

تصویر سلامت

دوره ۴ شماره ۴ سال ۱۳۹۲ صفحه ۲۵ - ۲۰

ارزیابی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، بیمارستان شهید محلاتی تبریز - ۱۳۹۱

علی جنتی^۱، محمدصادق ملتجایی فرید^{۲*}، محمد سعادت^۳، سید مهدی یحیایی^۴، پرویز اسدی^۵،
محمدرضا نریمانی^۶، معصومه دادستان^۷، حمیده پیری^۸، مهدی نوری^۹

چکیده

زمینه و اهداف: بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار تکنیکی مناسب برای مشارکت و همکاری مدیران ارشد و سایر کارکنان برای تامین محیطی ایمن در بیمارستان ها می باشد. این مطالعه با هدف ارزیابی بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار انجام گرفته در بیمارستان شهید محلاتی تبریز در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه بصورت تلفیقی (کمی و کیفی) انجام گرفت. تمامی صورتجلسات بازدیدهای مدیریتی ایمنی برگزار شده در بیمارستان شهید محلاتی در سال ۱۳۹۱ به روش محتوایی تحلیل شده و اثربخشی اقدامات صورت گرفته با فرم محقق ساخته مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: در مجموع ۳۱ بازدید مدیریتی انجام گرفته، ۲۳۶ مشکل در خصوص ایمنی شناسایی شده است. اقدامات اصلاحی انجام گرفته منجر به رفع کامل ۷۵٪ از موارد شده و تنها درخصوص ۱۰٪ از موارد اقدامی صورت نگرته است.

بحث و نتیجه گیری: بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار روشی مفید برای نشان دادن تعهد مدیریت ارشد به ایمنی و جلب همکاری سایر کارکنان برای رفع مشکلات ایمنی می باشد.

کلید واژه ها: بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، اعتباربخشی، مدیریت خطر

۱- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

۲- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (Email: msmfarid@yahoo.com)

۳- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

۴- دکترای حرفه ای پزشکی، مدیر بیمارستان شهید محلاتی تبریز

۵- متخصص گوارش، رئیس بیمارستان شهید محلاتی تبریز

۶- کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

۷- کارشناس پرستاری، کارشناس مسئول ایمنی بیمار، بیمارستان شهید محلاتی تبریز

۸- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، کارشناس مسئول دفتر بهبود کیفیت، بیمارستان شهید محلاتی تبریز

۹- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کارشناس بهبود کیفیت، بیمارستان شهید محلاتی تبریز

مقدمه :

تأمین کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، چالش جهانی و تلاش مداوم نظام های سلامت است. انتظار مردم این است که خدمات بهداشتی و درمانی با حداکثر کیفیت ارائه شوند (۱، ۲). حداکثر کیفیت، اشاره به مفهومی گسترده دارد و جنبه های متعددی از جمله اثربخشی خدمت، مصرف بهینه منابع، ارائه عادلانه خدمات، ایمنی، به موقع و متناسب بودن خدمات و توجه به خواسته ها و انتظارات فرهنگی و مذهبی مردم را در بر می گیرد (۱). آنچه اهمیت آن روشن است لزوم بهبود کارایی، اثربخشی و ایمنی بیمار است. بدین منظور، مسئولیت پذیری مراکز ارائه خدمات سلامت می بایست افزایش یابد تا از ناهمسانی خدمات ارائه شده به بیماران کاسته شود (۳). این امر می تواند با اجرای چارچوب حاکمیت بالینی (۴) و به کارگیری برنامه اعتباربخشی (۵) در بیمارستان ها استقرار یابد.

اعتباربخشی توجه خاصی بر روی ایمنی بیمار دارد به طوری که کمیسیون مشترک اعتباربخشی (JCA) دورنمای خود را این گونه بیان می کند که "تمام مردم در تمام سازمان های بهداشتی درمانی ایمن ترین، با کیفیت ترین و ارزشمندترین خدمات را دریافت کنند" (۶). این برنامه ها با بسترسازی و پیش بینی ساختارهای مورد نیاز سعی در ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی درمانی هستند (۷).

بسیاری از بیمارستان ها از تکنیک های ارتقای فرایند و برنامه های مختلف برای دستیابی به این اهداف استفاده می کنند اما متأسفانه فعالیت های تغییر عمده تا به دلیل عدم مشارکت مدیریت ارشد، اغلب شکست می خورند (۸-۱۱). با وجود این شواهد علمی کمی در خصوص نحوه مشارکت موثر مدیران ارشد در فعالیت های ارتقای فرایند وجود دارد (۱۲). یک تکنیک برای مشارکت مدیران ارشد برنامه بازدید آنها از خط مقدم برای مشاهده و صحبت کردن با کارکنان در حالی که آنها مشغول به کار خود هستند می باشد. نوآوری این تکنیک این هست که مدیران و کارکنان صف مقدم با هم برای شناسایی و رفع موانع بهره وری، کیفیت و ایمنی همکاری می کنند (۱۳-۱۵). این تکنیک در اصل به مفهوم "مدیریت از طریق بازدید" می باشد (۱۴) که در بیمارستان ها به عنوان بازدیدهای مدیریتی ایمنی شناخته شده است (۱۳). بازدیدهای مدیریتی ایمنی به عنوان ابزاری موثر در ارتقای فرهنگ ایمنی معرفی شده است. از جمله اهداف این بازدیدها می توان به نشان دادن تعهد و پاسخگویی مدیریت ارشد به ایمنی بیماران، کارکنان و جامعه، افزایش مشارکت کارکنان و ایجاد فرهنگ ارتباطات آزاد، شناسایی، تقدیر و به اشتراک گذاری بهترین عملکردها و آموزش کارکنان درخصوص مفاهیم ایمنی بیمار اشاره کرد (۱۶).

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای اولین بار در ژانویه ۲۰۰۱ در بیمارستان زنان بوستون (BWH) اجرا گردید. نتایج اجرای پایلوت نشان داد؛ در صورتی که اطلاعات بدست آمده در بازدیدها بدرستی تجزیه و تحلیل گردند می توانند منجر به تغییرات ایمنی شود (۱۰). این برنامه از دو سطح موجب ارتقا ایمنی بیمار می شود: اول، یک نمود کامل از تعهد مدیران ارشد برای پذیرفتن نظرات کارکنان می باشد که موجب انگیزش کارکنان برای مشارکت بیشتر در فعالیت های ارتقای کیفیت خدمات می گردد (۱۷). دوم، در خلال همکاری شناسایی مشکلات ایمنی توسط کارکنان خط مقدم و رفع آنها توسط مدیران، فرایندهای ارائه خدمت ارتقا می یابند (۱۸). مطالعه ای از ۷ بیمارستان که بازدیدهای مدیریتی ایمنی را در سالهای بین ۲۰۰۰ و ۲۰۰۵ اجرا کرده بودند؛ نشان داد که تدوam برنامه بازدید موجب ارتقاء نگرش کارکنان صف اول به ایمنی نسبت به قبل از اجرای آن شده بود (۱۹). در مطالعه ی نتایج اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی در مجموعه بیمارستان زنان بوستون، اشاره می کند که در طی اجرای ۲۳۳ جلسه یک ساعته بازدید، در طی ۲۸ ماه، تعداد ۱۴۳۳ مسئله ایمنی شناسایی شده که ۳۰٪ مربوط به تجهیزات، ۱۳٪ ارتباطات، ۷٪ دارو و ۶٪ مربوط به فشار کاری بود (۲۰). همچنین نتایج مطالعه زیمرمن (Zimmerman) و همکاران (۲۰۰۸) در تسهیلات بهداشتی درمانی همیلتون (Hamilton Health Science [HHS]) نشان می دهد که پس از اجرای یکساله بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار در تمام بخش های بالینی و پشتیبانی، ۹۸۴ بازدید مدیریتی ایمنی صورت گرفته که منجر به شناسایی ۱۳۵۱ مورد مسائل ایمنی در موضوعات مختلف شده بود که ۸۰-۶۴٪ آنها بطور کامل رفع شده بودند و یا پروژه های ارتقای آنها در دست اجرا بودند. ۹۳٪ از کارکنان اشاره کرده بودند که در طی بازدیدها بحث های آزادانه و با صداقت کامل با مدیران ارشد برای رفع مسائل ایمنی داشتند (۱۳). با توجه به موارد مذکور و اینکه بازدیدهای مدیریتی ایمنی به عنوان ابزاری موثر در ارتقای فرهنگ ایمنی معرفی شده است، هدف از این مطالعه بررسی بازدیدهای مدیریتی ایمنی در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان شهید محلاتی تبریز برای مطالعه تاثیر این بازدیدها بر ارتقای سطح ایمنی و رفع مشکلات ایمنی در موضوعات مختلف می باشد.

مواد و روشها

این مطالعه، یک مطالعه تلفیقی (کمی و کیفی) است. صورتجلسات و گزارشات بازدیدهای مدیریتی ایمنی برگزار شده در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان شهید محلاتی به عنوان ابزار جمع آوری اطلاعات به صورت تحلیل محتوایی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. محیط مطالعه بیمارستان شهید محلاتی

ارزیابی وضعیت اقدامات صورت گرفته باز دیده‌های مدیریتی ایمنی که مبتنی بر هدف و محقق ساخته بودند، مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

تمامی فرم‌های باز دیده‌ای ایمنی در بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند (۱۰۰٪). جدول شماره ۱ وضعیت کلی باز دیده‌های مدیریتی ایمنی بیمار انجام گرفته در بیمارستان شهید محلاتی را نشان می‌دهد.

تبریز بوده و نمونه مطالعه شامل تمام گزارشات و صورتجلسات باز دیده‌های مدیریتی ایمنی برگزار شده در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان شهید محلاتی می‌باشد. برای افزایش قوام داده‌ها، استخراج داده‌ها توسط همکار دوم نیز کنترل شده و طبقه بندی و اولویت بندی آنها نیز توسط همکار دوم بررسی شد. همچنین، فرم مربوط به استخراج موارد ایمنی شناسایی شده از صورتجلسات به تفکیک موضوع موارد و فرم

جدول ۱. وضعیت کلی باز دیده‌های مدیریتی ایمنی بیمار بیمارستان شهید محلاتی - ۱۳۹۱

تعداد تخت بیمارستان	۱۵۴ تختخوابی
تناوب باز دیده‌ها	بصورت هفتگی
تعداد واحد‌های باز دیده شده	۱۹ واحد
تعداد باز دیده‌های صورت گرفته	۳۱
تعداد شرکت کنندگان (بر حسب روز)	۲۱۸
اعضای اصلی تیم باز دیده	رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر خدمات پرستاری، معاون فنی تخصصی، مدیر بهبود کیفیت، کارشناس مسئول حاکمیت بالینی، کارشناس مسئول ایمنی و مسئولین بخش‌ها
تعداد موارد شناسایی شده	۲۳۶ مورد

شدن مشکلات مرتبط با خطاهای دارویی، فضای فیزیکی و تجهیزات پزشکی نیاز به توجه و اقدام جدی تری دارند. جدول شماره ۲ بر اساس موضوعات مختلف ایمنی طبقه بندی شده که جزئیات آن و میزان مرتفع شدن موارد شناسایی شده را نشان می‌دهد.

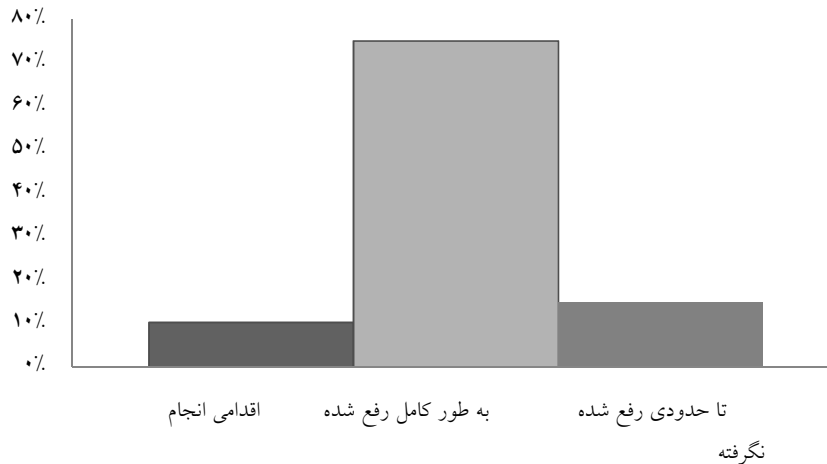
یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشترین موارد ایمنی رفع شده از موارد ایمنی شناسایی شده در باز دیده‌های مدیریتی ایمنی بیمار مربوط به مدیریت خطر، مدیریت پسماندها و نظافت و ضد عفونی بوده است و کمترین موارد رفع شده در خطاهای دارویی بوده و مرتفع

جدول ۲. موارد ایمنی شناسایی شده و میزان مرتفع شدن آنها در باز دیده‌های مدیریتی ایمنی بیمار بیمارستان شهید محلاتی - ۱۳۹۱

موضوع	بطور کامل رفع شده		اقدامی انجام نگرفته		تأخیر در مرتفع شده		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مدیریت خطر	۴	۱۰۰٪	۰	۰٪	۰	۰٪	۴	۱.۶٪
خطاهای دارویی	۶	۳۳٪	۱	۶٪	۱۱	۶۱٪	۱۸	۷.۶٪
فضای فیزیکی	۱۲	۴۸٪	۶	۲۴٪	۷	۲۸٪	۲۵	۱۰.۶٪
تجهیزات پزشکی	۲۰	۶۹٪	۴	۱۴٪	۵	۱۷٪	۲۹	۱۲.۲٪
روش و دستورالعمل‌ها	۳۰	۸۸٪	۳	۹٪	۱	۳٪	۳۴	۱۴.۴٪
تجهیزات غیر پزشکی	۸	۸۹٪	۱	۱۱٪	۰	۰٪	۹	۳.۸٪
نیروی انسانی	۶	۷۵٪	۱	۱۲٪	۱	۱۲٪	۸	۳.۳٪
آموزش ایمنی	۲۱	۸۸٪	۰	۰٪	۳	۱۲٪	۲۴	۱۰.۱٪
نظافت و ضد عفونی	۸	۱۰۰٪	۰	۰٪	۰	۰٪	۸	۳.۳٪
گزارشات	۱۴	۹۳٪	۱	۷٪	۰	۰٪	۱۵	۶.۳٪
۹ راهکار ایمنی بیمار	۱۵	۸۸٪	۰	۰٪	۲	۱۲٪	۱۷	۷.۲٪
مدیریت پسماند	۴	۱۰۰٪	۰	۰٪	۰	۰٪	۴	۱.۷٪
کنترل عفونت	۳	۷۵٪	۰	۰٪	۱	۲۵٪	۴	۱.۷٪
سایر	۲۷	۷۳٪	۲	۵٪	۸	۲۱٪	۳۷	۱۵.۶٪

این مشکلات هنوز اقدامی صورت نگرفته است و این تاثیر بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار در رفع مشکلات ایمنی شناسایی شده را نشان می دهد (نمودار ۱).

در حالت کلی ۷۵٪ مشکلات ایمنی شناسایی شده در بیمارستان شهید محلاتی تبریز رفع شده اند، ۱۵٪ از این مشکلات تا حدودی مرتفع شده و برای مرتفع نمودن ۱۰٪ از



نمودار ۱. میزان کلی رفع مشکلات ایمنی شناسایی شده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بیمارستان شهید محلاتی

بحث

براساس یافته های این مطالعه؛ در کل بازدیدهای مدیریتی صورت گرفته، ۲۳۶ مورد از مسائل ایمنی در موضوعات مختلف از بخش های مختلف شناسایی شده است. این آمار در بیمارستان های تحت مطالعه فرانکل (Frankle) ۲۰۰۵ از قرار زیر می باشد: بیمارستان زنان بریگام (Brigham and Women's) ۹۲۴ مورد، بیمارستان Newton-Spaulding Rehabilitation، Wellesley ۸۹ مورد، بیمارستان Shaughnessy- Kaplan Rehab ۱۹۹ مورد و بیمارستان ۲۲۱ مورد (۲۰). همچنین در مطالعه زیمرمن (۱۳) در مجموعه بیمارستانی همیلتون، بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار منجر به شناسایی ۱۳۵۱ مورد از مسائل ایمنی در موضوعات مختلف شده بود که نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات اشاره شده در تعداد موارد شناسایی شده همسو می باشد. رفع موضوعات ایمنی شناسایی شده در بازدیدهای ایمنی می تواند زمینه را برای ارتقای ایمنی بیمار فراهم کند. موضوعات شناسایی شده در مطالعه حاضر با نتایج مطالعه فرانکل ۲۰۰۵ (۲۰) در جدول ۳ آمده است.

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به عنوان ابزاری مفید و قدرتمند برای ایجاد و توسعه فرهنگ ایمنی بیمار با ایجاد ارتباط مستقیم بین کارکنان صف اول و مدیران و رهبران در یک بحث آزاد در بازه مسائل ایمنی بیمار می باشد. بعلاوه این استراتژی موجب ارتقای کار گروهی، باز شدن کانال های ارتباطی شده و فرصتی برای مشارکت تیم ها در فعالیت های ارتقای ایمنی فراهم می کند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در طی یکسال اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار ۳۱ بازدید در بخش های مختلف درمانی و پشتیبانی انجام گرفته است که البته با در نظر گرفتن مطالعات مشابه زیمرمن (Zimmerman) و همکاران (۲۰۰۸)، شامل ۹۸۴ بازدید در مجموعه بیمارستانی همیلتون و ۲۳۳ بازدید در مجموعه بیمارستانی بوستون بسیار کم می باشد (۱۳) اما با در نظر گرفتن این امر که آمار مطالعه حاضر مربوط به یک بیمارستان ۱۵۰ تخت بوده و سال اول اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی می باشد، می توان این تفاوت را توجیه نمود.

جدول ۳. مقایسه موضوعات شناسایی شده در مطالعه حاضر و مطالعه فرانکل ۲۰۰۵

بیمارستان شهید محلاتی تبریز (N=236)	Shaughnessy-Kaplan Rehab Hospital (N=199)	Spaulding Rehabilitation Hospital (N=221)	Newton-Wellesley Hospital (N=89)	Brigham and Women's Hospital (N=924)	(N=Comments elicited)
گروه بندی ها (%) N					
-	۲۰ (%۱۰)	۲۶ (%۱۲.۶)	۱۷ (%۱۹)	۱۱۵ (%۱۲.۴)	مرتبط با اطلاعات
۱۵ (%۶.۳)	-	-	۸ (%۹)	-	مستند سازی اشتباه / ناقص
۲۵ (%۱۰.۶)	۱۲۰ (%۶۰)	۷۶ (%۳۴.۴)	۲۴ (%۲۷)	۲۰۶ (%۲۲)	مرتبط با تجهیزات، امکانات و فضای فیزیکی
۲۹ (%۱۲.۲۰)	۴۰ (%۲۰)	۳۳ (%۱۵)	۷ (%۸)	۶۰ (%۶)	عملکرد تجهیزات / تعمیرات
-	-	-	۸ (%۹)	-	موجود بودن مواد مصرفی
۱۸ (%۷.۶)	-	-	-	۹۰ (%۹.۷)	مرتبط با دارو
۸ (%۳.۳)	۱۳ (%۶.۵)	۲۲ (%۱۰)	۹ (%۱۰)	-	مرتبط با کارکنان
-	-	۲۰ (%۹)	۸ (%۹)	-	فشار کاری
موارد خاص یا بخشی					
۲۴ (%۱۰.۱)	-	۱۳ (%۶)	-	-	آموزش
۳۴ (%۱۴.۴)	-	-	۸ (%۹)	-	پروتکل ها / دستورالعمل ها
۸ (%۳.۳)	-	۱۴ (%۶)	-	-	نظافت
۴ (%۱.۶)	-	-	-	-	مدیریت خطر
۹ (%۳.۸)	-	-	-	-	تجهیزات غیر پزشکی
۱۷ (%۷.۲)	-	-	-	-	۹ راهکار ایمنی
۸ (%۳.۴)	-	-	-	-	کنترل عفونت و پسماند
۳۷ (%۱۵.۶)	-	-	-	-	سایر موارد (غیر مرتبط)

نتیجه گیری

نتایج حاکی از این است که بازدهی‌های مدیریتی ایمنی بیمار در شناسایی و رفع مشکلات ایمنی، نقش بسزایی دارد. مشارکت مدیران ارشد و کارکنان صف مقدم برای ارتقای ایمنی بستر مناسبی را فراهم می آورد که موجب ارتقای کار تیمی، درک متقابل دو گروه، حمایت از ایده ها و فعالیت های کارکنان صف مقدم توسط مدیران ارشد و حمایت از استراتژی های مدیران ارشد توسط کارکنان صف می شود که این عوامل در نهایت منجر به تامین محیطی ایمن برای بیماران و کارکنان می شود که پیامدهای مثبت را برای بیماران افزایش می دهد.

تقدیر و تشکر

برخود وظیفه می دانیم از زحمات ریاست و مدیریت محترم بیمارستان شهید محلاتی تبریز، کارشناس مسئول ایمنی و کارشناس دفتر بهبود کیفیت و مسئولین بخش های این بیمارستان تشکر و قدردانی کنیم.

از مقایسه آمار مطالعات با نتایج مطالعه حاضر می توان نتیجه گرفت که مطالعات از حیث موضوعات شناسایی شده تقریباً همسو می باشند. همچنین توجه به آمار موضوعات نشان می دهد که درصد فراوانی موارد ایمنی شناسایی شده در فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی، مستند سازی، دارو و نیروی انسانی تقریباً در یک سطح می باشند. همچنین تفاوت بین درصد فراوانی موضوعات آموزش و روش ها و دستورالعمل ها و بالا بودن آن در مطالعه حاضر می تواند ناشی از جدید بودن مفهوم بازدهی‌های مدیریت ایمنی بیمار و همچنین مفاهیم حاکمیت بالینی، اعتبار بخشی و نوپا بودن برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی در بیمارستان تحت مطالعه باشد.

در کل از نتایج مطالعه چنین بر می آید که ۷۵.۴۲٪ از موضوعات شناسایی شده در بازدهی‌های مدیریتی ایمنی بیمار بطور کامل رفع شده اند، برنامه ارتقای ۱۶.۵۳٪ از موضوعات شناسایی شده در حال اجرا می باشد و تا حدودی رفع شده اند، درخصوص ۸.۰۵٪ از موضوعات شناسایی شده اقدام خاصی صورت نگرفته است. بطور کلی می توان گفت حدود ۸۵٪ از موضوعات ایمنی شناسایی شده در بازدهی‌های مدیریتی ایمنی رفع گردیده اند که با مطالعه زیرمن همسو می باشد.

منابع

12. Schroeder RG, Linderman K, Dongli Z. Evolution of Quality: First Fifty Issues of Production and Operations Management. *Production & Operations Management*. 2005;14(4):81-468.
13. Zimmerman R, Ivan Ip, Charlotte D, Teresa S, Jill Shaver. An evaluation of patient safety leadership walkrounds. *healthcare quarterly*. 2008;11.16-20.
14. Luria G, Morag I. Safety management by walking around (SMBWA): A safety intervention program based on both peer and manager participation. *Accident Analysis and Prevention*. 2012;45:57-248.
15. Peters TJ, Waterman RH. In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies. New York: NY: Harper & Row Inc; 1982.
16. Quality and Safety Walk-Rounds: Toolkits Paperback. Health Service Executive Public Communications; 2013.4.
17. Beer M. Why Total Quality Management programs do not persist: The role of management quality and implications for leading a TQM transformation. *Decision Sci*. 2003;34(4):42-623.
18. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BL, et al. Senior executive: Adopt-a-work unit: A model for safety improvement. *Joint Commission J Quality Improvement*. 2004;30(2):59-68.
19. Frankel A, Pratt Grillo S, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M, et al. Revealing and resolving patient safety defects: The impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Services Research*. 2008;43(6):66-2050.
20. Frankel A, Grillo SP, Baker EG, Huber CN, Abookire S, Grenham M, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds at Partners Healthcare: learning from implementation. *journal on quality and patient safety*. 2005;31:8.
۱. دلخوشان ع، دهقانی فیروزآبادی م، راغبی س، فرهادیان ع. حاکمیت بالینی. چاپ اول، تهران، ایران. ۱۵:۱۳۹۱
۲. گزارش دهی، به اشتراک گذاری و یادگیری از خطاهای پزشکی با تمرکز بر ایمنی بیمار. دفتر حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مشهد، ایران. ۳:۱۳۹۱
3. Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. *Br J Gen Pract*. 2002; 52:7-12.
4. Hammond S. clinical governance and patient safety: an overview. In: Haxby E, Hunter D, Jaggar S, editors. *An introduction to clinical governance and patient safety*: OXFORD university press; 2010:2
5. What is accreditation 2013 [cited 2013 11/10]. Available from: <http://www.achc.org/getting-started/what-is-accreditation>.
6. Accreditation 2013 [cited 2013 10/11]. Available from: <http://www.jointcommission.org>.
7. JD A. Creating a culture of safety: leadership, teams and tools. *Nurse Leader Journal*. 2006;5:38-41.
8. Benning A, Ghaleb M, Suokas A, Dixon-Woods M, Dawson J, Barber N, et al. Large scale organisational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. *BMJ* 2011;342:195.
9. Benning A, Dixon-Woods M, Nwulu U, Ghaleb M, Dawson J, Barber N, et al. Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase. *BMJ* 2011;342:199.
10. Douglas TJ, Fredenall LD. Evaluating the Deming management model of total quality in services. *Decision Sci*. 2004;35(3):393-422.
11. Weiner BJ, Shortell SM, Alexander J. Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: The effects of top management, board, and physician leadership. *Health Services Research*. 1997;32(4):491-510.