文版问卷对山西省 6 所三级甲等医院的 368 名医务人员进行调查,分析问卷的信效度。**结果** 中文版问卷条目水平的内容效度指数为 0.833~1.000,量表水平的内容效度指数为 0.938。经探索性因子分析共提取 9 个公因子,累积方差贡献率为 80.712%。验证性因子分析结果显示, $\chi^2/df=2.222$, $CFI=0.903$, $IFI=0.904$, $RMSEA=0.071$, $RMR=0.033$,模型拟合较好。总问卷 Cronbach's α 系数为 0.952,重测信度为 0.924。**结论** 中文版医院患者安全文化调查问卷 2.0 版具有良好的信效度,可作为我国医疗机构患者安全文化的评估工具。

关键词: 患者安全; 医务人员; 安全文化; 评估工具; 信度; 效度

中图分类号: R47;C93 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.08.067

Translation and validation of the Hospital Survey On Patient Safety Culture Version 2.0 Yin Wenhui, Shang Linping, Li Shuhua, Yuan Lirong, Zhang Chengjie, He Xin. School of Nursing, Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

Abstract: **Objective** To translate the Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0(HSOPSC 2.0) into Chinese, and to test its reliability and validity, so as to provide an effective tool for evaluating patient safety culture in Chinese healthcare institutions. **Methods** The Brislin translation model was used, and the translation guideline for the Surveys on Patient Safety Culture was referred to, a Chinese version of HSOPSC 2.0 was formed after translation, back-translation, expert consultation and pre-test. Then the Chinese version scale was used to investigate 368 medical staff from 6 tertiary hospitals in Shanxi province to analyze its reliability and validity. **Results** The item-level content validity index of the Chinese version HSOPSC 2.0 ranged from 0.833 to 1.000, and the scale-level content validity index was 0.938. Exploratory factor analysis identified 9 common factors, with a cumulative variance contribution rate of 80.712%. Confirmatory factor analysis showed good model fit, with $\chi^2/df=2.222$, $CFI=0.903$, $IFI=0.904$, $RMSEA=0.071$, and $RMR=0.033$. The Cronbach's α coefficient of the scale was 0.952, and its test-retest reliability was 0.924. **Conclusion** The Chinese version of HSOPSC 2.0 has good reliability and validity, and it can be used as an assessment tool for patient safety culture in Chinese healthcare institutions.

Key words: patient safety; medical staff; safety culture; assessment tool; reliability; validity

患者安全作为卫生体系建设的关键步骤,是全球医疗卫生服务研究的重要议题^[1]。《全球患者安全行动计划》(2021—2030)^[2]强调发展安全文化对于改善患者安全的重要性,并将建设和维护开放与透明的安全文化提升到战略高度。患者安全文化是指医疗机构中为实现患者安全而形成的医务人员共同的态度、信念、价值观及行为方式^[3]。评估当前的安全文化状况是医疗机构构建和实施具有针对性、时效性安全文化改进策略的首要环节^[4]。2004 年美国卫生保健研究和质量机构(the Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)开发了医院患者安全文化调查

问卷(Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC),是评估医务人员患者安全文化的特征性工具,已在全球范围内得到广泛应用^[5]。2019 年 AHRQ 根据十余年来全球用户及利益相关者的反馈对原问卷进行修订与优化,尤其是针对其中复杂、难以理解的条目进行修订,最终形成医院患者安全文化调查问卷 2.0 版(Hospital Survey On Patient Safety Culture Version 2.0, HSOPSC 2.0)^[6]。AHRQ 建议新用户直接使用 HSOPSC 2.0 进行患者安全文化测评,目前该问卷已被翻译成 35 种语言,在 62 个国家得到应用^[7]。我国学者已完成对 HSOPSC 1.0 的汉化、信效度检验^[8]及临床应用^[3],但尚未对 HSOPSC 2.0 进行汉化。因此,本研究对英文版 HSOPSC 2.0 进行跨文化调适及信效度检验,旨在为我国医疗卫生领域有效应用患者安全文化测评工具、进一步改善患者安全提供参考。

作者单位:1. 山西医科大学护理学院(山西 太原,030001);山西医科大学第一医院 2. 医院感染管理科 3. 呼吸与危重症医学科;4. 山西医科大学第一临床医学院;5. 北京市疾病预防控制中心
尹文慧,女,硕士在读,学生
通信作者:商临萍,Shanglp2002@163.com
科研项目:山西医科大学第一医院专项经费科研项目(Y2022136015)
收稿:2022-11-30;修回:2023-01-23

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法于2022年4~7月选取山西省6所三级甲等医院的医务人员进行调查。纳入标准:临床工作 ≥ 6 个月;具有执业资格证书;知情,同意参加本研究。排除标准:调查期间因各种原因在职不在岗者。依据跨文化调适指南^[9],样本量至少为条目数的10倍,本问卷共包含32个条目,考虑10%的失访率,估算样本量至少为356。本研究共有效调查医务人员368人,其中护士235人,医生103人,行政人员30人;初级职称214人,中级136人,高级18人;内科251人,外科85人,其他科室32人。本医院工作年限: <1 年13人,1~年115人,6~年125人, ≥ 11 年115人。本科室工作年限: <1 年78人,1~年148人,6~年99人, ≥ 11 年43人。每周工作时长: <20 h 7人,20~h 97人,41~60 h 242人, >60 h 22人。经常与患者直接接触352人。

1.2 方法

1.2.1 医院患者安全文化调查问卷介绍 AHRQ于2019年编制完成HSOPSC 2.0,显示具有良好的内部信度(Cronbach's α 系数为0.67~0.89)和结构效度^[10]。HSOPSC 2.0包含10个维度、32个条目、2个额外条目(被调查者过去12个月不良事件报告的数量、本科室的患者安全等级)、6项被调查者基本信息(职称、科室、本医院工作年限、本科室工作年限、每周工作时长、是否与患者有直接接触)及一个开放性问题(敬请提供您医院关于改善患者安全已有的举措或未来可实施策略的建议)。HSOPSC 2.0的答案结构在HSOPSC 1.0的Likert 5级评分(“强烈不同意/从不”到“强烈同意/总是”分别计1~5分)的基础上新增“不适用或不知道”选项^[11]。问卷以积极反应率作为主要评估指标,积极反应率=积极反应人数/(总应答人数-缺失人数),其中积极反应人数为回答“强烈同意/同意”“经常/总是”的人数(反向条目则为回答“强烈不同意/不同意”“从不/很少”的人数),缺失人数为回答“不适用或不知道”与未回答的人数。积极反应率越高说明患者安全文化氛围越好,积极反应率高于75%为优势区域,低于50%则为待改进区域^[12]。

1.2.2 翻译与回译 获得原问卷机构授权后,采用Brislin翻译模型^[13]并参考AHRQ患者安全文化调查问卷翻译指南^[14]对HSOPSC 2.0进行翻译及跨文化调适。①正译:由1名英语六级的护理学博士和1名英语专业八级的大学教师分别独立将问卷翻译成中文版T1和T2,经2名翻译者及课题组成员(1名护理学博士、4名护理学硕士及1名医学硕士)共同协商讨论,就分歧之处请教原问卷机构助理Aisha后达成统一意见,形成中文版T3。②回译:由1名英语六级的护理学博士和1名公共卫生专业的

海外留学生分别将中文版T3回译成英文版BT1、BT2。参与回译的2人此前均未接触过原问卷。课题组成员将2份回译版本进行综合,并与原量表对比的基础上,对中文版T3反复修改后初步形成中文版RT3。

1.2.3 跨文化调适 邀请6名专家对中文版RT3进行咨询,包括2名患者安全领域的专家、2名护理管理专家及2名危重症护理方向护士长;工作年限为10~31年,中位数13.40年;其中博士1名,硕士4名,本科1名;正高级职称1名,副高级3名,中级2名。专家对中文版RT3从概念阐述清晰度、语义对等性、语言文化习惯及问卷各条目的相关性等方面进行评议,课题组成员详细记录、整合专家意见,修订形成中文版RT4。

1.2.4 预调查 参考AHRQ制订的患者安全文化调查问卷翻译指南^[14]中所推荐的认知访谈进行预调查。2022年3月采用目的抽样法选取山西省某三级甲等综合医院16名医务人员(2名临床医生、4名内科护士、3名外科护士、5名ICU护士及2名护士长)作为访谈对象,其中男6名,女10名。共开展两轮访谈,每轮8人。首先保证受访者在无中断的情况下填写中文版RT4,填写结束后采用半结构式访谈询问受访者问卷条目中是否有不熟悉的特定单词或短语、是否能够理解及如何理解各个条目、如何将自身理解转化和整合为相应回答等。课题组成员对第1轮受访者所提出的不熟悉短语及难以理解的条目等进行详细记录,并在采访结束后展开分析和讨论,对中文版RT4修订后进行第2轮访谈。研究者结合访谈者的意见和建议形成中文版HSOPSC 2.0正式调查版。

1.2.5 正式调查 由经过培训的3名课题组成员向医院主管部门与科室负责人解释本研究的目的、意义并征得同意后,以微信平台线上作答(问卷星二维码)与现场填写(纸质版问卷)2种方式进行调查。纸质版问卷当日收回、微信平台设置每周提醒。本研究共回收问卷380份,其中有效问卷368份,有效回收率96.84%。选取其中30名医务人员,间隔2周后再次填写,以评估重测信度。

1.2.6 统计学方法 采用SPSS26.0软件和AMOS24.0软件进行数据处理与分析。问卷的项目分析采用临界比值法和相关系数法;采用内容效度指数、探索性因子分析与验证性因子分析对问卷的内容效度及结构效度进行评价;依据验证性因子分析中模型的路径系数计算组合信度(CR)和平均方差抽取量(AVE)以评估问卷的聚合效度;比较各因子的AVE平方根值与其他因子的相关系数,以评估问卷区分效度;采用Cronbach's α 系数测评问卷的内在信度。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 问卷的跨文化调适及预调查结果 ①根据翻译及专家咨询结果,修订 5 个条目表述。在参考问卷条目的维度归属及咨询原问卷机构助理的基础上对条目 A9 修改,将不尊重行为的指向确定在科室工作人员之间。②根据认知访谈结果,将文化背景下不熟悉的概念(A9 中的“不尊重行为”及 B2 中的“走捷径”)进行解释说明以便医务人员更好地理解并作答。

2.2 项目分析 ①临界比值法:将问卷总分进行排序并按照高低分组,前 27%为高分组,后 27%为低分组,对两组各条目得分进行独立样本 *t* 检验,删除 *t* < 3 的条目^[15]。本研究各条目 *t* 值为 10.587~19.341 (均 *P* < 0.001),条目均予保留。②相关系数法:Pearson 相关性分析结果显示,各条目得分与问卷总得分的相关系数为 0.486~0.710 (均 *P* < 0.001),条目无删减。

2.3 效度检验

2.3.1 内容效度 条目水平的内容效度指数(*I*-*CVI*)为 0.833~1.000,量表水平的内容效度指数(*S*-*CVI*)为 0.938。

2.3.2 结构效度 使用 SPSS26.0 软件按照 1:2 随机抽取 123 份问卷用于探索性因子分析,245 份用于验证性因子分析。①探索性因子分析:*KMO* 值为 0.881,Bartlett 球形度检验 χ^2 为 3 199.163 (*P* < 0.001),适合因子分析。采用主成分分析法和最大方差正交旋转法,提取出 9 个特征值 > 1 的公因子,累积方差贡献率为 80.712%。将原问卷中“临床领导对患者安全的支持”与“医院管理部门对患者安全的支持”2 个维度合并为 1 个因子,并命名为“临床领导及管理部门对患者安全的支持(下称患者安全支持)”,其余 8 个维度及条目所属与原量表一致,各条目旋转后因子载荷矩阵见表 1。②验证性因子分析:采用极大似然法进行验证性因子分析,结果显示, $\chi^2/df = 2.222$,*CFI* = 0.903,*IFI* = 0.904,*RMSEA* = 0.071,*RMR* = 0.033,表明拟合较好^[16]。

2.3.3 聚合效度与区分效度 见表 2。

2.4 信度检验 ①内在信度。中文版问卷总体 Cronbach's α 系数为 0.952,9 个维度的 Cronbach's α 系数为 0.802~0.940。②外在信度。中文版问卷的重测信度为 0.924,各维度重测信度为 0.710~0.905。

2.5 中文版 HSOPSC 2.0 版应用方法 ①问卷题项的设置:采纳原问卷题项的设定顺序,依次包括被调查者基本信息、主体部分(内容见表 3)以及 1 个开放性问题。②选项计分及编码方法:根据原问卷计分及编码规则,“强烈不同意/从不”到“强烈同意/总是”分别计 1~5 分(反向条目依次计 5~1 分),“不适用或者不知道”编码为缺失值。③问卷评价指标:主要

评价指标为各维度及其条目的积极反应率(维度积极反应率为所属条目的均值),可将被调查者所上报的不良事件数目及对科室患者安全等级的评价作为参考评价指标。

3 讨论

3.1 汉化 HSOPSC 2.0 的意义 WHO 在《2021~2030 年全球患者安全行动计划》^[2]中,呼吁各国在其医疗系统中创建安全文化,并建议定期对医疗组织中的安全文化进行调查,以更好地保障患者安全,同时为国际基准研究作出贡献。本研究经过严格的翻译、原问卷机构校正、专家咨询及两轮认知访谈,形成中文版 HSOPSC 2.0。HSOPSC 2.0 作为可靠的医院患者安全文化评估工具,一方面有助于管理者识别医院或科室的问题领域并为其规划改进提供指导;另一方面可结合质性研究方法深入探讨被调查者对患者安全文化的看法;同时作为干预措施,用于提高工作人员对患者安全问题的认知^[17-18]。此次汉化将问卷中我国文化背景下不熟悉的概念加以解释说明,进一步促进国内医务人员对其内涵的理解并作出相应回答,为研究者使用该工具进行患者安全文化现况评估、安全文化改善项目效果评价以及国内外数据分析与比较等提供参考。

3.2 中文版 HSOPSC 2.0 具有良好的效度及信度

效度用于反映测量工具所测量概念的准确程度。本研究结果显示,*I*-*CVI* 为 0.833~1.000,*S*-*CVI* 为 0.938,表明该问卷具有良好的内容效度^[19],能够用于评估医务人员对患者安全文化的认知。经探索性因子分析,共提取 9 个公因子,所有条目在其归属因子上载荷均 > 0.4。依据因子分析结果将原问卷中“临床领导对患者安全的支持”与“医院管理部门对患者安全的支持”2 个维度合并为 1 个因子,这可能与国内外文化差异及临床领导在一定程度上与医院管理部门在决策及行动方面存在较高一致性有关。韩国版 HSOPSC 2.0 同样根据本国文化特征(流动的工作人员在韩国并不常见)将问卷进行再次修订,删除“本科室过分依赖临时、流动的工作人员”条目^[20]。在探索性因子分析所得到的 9 因子结构模型的基础上进一步进行验证性因子分析,结果显示模型拟合较好,验证了其结构的合理性。同时,结果显示 *CR* 为 0.814~0.931 > 0.7,*AVE* 为 0.588~0.819 > 0.5,且各因子之间的相关系数均小于 *AVE* 的平方根,表明中文版 HSOPSC 2.0 具有良好的聚合效度与区分效度。本研究结果显示,中文版 HSOPSC 2.0 的 Cronbach's α 系数为 0.952 > 0.8,重测信度为 0.924 > 0.7^[15],表明该问卷具有良好的内部一致性 & 跨时间稳定性。

表 1 中文版 HSOPSC 2.0 旋转后因子载荷矩阵($n=123$)

条 目	患者安全	人员配备及	对差错的	对差错的	沟通的	交接班与信	组织学习与	团队合作	患者安全
	支持(V5)	工作进度(V2)	应答(V4)	沟通(V6)	开放性(V7)	息交接(V9)	持续改进(V3)	(V1)	事件报告(V8)
B1 我的临床领导会认真考虑工作人员对改善患者安全的建议	0.856	0.083	0.074	0.195	0.152	−0.057	0.087	0.096	0.105
F1 医院管理部门的行动表明患者安全是最重要的	0.844	0.101	0.085	0.033	0.149	0.193	0.031	0.176	0.116
B3 我的临床领导会采取行动来解决引起他们关注的患者安全问题	0.837	0.076	0.069	0.163	0.140	0.034	0.119	0.162	0.054
F2 医院管理部门配备充足的资源来改善患者安全	0.797	0.149	−0.020	0.030	0.120	0.155	0.174	0.267	0.058
B2 临床领导希望我们在繁忙时加快速度,即使这意味着要“走捷径”*(不遵循相应标准程序以更快完成工作)	0.724	0.158	0.155	0.191	0.207	0.242	−0.023	−0.098	0.142
F3 医院管理部门似乎只有在不良事件发生后才关注患者安全*	0.640	0.375	0.106	0.075	0.010	0.382	−0.004	0.059	0.118
A3 本科室员工工作时间过长,不利于为患者提供最佳照护*	0.137	0.831	0.107	0.081	0.195	0.093	0.150	0.081	0.167
A2 本科室有足够的工作人员来完成所有工作任务	0.178	0.798	0.086	0.002	0.056	0.077	0.106	0.095	−0.049
A11 本科室工作节奏太快,对患者安全产生了负面影响*	0.192	0.781	0.206	0.070	0.037	0.175	0.118	0.045	−0.007
A5 本科室过分依赖临时、流动的工作人员*	0.050	0.650	0.333	−0.004	−0.036	0.160	0.096	0.189	0.188
A6 本科室工作人员会因为出差错而受到指责*	0.025	0.173	0.863	−0.041	0.071	0.191	0.086	0.022	0.082
A7 当本科室报告不良事件时,好像针对人,而不是针对发生的问题*	0.108	0.176	0.840	0.117	0.072	0.236	0.127	0.077	−0.035
A13 本科室对不良事件当事人缺乏支持*	0.078	0.357	0.760	0.086	0.155	0.182	−0.024	0.129	0.043
A10 当工作人员出差错时,本科室关注从差错中学习,而不是指责个人	0.173	0.014	0.675	0.220	0.345	0.021	0.194	0.214	0.021
C1 我们会被告知发生在本科室的差错	0.083	0.008	0.076	0.896	0.166	0.013	0.149	0.095	0.098
C3 在本科室,我们会被告知基于不良事件报告所做出的改变	0.201	0.087	0.093	0.864	0.195	0.111	0.178	0.175	0.110
C2 当本科室出差错时,我们会讨论如何避免差错再次发生	0.241	0.062	0.081	0.860	0.227	0.152	0.169	0.138	0.125
C5 在本科室,工作人员看到更高权力的人做出对患者不安全的事情时会说出来	0.223	0.055	0.084	0.250	0.804	0.022	0.122	0.195	0.090
C6 本科室工作人员发表安全建言时,更高权力的人对员工所担忧的患者安全问题持开放态度	0.203	−0.025	0.103	0.283	0.800	0.136	0.133	0.118	0.058
C7 在本科室,当工作人员感觉事情似乎不正确时,他们都不敢提出疑问*	0.092	0.274	0.199	−0.044	0.719	0.155	0.178	0.069	0.117
C4 在本科室,工作人员看到可能对患者产生负面影响的事情时会说出来	0.288	0.036	0.200	0.381	0.651	0.119	0.182	0.037	0.161
F4 当患者转科时,重要信息总是被遗漏*	0.220	0.226	0.219	0.086	0.143	0.813	0.107	0.131	0.032
F5 在交接班时,重要的患者护理信息经常被遗漏*	0.189	0.165	0.283	0.149	0.089	0.812	0.158	0.148	0.006
F6 在交接班时,有充足的时间来交接患者所有重要的护理信息	0.160	0.127	0.180	0.040	0.136	0.728	0.312	0.161	−0.039
A4 本科室定期审查工作流程,以确定是否需要修订改善患者安全的措施	0.011	0.160	0.035	0.153	0.134	0.085	0.861	0.124	0.048
A12 本科室会评估改善患者安全的举措,以了解改善效果	0.217	0.105	0.137	0.220	0.174	0.186	0.804	0.121	0.095
A14 本科室允许相同的患者安全问题重复发生*	0.091	0.213	0.181	0.156	0.204	0.274	0.699	0.105	0.080
A8 当本科室工作繁忙时,工作人员会相互帮助	0.225	0.204	0.086	0.202	0.163	0.240	0.114	0.787	0.148
A1 本科室的工作人员作为一个高效的团队一起工作	0.283	0.064	0.143	0.168	0.219	0.046	0.354	0.724	0.117
A9 本科室工作人员之间存在不尊重行为问题(言语或行为上的不尊重,如贬低评价、不断挑剔、散布恶意谣言、扔投物品等)*	0.217	0.257	0.284	0.172	0.105	0.278	0.053	0.646	0.103
D2 当一个错误发生,可能对患者有潜在伤害,但实际没有造成伤害,这种情况报告的频率如何	0.137	0.095	0.024	0.229	0.075	0.052	0.094	0.087	0.857
D1 当一个错误发生,但对患者造成影响之前已经被发现并纠正,这种情况报告的频率如何	0.233	0.088	0.058	0.056	0.195	−0.048	0.073	0.140	0.824
特征值	12.158	3.186	2.558	1.695	1.615	1.356	1.214	1.034	1.013
累积方差贡献率	37.992	47.948	55.943	61.240	66.287	70.524	74.317	77.547	80.712

注:* 为反向条目;V1~V9 分别指代 9 个维度。

表 2 各维度聚合效度与区分效度

维度	CR	AVE	区分效度(r)								
			V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9
V1	0.860	0.672	0.820*	—	—	—	—	—	—	—	—
V2	0.851	0.588	0.430	0.766*	—	—	—	—	—	—	—
V3	0.857	0.666	0.569	0.305	0.816*	—	—	—	—	—	—
V4	0.891	0.671	0.642	0.536	0.389	0.819*	—	—	—	—	—
V5	0.902	0.606	0.537	0.442	0.470	0.465	0.779*	—	—	—	—
V6	0.931	0.819	0.491	0.249	0.472	0.368	0.437	0.905*	—	—	—
V7	0.884	0.656	0.530	0.368	0.364	0.506	0.426	0.556	0.810*	—	—
V8	0.814	0.686	0.414	0.423	0.288	0.480	0.372	0.405	0.515	0.828*	—
V9	0.894	0.738	0.466	0.507	0.364	0.541	0.540	0.427	0.413	0.315	0.859*

注:* 为 AVE 开根值;开根值的下三角数据为各维度间 Pearson 相关系数;均 $P<0.05$ 。

表 3 HSOPSC 2.0 主体部分内容

主体部分	条目	选项
A 部分:您工作的科室	A1~A14	强烈不同意、不同意、中立、同意、强烈同意、不适用或不知道
B 部分:您的临床领导	B1~B3	强烈不同意、不同意、中立、同意、强烈同意、不适用或不知道
C 部分:沟通	C1~C7	从不、很少、有时、经常、总是、不适用或不知道
D 部分:患者安全事件报告	D1~D2	从不、很少、有时、经常、总是、不适用或不知道
	D3	无、1~2 件、3~5 件、6~10 件、≥11 件
E 部分:患者安全等级	E1	差、一般、好、很好、优秀
F 部分:您的医院	F1~F6	强烈不同意、不同意、中立、同意、强烈同意、不适用或不知道

注:D3、E1 为 2 个额外条目。

4 小结

本研究汉化的中文版 HSOPSC 2.0 包含 9 个维度 32 个条目,多中心调查证实其具有较好的信效度,可用于评估我国医院患者安全文化现况,并为改善科室或医院安全文化氛围、提高医疗保健质量和患者安全提供借鉴与指导。然而,本研究采用便利抽样法,且被调查者以护士居多,因此在样本代表性上存在一定局限。今后可采用更科学的抽样方法,纳入代表性的医务人员,进一步探讨该问卷在我国医务人员中的适用性。

(本研究承蒙美国卫生保健研究和质量机构患者安全文化调查技术助理 Aisha Marsono 在问卷翻译过程中的帮助与指导,特此致谢!)

参考文献:

[1] 刘璟,肖明朝.关于 WHO 提出全球患者安全行动计划的思考与启示[J].中国医院,2021,25(7):62-64.

[2] WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021—2030 [EB/OL]. (2021-08-03) [2022-11-19]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.

[3] 郭舒婕,常玉兰,单格妍,等.护士出勤主义行为与患者安全文化的相关性[J].护理学杂志,2021,36(19):77-79.

[4] National Patient Safety Foundation. Free From Harm: Accelerating Patient Safety Improvement—Fifteen Years After To Err Is Human[EB/OL]. (2015-12-16) [2022-11-19]. <https://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.a-spx>.

[5] Azyabi A, Karwowski W, Davahli M R. Assessing patient safety culture in hospital settings[J]. Int J Environ Res Public Health,2021,18(5):2466.

[6] Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide [EB/OL]. (2021-06) [2022-11-19]. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.

[7] Agency for Healthcare Research and Quality. International Use of SOPS[EB/OL]. (2022-09) [2022-11-19]. <https://www.ahrq.gov/sops/international/index.html>.

[8] 李漓,刘雪琴.护理人员对医院患者安全文化的评估分析[J].中华护理杂志,2009,44(4):304-307.

[9] Sousa V D, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research:a clear and user-friendly guide-

line[J]. J Eval Clin Pract,2011,17(2):268-274.

[10] 胡丹,谭晶,葛颖杰,等.患者安全文化调查问卷 HSOPSC 2.0 版的评价与思考[J].中国卫生质量管理,2021,28(10):55-58.

[11] Agency for Healthcare Research and Quality. Transitioning to the SOPS Hospital Survey Version 2.0: what's different and what to expect [EB/OL]. (2019-09) [2022-11-19]. <https://www.ahrq.gov/sops/events/news/hsops2release.html>.

[12] Wami S D, Demssie A F, Wassie M M, et al. Patient safety culture and associated factors:a quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia [J]. BMC Health Serv Res,2016,16:495.

[13] Andrews G R. Cross-cultural studies. An important development in aging research[J]. J Am Geriatr Soc,1989,37(5):483-485.

[14] Agency for Healthcare Research and Quality. Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture(SOPS) [EB/OL]. (2022-09-02) [2022-11-20]. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/Translation-Guidelines-SOPS-090222.pdf>.

[15] 吴明隆.问卷统计分析实务:SPSS 操作与应用[M].重庆:重庆大学出版社,2010:158-238.

[16] Malhotra N, Lopes E, Veiga R. Structural equation modeling with Lisrel:an initial vision[J]. Revista Brasileira de Marketing,2014,13(2):28-43.

[17] Agency for Healthcare Research and Quality. SOPS Frequently Asked Questions (FAQs) [EB/OL]. (2023-02) [2023-02-08]. <https://www.ahrq.gov/sops/about/faq.html>.

[18] Agency for Healthcare Research and Quality. Understanding SOPS Surveys:A Primer for New Users (Webcast) [EB/OL]. (2022-11-07) [2022-11-25]. <https://www.ahrq.gov/sops/events/webinars/sops-primer-110722.html>.

[19] 史静铮,莫显昆,孙振球.量表编制中内容效度指数的应用[J].中南大学学报(医学版),2012,37(2):49-52.

[20] Lee S E, Dahinten V S. Adaptation and validation of a Korean-language version of the revised hospital survey on patient safety culture (K-HSOPSC 2.0)[J]. BMC Nurs, 2021,20(1):12.

(本文编辑 韩燕红)