مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره شانزدهم/ پائیز ۱۳۹۰/ ۱۰۹-۹۵

بررسی نظام‌مند مدل‌های اعتباربخشی برای طراحی مدل ملی

دکتر جعفر صادق تبریزی[۱]، **فرید غریبی**[۲]

۱- استادیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن: ۳۳۵۲۲۹۱ - ۰۴۱۱، ۳۳۷۰۰۳۱ - ۰۴۱۱ tabrizijs@tbzmed.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: در سراسر دنیا مردم، بیماران، دولت و پرداخت کننده‌های ثالث، خواستار ارزیابی غنی‌تر شرایط خدمات سلامت برای بهبود مستمر کیفیت هستند. کشورهای مختلف رویکردهای متفاوتی را جهت حفظ و ارتقای کیفیت و بهبود استانداردها اتخاذ نموده‌اند که صدور مجوز، اعطای گواهینامه و اعتباربخشی، از جمله سیستم‌های ایجاد شده در این راستا می‌باشند. اعتباربخشی به سبب استانداردهای حداکثری و چالش برانگیز به عنوان قدرتمندترین روش شناخته شده در این عرصه می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، جستجوی سیستماتیک نقاط قوت و ضعف مدل‌های اعتباربخشی، برای انتخاب مدل یا مدل‌های مرجع به منظور الگوبرداری جهت طراحی مدل ملی می‌باشد.

روش بررسی: برای انجام این پژوهش، جستجوی سیستماتیک از database های SID, Ovid Medline و PubMed ، با استفاده از کلید واژه‌های accreditation، hospital، medical practice ، clinic، accreditation models ، health care و معادل‌های فارسی آنان صورت پذیرفت. با توجه به معیارهای ورود و خروج تعریف شده، حاصل این جستجو **۲۳۷۹** مقاله بود که بر اساس هدف مطالعه که اشاره به مزایا و معایب مدل‌های اعتباربخشی دارد به صورت مرحله به مرحله به ترتیب با مطالعهٔ عنوان، چکیده و مقالهٔ کامل، پالایش شده و در نهایت ۸۳ مقاله از میان آنها انتخاب و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس یافته‌های به دست آمده از مقالات، در جداول خلاصه سازی وارد گردیده و در گام بعدی، مدل‌های بزرگ اعتباربخشی جهان بر اساس ۲۵ مؤلفه با یکدیگر مقایسه و نتیجه‌گیری نهایی به عمل آمد.

یافته‌ها: در میان تمامی مقالات، مدلهایی که بیشترین بحث و تحلیل را به خود اختصاص داده بودند به ترتیب، مدل‌های اعتباربخشی JCAHO آمریکا و CCHSA کانادا بودند و مدل‌های اعتباربخشی انگلستان، استرالیا و فرانسه در رده‌های بعدی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده از این بحث، با بررسی‌های به عمل آمدهٔ دیگر همخوانی دارد به طوریکه در آن مطالعات نیز این مدل‌ها به عنوان بزرگترین و اثرگذارترین مدل‌های اعتباربخشی رایج در دنیا معرفی شده‌اند. در ارتباط با مؤلفه‌هایی که مبنای مقایسه قرار گرفتند، مدل اعتباربخشی JCAHO آمریکا و پس از آن CCHSA کانادا به ترتیب دارای بیشترین نقاط قوت و کمترین نقاط ضعف بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس مؤلفه‌های تعریف شده، مدل اعتباربخشی JCAHO آمریکا و سپس CCHSA کانادا در بهترین شرایط کاربردی بوده و سایر مدل‌های بزرگ مانند مدل‌های ACHS استرالیا، ANAES فرانسه، QHNZ نیوزیلند و مدل‌های انگلستان، در وضعیت تقریباً مشابهی قرار دارند. بنابراین به نظر می‌رسد که مدل مربوط به کمیسیون مشترک (JCAHO) بهترین مدل برای الگو برداری جهت طراحی مدل ملی باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت، اعتباربخشی، مدل مرجع

وصول مقاله: ۹۰/۱/۸ اصلاحیه نهایی: ۹۰/۴/۱۴ پذیرش مقاله: ۹۰/۵/۲۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

مقدمه

لزوم مدیریت کارآمد و اثربخش در بخش خدمات سلامت امری اجتناب ناپذیر بوده و عموم مردم، بیماران، پرداخت‌کننده‌ها و سازمانهای سلامت، خواستار ارزیابی خدمات سلامت برای ارتقای مستمر کیفیت می‌باشند. برای دستیابی به این هدف، سازمانهای حرفه‌ای و ارائه‌کنندگان خدمات سعی در اعمال کنترل کیفی برای بهبود استانداردهای مراقبت دارند. چالش فرارو، ایجاد تعادل و توازن بین نقش‌های متخصصین سلامت، سیاست‌گذاران دولتی، عامهٔ مردم و سایر ذینفعان در ارتقای کیفیت و تنظیم استانداردها برای بخش سلامت می‌باشد (۱).

این عوامل، شرایط را برای تصمیم گیرندگان در تمامی سطوح به منظور جستجوی داده‌های عینی در ارزیابی کیفیت در سازمانهای مراقبت سلامت مهیا نمودند. اعطای مجوز، صدور گواهینامه و اعتباربخشی، روشهایی با اهداف و قابلیت‌های متفاوت برای دستیابی به الزامات کیفیت و اطلاعات عملکردی هستند (۲). در این میان، اعتباربخشی نقش مهمی ایفا نموده و بعنوان "تایید دستیابی به استانداردهای از پیش تعیین شده توسط یک سازمان مراقبت سلامت که به وسیلهٔ یک گروه ارزیاب همتای بیرونی مستقل از همان سطح سازمانی انجام می‌گیرد" تعریف می‌شود (۳ و۱). در صنایع مختلف، اعتباربخشی به عنوان نماد کیفیت شناخته می‌شود که از طریق آن، سازمان به استانداردهای عملکردی مشخصی دست می یابد و فرصتی برای سازمان مهیا می‌شود که عملیات خود را در برابر استانداردهای ملی یا بین المللی ارتقا دهد (۴). با توجه به کاربرد فراوان اعتباربخشی در صنعت و آموزش، می توان درسهای زیادی از تجربیات صنایع مختلف برای استفاده در بخش سلامت، مانند مراقبت کودکان و ایمنی هوا و غذا، آموخت. هدف از اعتبار بخشی در سازمانهای سلامت بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، ایجاد بانک اطلاعاتی سازمانهای خدمات سلامت، افزایش ایمنی و کاهش خطرات برای بیماران و کارکنان، تامین آموزش و مشاوره برای سازمان های خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات می‌باشد (۵ و۲).

اعتباربخشی بطور معمول برنامه ای داوطلبانه است که به وسیلهٔ یک موسسهٔ غیردولتی (NGO) حمایت شده و ارزیابان آموزش دیده، شایستگی سازمانهای ارائه‌کنندهٔ خدمات سلامت را با استانداردهای عملکردی از پیش تعیین شده مورد سنجش قرار می‌دهند (۳ و۱). در طی این ارزشیابی، داده‌های لازم برای تصمیم‌گیری در مورد اعتباربخشی، از طریق بررسی مستندات، مصاحبه با مدیریت و پرسنل، مصاحبه با بیماران و مشاهدات مستقیم ارزشیابی کنندگان گردآوری و ثبت می‌شوند (۲).

اگرچه اعتباربخشی، فرآیندی است که باید بر اساس نیازها و انتظارات یک کشور طراحی شود اما ابزارهای مورد استفاده باید بر پایه شناسایی و استفاده از تجربیات سایر کشورها پایه‌ریزی گردند (۲). بنابراین هر کشور یا سازمانی که بخواهد یک برنامهٔ اعتباربخشی را راه‌اندازی کند باید به منظور استفاده از تجربیات دیگران، جلوگیری از دوباره کاری و اتلاف منابع، از یک یا چند سازمان بزرگ و پیشرو در این زمینه الگوبرداری کرده و برای ایجاد سازگاری و تطابق با عرصهٔ جدید، نسبت به بومی سازی آن استانداردها اقدام کند. منظور از بومی سازی یک مدل، سازگار کردن و مطابقت دادن آن با قوانین ملی و الزامات فرهنگی،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

اجتماعی، سیاسی و مذهبی خاص آن کشور می باشد که یک مرحلهٔ حساس و مهم از فرایند توسعهٔ استانداردها می‌باشد و این همان کاری است که تمامی کشورهای پیشرو انجام داده‌اند. برای مثال JCI[1] برخلاف شاخهٔ ملی آن یعنیJCAHO[2] ، جهت سازگاری با شرایط بین المللی، قوانین و الزامات ملی آمریکا را در استانداردهای بین المللی خود حذف نموده است (۶). ایرلند برای اعتبار بخشی از CCHSA[3] کانادا الگوبرداری نموده و در منطقهٔ EMRO[4] نیز برنامه‌های اعتباربخشی مصر و لبنان به ترتیب از بنیاد USAID[5] آمریکا و بانک جهانی منشاء گرفته‌اند (۱).

با توجه به اشکالات عمده نظام ارزشیابی بیمارستانها و سازمانهای خدمات سلامت ایران در حیطه‌های ابزار ارزشیابی (استاندارد نبودن سؤالات، وجود ابهام و ذهنی بودن آنها)، استاندارد نبودن فرایند ارزشیابی، استاندارد نبودن نظام جمع‌آوری و ثبت اطلاعات و عدم آموزش کافی ارزیابان (۴)، و به دلیل نیاز مبرم کشور ما به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای توانمندی‌های سیستم‌های سلامت، هدف پژوهش حاضر جستجوی سیستماتیک مزایا و معایب مدل‌های اعتباربخشی برای انتخاب مدل (یا مدل‌های) مرجع جهت الگوبرداری برای طراحی یک مدل اعتباربخشی با استفاده از روشهای علمی و معتبر می باشد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک بررسی مروری سیستماتیک می‌باشد که در database های SID، Ovid Medline و PubMed با استفاده از کلید واژه‌های accreditation، hospital، medical practice ، clinic، accreditation models و health care در بازهٔ زمانی ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۰ انجام گرفت. حاصل جستجوی فوق، ۲۳۷۹ مقاله بود که با توجه به معیارهای ورود و خروج، مرتبط ترین مقالات با اهداف مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود و خروج مقالات در این مطالعه، انگلیسی و فارسی زبان بودن مقالات، بررسی مدلهای اعتبار بخشی و اشاره به مزایا و معایب برنامه‌های مختلف اعتباربخشی بوده است به طوریکه بتوان از آنها برای مقایسهٔ مدل‌ها و انتخاب مدل مرجع استفاده نمود.

بدین منظور، در مرحلهٔ اول، ابتدا عناوین تمامی مقالات مورد بررسی قرار گرفت و ۸۲۶ مقاله به دلیل عناوین غیر مرتبط با اهداف پژوهش و ۴۲ مقاله به علت تکراری بودن از بررسی خارج شدند. در مرحلهٔ دوم، چکیدهٔ ۱۵۱۱ مقالهٔ باقی مانده از مرحلهٔ قبل، مورد بررسی قرار گرفت و ۷۴۷ مقالهٔ دیگر به علت عدم اشاره به مدل‌های اعتباربخشی از مطالعه خارج شدند. در سومین مرحله از این فرایند، ۷۶۴ مقالهٔ باقی مانده به طور کامل مورد بررسی قرار گرفتند و ۶۸۱ مقاله به دلیل عدم اشاره به مزایا و معایب مدل‌ها از مطالعه خارج گردیدند. و در نهایت ۸۳ مقالهٔ مرتبط با هدف مطالعه، شناسایی و انتخاب شدند. هشتاد و سه مقاله انتخابی، مورد مطالعه دقیق قرار گرفته و مهمترین نکات مربوط به مزایا و معایب مدلها استخراج و در جدول خلاصه سازی جمع‌بندی گردید. این مطالعه در طول یکسال و توسط دو نویسنده مقاله صورت پذیرفته است.

یافته‌ها

مهمترین یافته‌های مطالعه در باره مزایا و معایب مدل‌ها و روشهای اعتبار بخشی رایج در دنیا در جدول

1. Joint Commission International
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
3. Canadian Council on Health Services Accreditation
4. Regional Office for the Eastern Mediterranean
5. United States Agency for International Development

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

موجود در ضمیمه مقاله خلاصه سازی شده‌اند. یکی از اهداف اعتباربخشی، ارتقای مستمر کیفیت در مراکز ارائه دهندهٔ خدمات سلامت می‌باشد و بدیهی است که تمامی مدل‌های اعتباربخشی درجهت دستیابی به این هدف گام بردارند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، در بعد بهبود مستمر کیفیت، مدل JCAHO آمریکا دارای وضعیت مناسبی می‌باشد، بطوریکه تاکید ویژهٔ این مدل بر کیفیت، ایجاد استانداردهایی برای شناسایی و پیشگیری از صدمات رایج در خدمات سلامت، استفاده از معیارهای گستردهٔ کیفیت، تاکید بر انجام "بهترین خدمت"، اثبات سطح کیفیت بالاتر مراکز ارائه دهندهٔ خدمات سلامت که به وسیلهٔ این مدل اعتباربخشی شده‌اند گواه این ادعاست (۱۸-۷). از میان سایر مدل‌های اعتباربخشی، مدل ACHS[6] استرالیا به دلیل داشتن مواردی مانند تقویت بعد فنی مراقبت و درگیر کردن متخصصان در فعالیت‌های رسمی مرتبط با کیفیت با استفاده از برنامه‌هایی نظیر CEP و مدل CCHSA کانادا به دلیل تمرکز مناسب بر بهبود مستمر کیفیت نیز دارای وضعیت مناسبی می‌باشند (۱۹).

تأثیر بر ارتقای ایمنی یکی دیگر از اهداف اعتباربخشی است که مدل‌های اعتباربخشی به آن ارج می‌نهند. در این زمینه، مدل JCAHO به عنوان یک رهبر در سطح ملی و جهانی مطرح است و الگوی سازمانهای دیگر می‌باشد. این مدل، مراکز سلامت را موظف به داشتن تیم یا رهبر ایمنی نموده است. مدل فوق به مواردی همچون ایجاد سنجش‌های عملکردی به منظور مدیریت داروهای خطرناک، پرداختن به تست‌های ایمنی همانند POC (برای بررسی احتمال منفی کاذب یا مثبت کاذب بودن نتایج تست‌های آزمایشگاهی و تشخیصی)، دارابودن پروتکل‌های قابل قبول جهانی در زمینهٔ پیشگیری از "مکان اشتباه"، "روش اشتباه" و "شخص اشتباه" در جراحی‌ها، اجباری نمودن گزارشات وقایع خطرناک دارویی و گزارش سایر حوادث و تحلیل علل ریشه‌ای تمامی وقایع ناخوشایند و ... همت گماشته است (۳۰-۲۰ و۱۷ و۱۲). این مدل تنها مدل اعتباربخشی است که به عنوان یک مؤسسه ملی در زمینهٔ ارتقای ایمنی بیمار مطرح بوده و بیمارستانهایی که توسط این سازمان اعتباربخشی دریافت نموده‌اند از سطح ایمنی بالاتر و مطلوب‌تر برخوردار بوده‌اند. از مدل‌های دیگری که در این زمینه اقدامات قابل توجهی انجام داده‌اند مدل CCHSA کانادا می‌باشد که بر مواردی چون ایمنی تجهیزات، فرآورده‌ها، وسایل پزشکی، فضای فیزیکی و تأمین تجهیزات و مبلمان متناسب با سن بیماران تاکید دارد (۳۱).

در زمینهٔ ایجاد یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت به عنوان یکی دیگر از اهداف برنامه‌های اعتباربخشی، می‌توان بیان نمود که طراحی شاخص‌های عملکردی مناسب و قابل قبول برای سنجش و بهبود خدمات سلامت و تبعیت از آنها و نیز استاندارد کردن مناسب و علمی رویه‌ها و اقدامات، باعث ایجاد یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت می‌گردد. تمامی مدل‌های اعتباربخشی، اقداماتی را در این زمینه انجام داده‌اند ولی کشور آمریکا دارای بیشترین تعداد ابتکارات در زمینهٔ ارائهٔ چارچوب‌های عملکردی است که در این زمینه می‌توان به شاخص‌های QIO[7] مدیکر و مدیکید و یا ORYX[8] مربوط به مدل JCAHO اشاره نمود (۳۲ و۲۰ و۱۹ و۱۶ و۱۵). مدل اعتباربخشی

6 The Australian Council on Healthcare Standards

7. Quality Improvement Organization
8. performance measurement systems

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

JCAHO دارای شاخص‌های عملکردی مناسب می‌باشد و همواره به دنبال استاندارد کردن رویه‌ها، به عنوان مثال برای ارائهٔ سریع نتایج آزمایشگاهی می‌باشد. از مدل‌های دیگری که در این زمینه اقدامات مناسبی را انجام داده‌اند مدل CCHSA کانادا می‌باشد که باعث ایجاد یکپارچگی در چارچوب شاخص‌های عملکردی و بهبود کیفیت شده است (۳۳و۱۹و۹).

ایجاد بانک اطلاعاتی برای عرضهٔ اطلاعات مربوط به اعتباربخشی و مقایسهٔ سازمانهای ارائه دهندهٔ خدمات سلامت با یکدیگر، از اهداف اعتباربخشی می‌باشد. مطالعات بررسی شده در این پژوهش تنها به مدل مربوط به JCAHO و شاخهٔ بین المللی آن اشاره کرده و تاکید کرده‌اند که این مدل برای مقایسهٔ عملکرد سازمانهای اعتباربخشی شده، اقدام به ایجاد یک بانک اطلاعاتی نموده است و به مدل‌های دیگر در این زمینه اشاره‌ای نگردیده است (۳۴ و۹).

تقویت اعتماد عمومی نسبت به نظام سلامت از اهداف مهم اعتباربخشی می‌باشد که منوط به ارتباط مؤثر با ذینفعان، گزارش دهی عمومی مناسب و توجه مطلوب به ایمنی و کیفیت می‌باشد که مورد توجه تمامی سازمانهای اعتباربخشی قرار گرفته است. در تمامی این چهار گزینه، مدل JCAHO در وضعیت بهتری نسبت به سایر مدل هاست و متعاقباً در تقویت اعتماد عمومی نیز دارای وضعیت مطلوب‌تری قرار دارد. پس از JCAHO مدل CCHSA کانادا دارای وضعیت بهتری از مدل‌های دیگر است و سایر مدل‌ها در این مولفه دارای شرایط نسبتاً مشابهی هستند.

تأثیر بر کارایی و اثربخشی خدمات ارائه شده توسط مراکز سلامت (از اهداف دیگر اعتباربخشی) با تمرکز بر کیفیت، ایمنی، استانداردسازی رویه‌های درست و قابل قبول علمی و مدیریت هزینه‌ها حاصل می‌شود. در این مطالعه شواهد قابل توجهی در مورد مدل JCAHO آمریکا در ایمنی، کیفیت و استاندارد سازی وجود دارد. لذا می‌توان ادعا نمود که در این زمینه دارای وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایر مدلها می‌باشد. همچنین در بررسی‌های صورت گرفته، به صراحت بیان شده است که این مدل بر کارایی و اثربخشی تاکید دارد و وجود سیستم مراقبتی اثربخش و کارا را در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت لازم می‌داند. مدل اعتباربخشی CCHSA نیز دارای وضعیت نسبتاً مطلوبی است و سایر مدل در وضعیت تقریباً مشابهی به سر می‌برند (۳۵ و۹).

مدل اعتباربخشی JCAHO اقدام به تأسیس شاخهٔ بین‌المللی خود یعنی JCI نموده است. این مدل مخصوص فعالیتهای بین المللی است و هدف آن، ارتقای کیفیت خدمات سلامت و حذف خطاهای پزشکی در سطح جهان گزارش شده است.JCAHO تنها مدلی است که شعبهٔ مخصوص فعالیت در سطح بین‌المللی ایجاد و برای سازگاری با فعالیت بین‌المللی، استانداردهای ویژهٔ بین‌المللی طراحی نموده است (۶). از معیارهای ارزشمندی که می‌تواند دال بر مطلوب بودن مدل‌های اعتباربخشی باشد مشاوره گرفتن سایر مدل‌های و برنامه‌های مربوط به کیفیت و یا سازمانهای متولی امر سلامت از آنها می‌باشد. مؤسسه JCAHO به عنوان مشاور WHO در امور مربوط به حذف خطاهای پزشکی فعالیت می‌کند (۳۶ و۱). این مؤسسه همچنین به بنیاد USAID آمریکا و بسیاری از سازمانهای بین‌المللی دیگر مشاوره می‌دهد. البته به نظر می‌رسد که مدل‌های اعتباربخشی دیگر نیز در این رابطه تأثیرگذار باشند ولی در مطالعهٔ حاضر، شواهد خاصی دال بر این موارد یافت نشد .

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

وجود نوآوری در یک سازمان باعث رشد مداوم و جلوگیری از رکود آن می‌شود. این مؤلفه در مدل‌های اعتباربخشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که به روز رسانی مداوم استانداردهای اعتباربخشی نیز در همین راستا می‌باشد. مدل اعتباربخشی JCAHO دارای وضعیت مطلوبی در این رابطه می‌باشد، بطوریکه استانداردهای این مدل از زمان ارائه تاکنون به صورت دو سال یکبار مورد بازنگری قرار گرفته و همواره شاخص‌های به روز عرضه نموده است (۴۱-۳۷ و ۳۴ و ۲۰ و۱۶ و۱۴).

مدل فوق اولین مدلی بود که بهبود کیفیت (QI) را به خدمات سلامت وارد نمود (۱۶)، به مدیریت درد توجه کرده (۴۲ و۳۸)، از کتابخانه‌های بیمارستانی سخن به میان آورده (۴۱ و۳۷ و۳۴)، ممنوعیت استفاده از سیگار را در مراکز سلامت اجباری نموده و بیمارستانها را ملزم به داشتن کشیش مقیم بیمارستان کرده است (۳۹). مدل‌های بزرگ اعتباربخشی دیگر نیز نوآوری‌هایی در این زمینه داشته‌اند که از آن جمله می‌توان به ایجاد تلفن سلامت توسط مدل CCHSA (۳۳) و ایجاد دانشکدهٔ اعتباربخشی توسط ANAES فرانسه اشاره نمود (۴۳).

یکی از شاخص‌های دیگری که می‌توان بر مبنای آن مدل یا مدلهای اعتباربخشی را متمایز نمود تأثیر آنها بر استانداردهای جهانی و سایر مدل‌های اعتباربخشی است (داشتن نقش مرجعیت). از دیدگاه WHO، آمریکا (JCAHO)، کانادا (CCHSA) ، فرانسه (ANAES[9]) و استرالیا (ACHS) به ترتیب کشورهایی هستند که بیشترین تأثیر را بر استانداردهای اعتباربخشی جهان دارند (۳۶). از دیدگاه ISQua[10] که متولی اصلی اعتباربخشی در جهان می‌باشد، آمریکا، بریتانیا، کانادا، استرالیا و فرانسه، کشورهایی هستند که به ترتیب دارای بیشترین تأثیر بر استانداردهای اعتباربخشی اروپا می‌باشند (۱). نکتهٔ دیگر اینکه استانداردهای بین‌المللی ایمنی بیمار، متأثر از استانداردهای JCAHO می‌باشند و نیز دستورالعمل‌های بالینی JCAHO، تأثیر عمده‌ای بر پروتکل‌های ملی و جهانی دارند (۴۴و۳۵و۳۲).

توجه به حقوق بیمار و ایجاد محیط اخلاقی، در مدل‌های اعتباربخشی از اهمیت بالایی برخوردار است. شواهد نشان می‌دهند که از میان مدل‌های اعتباربخشی، JCAHO به دلیل مد نظر داشتن مواردی همانند ارتباطات مؤثر با بیماران و دادن اطلاعات لازم به آنها، تاکید بر رعایت حقوق اساسی بیماران در مراکز ارائه دهندهٔ خدمات سلامت، اجباری کردن اخذ رضایت آگاهانه از بیمار، مدیریت مناسب درد به عنوان یکی از حقوق بیمار و توجه به رضایتمندی آنها، توجه ویژه‌ای در این زمینه مبذول داشته است. مدل JCAHO همچنین دارای استانداردهای گستردهٔ بیمار محور می‌باشد (۴۶ و۴۵ و۳۸ و۱۹ و ۱۰).

در تمامی سازمانها، به ویژه سازمانهای ارائه دهندهٔ خدمات بهداشتی، توجه به مدیریت اطلاعات بسیار ضروری است و این امر می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیمات سریع، مطمئن و درست در سازمان گردیده و از اتلاف منابع جلوگیری کند. در میان مدل‌های اعتباربخشی، JCAHO و CCHSA بیشترین تاکید را بر تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد با استفاده از مدیریت اطلاعات دارند. مدل CCHSA کانادا و[11] QHNZ

9. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

10. International Society of quality in health care
11. Quality Health New Zealand

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

نیوزیلند در دستیابی به نتایج مثبت دارای وضعیت قابل قبولی می‌باشند. مدل JCAHO بر وجود اطلاعات بیمار محور و ثبت داده‌های پزشکی تاکید ویژه‌ای دارد. مدل CCHSA بر آموزش کارکنان مراکز سلامت، تاکید فراوان داشته ولی JCAHO دارای کاملترین استانداردها در زمینهٔ محتویات داده‌های پزشکی و حفظ اعتماد و امنیت است. استفاده از تکنولوژی کامپیوتر بسیار حائز اهمیت است زیرا امروزه تأثیر کامپیوتر را بر جهان، معادل با تأثیر انقلاب صنعتی می‌دانند. مدل JCAHO به استفادهٔ سازمانها ارائه دهنده مراقبت سلامت از تکنولوژی کامپیوتر تاکید فراوان دارد. این مدل بر استفاده از کامپیوتر برای شناسایی وقایع ناگوار، تسریع در تست‌های آزمایشگاهی، فراهم نمودن اطلاعات مناسب برای مدیریت و ... اصرار می‌ورزد (۴, ۲۱, ۴۷).

قدمت سازمانهای اعتباربخشی می‌تواند یک معیار مقایسه‌ای مناسب برای ارزیابی باشد زیرا وجود سابقه طولانی‌تر نشان از تجربه ی بیشتر و تکامل و پختگی مدل مربوطه دارد. قدیمی‌ترین سازمان اعتباربخشی دنیا JCAHO آمریکا می‌باشد که قریب یک قرن سابقه دارد. این سازمان از سال ۱۹۱۷ توسط انجمن جراحان آمریکا تأسیس شد و در سال ۱۹۵۱ به نام کنونی تغییر نام یافت. پس از JCAHO آمریکا، در سال ۱۹۵۷ CCHSA و در سال ۱۹۷۵، ACHS استرالیا به وجود آمدند. این برنامه‌ها به ترتیب ذکر شده، پرسابقه‌ترین برنامه‌های اعتباربخشی به حساب می‌آیند و JCAHO، مادر اعتباربخشی به شمار می‌آید (۴۸و۱).

برقراری ارتباط مؤثر با ذینفعان توسط سازمانهای اعتباربخشی حائز اهمیت ویژه است زیرا مشتری مداری از اصول فلسفی و زیر بنایی در نهضت کیفیت می‌باشد. غالب مدل‌های بزرگ اعتباربخشی، برنامهٔ بررسی بیمار (بررسی کیفیت خدمت از دیدگاه گیرندگان آن) را برای سازمان اجباری نموده‌اند اما تنها مدل NCQA آمریکا و EQUAM سویس، نتایج بررسی بیمار را با اعتباربخشی ارتباط داده‌اند (۱۸). مدل JCAHO ارتباط مؤثرتری با ذینفعان دارد و نظرات آنها را به نحو مؤثرتری اخذ می‌نماید. این مدل علاوه بر اختصاص کرسی به تمامی ذینفعان، دارای ۶ کرسی برای اعضای عمومی در هیات مدیرهٔ خود می‌باشد. شاخه بین‌المللی JCAHO یعنی JCI در هنگام بازبینی و به روز رسانی استانداردهای خود، اقدام به اخذ آراء و نظرات ذینفعان در سراسر جهان می‌نماید. تمامی مدل‌های عمومی، دارای سیستم اطلاع رسانی هستند و مدل‌های بزرگ به این مهم، توجه بیشتری مبذول داشته‌اند. مدل اعتباربخشی JCAHO از نظر این ویژگی نسبت به سایر مدل‌های بزرگ، در وضعیت نسبتاً مطلوب‌تری قرار دارد و حتی جزئیات و تمامی اطلاعات لازم را به اطلاع عموم می‌رساند (۴۹ و۴۸ و۹).

شاخص AGIL یک شاخص بسیار مناسب برای سنجش وضعیت مدل‌های اعتباربخشی است که به منظور بررسی وضعیت مدل‌های اعتباربخشی در برخی جنبه‌های حیاتی طراحی شده است که می‌توان آن را برای مقایسهٔ مدل‌های مختلف مورد استفاده قرار داد. در این شاخص حرف A نشانه Adaptation به معنی سازگاری می‌باشد و هدف از آن، سنجش ظرفیت و توانایی سازمان برای بقا و رشد در محیط‌های در حال تغییر و متنوع است. حرف G نشانه Goals، به معنی اهداف می‌باشد و هدف از آن سنجش میزان پیگیری نتایج در ارتباط با کارایی، اثربخشی، دستیابی به نتایج و رضایت ذینفعان می‌باشد. حرف I نشانه واژهٔ Integration به معنی انسجام می‌باشد و هدف آن، سنجش میزان مراقبت یا خدمات تولید شده

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

توسط سازمان مراقب سلامت در رابطه با حجم خدمات تولیدی و مکانیسم ایجاد آنها می‌باشد. نهایتاً حرف L نشانه واژهٔ Latency، به معنی نهفتگی یا ارزشها و فرهنگ است و هدف آن، سنجش میزان مفهوم سازی در سازمان یا محیط اجتماعی آن می‌باشد. بر پایهٔ بررسی‌های انجام شده در این مطالعه و بررسی وضعیت سازمانهای اعتبار بخشی درباره ابعاد این شاخص، مدل‌های اعتباربخشی آمریکا و کانادا دارای بهترین وضعیت در زمینهٔ ابعاد AGIL بوده و مطلبی در ارتباط با شاخص فوق برای مدل‌های نیوزیلند و انگلستان ذکر نشده است (۳۶).

گستردگی حیطهٔ فعالیت، نشانی از قدرت بالای مدل از نظر اطلاعاتی، تجهیزاتی و پشتیبانی است. گسترده‌ترین حیطهٔ فعالیت، مربوط به مدل JCAHO می‌باشد که تمامی خدمات سلامت مانند بیمارستانها، مراکز مراقبت در منزل، مراقبتهای حاد، مراقبتهای حاد قلبی، ICU، مراقبتهای مدیریت شده و حتی شبکه‌های مراقبت سلامت را اعتباربخشی می‌کند (۵۰ و۴۸ و۱۴ و۶ و۲). پس از آن، CCHSA، ACHS و QHNZ دارای حیطهٔ نسبتاً مشابه و وسیعی هستند (۴۸ و۲). جامعهٔ بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت (ISQua) بزرگترین سازمان متولی اعتباربخشی در سطح جهان می‌باشد که دارای فعالیتهای گستردهٔ مشاوره‌ای و آموزشی بوده و سازمانهای اعتبار بخشی دهنده را اعتباربخشی می‌کند. دریافت تاییدیهٔ این سازمان به معنی کیفیت سازمان اعتباربخشی دهنده در انجام وظایف‌اش می‌باشد که تا کنون سازمانهای معدودی موفق به کسب این تاییدیه شده‌اند. از مدل‌های بزرگ مورد بررسی در این پژوهش که موفق به دریافت این تاییده شده‌اند می‌توان به JCAHO (JCI)، CCHSA و ACHS اشاره نمود. علاوه بر این، یک مدل اعتباربخشی به طور معمول باید دارای استانداردهای ساختاری (منابع و دروندادها)، فرایندی و نتیجه‌ای باشد تا با استفاده از آنها بتواند تصویر کاملی از عملکرد سازمان برای تصمیم‌گیری در جهت اعطای اعتباربخشی به دست آورد. وجود هر سه نوع این استانداردها نشانه‌ای از تکامل مدل مربوطه می‌باشد. از میان مدل‌های عمدهٔ مورد بررسی، JCAHO، CCHSA و مدل‌های انگلستان، دارای هر سه دسته استانداردهای فوق می باشند (۲).

منظور از بیانیهٔ هدف، توضیحات جامع و روشنگری است که دربارهٔ فلسفهٔ وجودی هر استاندارد (هدف از اجرای آن استاندارد) و نحوهٔ سنجش آن نگاشته می‌شود. این بیانیه، برای توجیه ارزشیابی کننده، ارزشیابی شونده و امورات آموزشی، اهمیت حیاتی داشته و وجود آن، از شاخص‌های کیفیت استانداردهای اعتبار بخشی به شمار می‌آید. از مدل‌های بزرگ مورد بررسی، تنها JCAHO، CCHSA و ACHS دارای بیانیهٔ هدف می‌باشند (۲). داوطلبانه بودن مدل‌های اعتباربخشی از ویژگی‌های مهم آنها به شمار می‌آید زیرا اعتباربخشی فرایندی است که در آن یک سازمان به صورت داوطلبانه اقدام به ارتقای کیفیت نموده و از این طریق درصدد کسب اعتبار و جلب اعتماد جامعه بر می‌آید. از میان مدل‌های بزرگ مورد بررسی، تنها مدل اعتباربخشی ANAES که متعلق به کشور فرانسه می‌باشد اجباری است که این امر منجر به ایجاد یک تضاد با تعریف اعتباربخشی شده است. غیر دولتی بودن مدل‌های اعتباربخشی از اهمیت فراوان برخوردار است زیرا درصورت دولتی بودن مدل، تأثیر فراوانی از تغییرات سیاسی خواهد پذیرفت و حتی ممکن است که در شرایطی، حیات مدل با تهدید مواجه شود. از این رو، غیر دولتی بودن مدل می‌تواند به عنوان یک

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

معیار برتری مطرح باشد. در میان مدل‌های عمده، تنها مدل اعتباربخشی فرانسه و نیوزیلند دولتی بوده و متعلق به وزرات بهداشت این کشورها می‌باشند (۵۰ و۴۸).

مناسب بودن یک مدل اعتباربخشی برای سازمانهای مختلف از اهمیت فراوانی برخوردار است، چرا که نشان دهندهٔ قدرت سازگاری مدل مزبور می‌باشد. بر اساس یافته‌های مطالعهٔ حاضر، JCAHO مدلی است که برای اجرا در تمامی سازمانهای ارائه دهندهٔ خدمات سلامت مناسب می‌باشد (۳۶). درباره این معیار، برای مدل‌های دیگر سخنی به میان نیامده است. توجه به بزرگی و توانمندی مدل نیز می‌تواند در انتخاب مدل مرجع راهگشا باشد. مدل اعتباربخشی JCAHO دارای بیشترین حجم بازرسی در طول سال، بیشترین درآمد نسبت به مدل‌های دیگر، ارائهٔ جدیدترین و با کیفیت‌ترین آموزشها برای کارکنان خود و ارائه ی بیشترین آموزشهای اولیه و ضمن خدمت برای آنها می‌باشد. کارکنان JCAHO دارای بالاترین مدارج تحصیلی بوده (همگی دارای مدرک کارشناسی ارشد و دکترا می‌باشند) و در مقایسه با سایر مدل‌ها بیشترین هزینه را صرف آموزش کارکنان می‌کند (۴۹ و۸ و۱). در زمینهٔ داشتن روند روبه رشد در فعالیتهای بین‌المللی، مدل JCAHO (JCI) دارای وضعیت مطلوبی است (شاید به دلیل داشتن شاخهٔ بین‌المللی می‌باشد). این مدل، حتی در کشورهایی که دارای برنامهٔ اعتباربخشی بزرگ می‌باشند (مانند آفریقای جنوبی که یک برنامه اعتباربخشی مناسب به نام COHSASA[12] دارد) روند روبه رشد دارد. دریافت تاییدیهٔ اعتباربخشی از این مدل می‌تواند به بیمارستان‌ها در جذب بیماران و پرسنل مناسب و متعاقب آن، فعالیت و رقابت در سطح بین‌المللی (مثلاً جذب توریسم سلامت) کمک نماید (۵۱). در مورد سطح فعالیت بین‌المللی مدل‌های دیگر در مقالات مرور شده سخنی به میان نیامده است.

از معایب مدل‌های اعتباربخشی که در بررسی منابع ذکر شده‌اند می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: بسیاری از مدل‌های اعتباربخشی، بررسی بیمار و اخذ و استفاده از تجربیات آنها را الزامی کرده‌اند اما در تعداد معدودی از آنها (NCQA[13] آمریکا و EQUAM[14] سویس) از این تجربیات به صورت ساختار یافته استفاده شده و با نتایج اعتباربخشی ارتباط داده می‌شود (۱۸). سطوح اعتباربخشی JCAHO فواید محدودی در تمییز دادن عملکردهای شخصی در بیمارستانهای اعتباربخشی شده دارد. همچنین این سازمان از دیرباز، عملکردهای مالی، رضایت کارکنان و مبحث مربوط به هزینه را نادیده گرفته است (۵۲). از میان مدل‌های بزرگ اعتباربخشی جهان، مدل اعتباربخشی فرانسه دارای مشکلات بیشتری است که از آن جمله می‌توان به دولتی بودن، اجباری بودن و وجود تناقضات مختلف در آن اشاره نمود (۴۸). بسیاری از سازمانهای اعتباربخشی دارای بیانیه هدف نمی‌باشند (AOA[15] آمریکا، SHAP[16] انگلستان، NOQAH هلند و ...)، برخی از این مدل‌ها تنها استانداردهای ساختاری و فرایندی دارند (KFOA انگلستان، مدل اعتباربخشی نیوزیلند، کره، لبنان و ...)، غالب مدل‌های اعتباربخشی حوزه فعالیت محدودی دارند (مدل اعتباربخشی چین، تایوان و ...) و بخش قابل توجهی از آنها فاقد شاخص‌های توسعه یافته می‌باشند

12. Council for Health Service Accreditation of Southern Africa

13. The National Committee for Quality Assurance
14. Externe Qualitätssicherung in der Medizin
15. The American Orthopedic Association
16. The Student Housing Access Program

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

(COHSASA آفریقای جنوبی، مدل اعتباربخشی نیوزیلند و ...). (۲)

فراوانی میزان اشاره به مدل‌های مختلف در منابع مرور شده در این مطالعه ذکر می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، بررسی مزایا و معایب مدل‌های مختلف اعتباربخشی برای یافتن بهترین مدل به منظور الگو قرار دادن جهت طراحی مدل ملی می‌باشد. قبل از پرداختن به درونمایه‌های موجود در یافته‌ها، در جدول ۱

جدول ۱: مقدار و درصد اشاره به هر یک از مدل‌های اعتباربخشی در این پژوهش

نام مدل	فراوانی	درصد
JCAHO آمریکا	۷۶	۹۱/۵۶
CCHSA کانادا	۱۷	۲۰/۴۸
مدل های اعتباربخشی انگلستان	۱۶	۱۹/۲۷
ACHS استرالیا	۱۵	۱۸/۰۷
QHNZ نیوزیلند	۹	۱۰/۸۴
ANAES فرانسه	۸	۹/۶۳
COHSASA آفریقای جنوبی	۵	۶/۰۲
سایر مدل ها	۱۱	۱۳/۲۵
مجموع	۸۳	۱۰۰

نتایج این جدول با نتایج الگوهای موجود در یافته‌ها همخوانی دارند زیرا آنها نیز مدل های آمریکا، کانادا، استرالیا و انگلستان را رایج‌ترین، بزرگترین و اثرگذارترین مدل‌های اعتباربخشی دنیا می‌دانند.

برای ارائهٔ بحث هدفمند در مورد مزایا و معایب انواع مدل‌ها و دستیابی به نتیجهٔ معتبر در این باره، محققین شاخص‌هایی را برای مقایسهٔ مدل‌ها تعریف کرده‌اند که قضاوت بر مبنای آنها صورت می‌گیرد. شاخص‌های مورد استفاده، شامل اهداف اعتباربخشی و ویژگی‌های استخراج شده از منابع و مقالات مرور شده می‌باشند. این شاخص ها عبارتند از: تاثیر بر بهبود کیفیت، تأثیر بر بهبود ایمنی، بهبود یکپارچگی مدیریت خدمات سلامت، ایجاد بانک اطلاعاتی، ارائهٔ آموزش و مشاوره به سازمانها، ارائه مشاوره به سایر مدلهای اعتباربخشی، تقویت اعتماد عمومی، تاکید بر کارایی و اثربخشی، ارائهٔ نوآوری‌ها، تأثیر بر استانداردهای جهانی، توجه به حقوق بیمار و ایجاد محیط اخلاقی، توجه به مدیریت اطلاعات، قدمت سازمان، ارتباط مؤثر با ذینفعان، گزارش دهی عمومی مناسب، مناسب بودن از نظر شاخص AGIL، گستردگی حیطهٔ فعالیت، دارا بودن تاییدیهٔ ISQua، دارا بودن انواع استانداردهای عملکردی، دارا بودن بیانیهٔ هدف، داوطلبانه بودن مدل، غیر دولتی بودن مدل، مناسب بودن برای سازمانهای مختلف، بزرگی و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

توانمندی سازمان، روند روبه رشد در فعالیت بین‌المللی مدل. در جدول ۲، مدل‌های بزرگ اعتباربخشی دنیا بر اساس شاخص‌های تعریف شده با یکدیگر مقایسه گردیده‌اند. شش شاخص اول، اهداف اعتباربخشی بوده و بقیه شامل ویژگی‌های برگرفته از بررسی متون می‌باشند. در جدول ۲، وضعیت مدل‌ها در شاخص‌های تعریف شده نسبت به یکدیگر با علامت (×) مشخص شده است و بدیهی است که تعداد بیشتر ستاره‌ها به معنی وضعیت مطلوب‌تر مدل نسبت به سایر مدل‌ها می‌باشد. علامت (–) به معنی نبود شاخص مورد نظر و کادر خالی به معنی عدم اشاره به آن شاخص در مقالات بررسی شده می‌باشد.

جدول ۲: مقایسهٔ مدل‌های اعتباربخشی رایج، بر اساس ۲۵ شاخص تعریف شده

شاخص ارزیابی / نام سازمان	JCAHO	CCHSA	ACHS	ANAES	QHNZ	مدلهای انگلستان
تأثیر بر بهبود کیفیت	××××	××	××	×	×	×
تأثیر بر بهبود ایمنی	××××	××	×	×	×	×
بهبود یکپارچگی مدیریت خدمات سلامت	×××	××	×	×	×	×
ایجاد بانک اطلاعاتی	×					
ارائهٔ مدل مخصوص فعالیت‌های بین المللی	×	–	–	–	–	–
ارائهٔ مشاوره به سایر مدل‌های اعتباربخشی	×××	×	×	×	×	×
تقویت اعتماد عمومی	××××	××	×	×	×	×
تاکید بر کارایی و اثربخشی	×××	××	×	×	×	×
ارائهٔ نوآوری‌ها	××××	××	×	×	×	×
تأثیر بر استانداردهای جهانی	××××	××	×	×	×	×
توجه به حقوق بیمار و ایجاد محیط اخلاقی	×××	×	×	×	×	×
توجه به مدیریت اطلاعات	×××	×	×	×	×	×
قدمت سازمان	××××	×××	××	×	×	×
ارتباط مؤثر با ذی نفعان	×××	××	××	××	××	××
گزارش دهی عمومی مناسب	×××	××	××	××	××	××
مناسب بودن از نظر شاخص AGIL	×××	×××	×	××		
گستردگی حیطهٔ فعالیت	×××	××	××	×	××	×
دارا بودن تاییدیهٔ ISQua	×	×	×	–	–	×
دارا بودن انواع استانداردهای عملکردی	×	×	–	–	–	×
دارا بودن بیانیهٔ هدف برای استانداردها	×	×	×	–	–	–
داوطلبانه بودن مدل	×	×	×	–	–	×
غیر دولتی بودن مدل	×	×	×	–	–	×
مناسب بودن برای سازمانهای مختلف	×					
بزرگی و توانمندی سازمان	××××	××	×	×	×	×
روند روبه رشد در فعالیت بین‌المللی مدل	×					

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود با توجه به یافته‌های موجود در این مطالعه، اشاره به موارد زیر می‌تواند راهگشا باشد: بر اساس مؤلفه‌های مقایسه‌ای تعریف شده، مدل اعتباربخشی JCAHO، دارای وضعیت مناسبی در زمینهٔ مؤلفه‌های مربوط به اهداف اعتباربخشی و مؤلفه‌های استخراج شده از بررسی متون می‌باشد. این مدل دارای تأثیر قابل توجه بر ارتقای کیفیت، بهبود ایمنی و ایجاد یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت می‌باشد، اقدام به ایجاد بانک اطلاعاتی سازمانهای ارائه دهندهٔ خدمات سلامت نموده است و یک شعبه مخصوص برای فعالیتهای بین‌المللی خود طراحی نموده است. مؤسسه مذکور، به سازمانهای اعتباربخشی و سایر سازمانهای بزرگ در زمینه خدمات سلامت و نیز به مراکز ارائه دهندهٔ خدمات سلامت مشاوره می‌دهد، بر کارایی و اثربخشی تاکید ویژه دارد و بیشترین سطح اعتماد عمومی را ایجاد کرده است. این مدل همواره استانداردهای خود را که دارای بیانیهٔ هدف هستند به روز رسانی می‌کند، نو آوری‌های لازم را اعمال می‌کند و آنها را با شرایط جدید وفق می‌دهد. مدل JCAHO، بر ایجاد یک محیط اخلاقی و مبتنی بر حقوق بیمار تاکید دارد و به مدیریت اطلاعات و استفاده از قابلیت‌های فناوری‌های کامپیوتری در ارائه خدمات سلامت توجه دارد. مدل اعتباربخشی JCAHO، مادر اعتباربخشی به شمار می‌آید و فعالیت‌هایش دامنه وسیعی از خدمات سلامت را در بر می‌گیرد، بیشترین سطح ارتباط مؤثر با ذینفعان را داشته و در ارتباط با شاخص AGIL در وضعیت مطلوبی قرار دارد. این مدل، یک مدل داوطلبانه و غیر دولتی است که برای استفاده در سازمانهای مختلف، مناسب تشخیص داده شده است. علاوه بر این، مدل مذکور دارای سطح رشد مناسبی در فعالیت‌های ملی و بین‌المللی می‌باشد. پس از JCAHO، مدل CCHSA کانادا، از نظر شاخص‌های تعریف شده دارای وضعیت مطلوبی نسبت به سایر مدل‌ها بوده و از کیفیت بالاتری برخوردار است. سایر مدل‌های بزرگ و رایج مانند ACHS، ANAES، QHNZ و مدل‌های انگلستان نیز دارای شرایط کمابیش مناسبی هستند و در وضعیت مشابهی به سر می‌برند (۵۳).

با توجه به یافته‌ها و ارزیابی مدل‌ها در جدول ۲، به نظر می‌رسد که مدل مربوط به کمیسیون مشترک، مناسب‌ترین مدل برای الگوبرداری (Benchmarking) جهت طراحی مدل ملی باشد. نظر به اینکه JCI، شاخهٔ بین‌المللی این مدل بوده و مخصوص فعالیت‌های بین‌المللی طراحی گردیده است، لذا می‌توان از آن جهت الگو سازی برای طراحی مدل ملی استفاده کرد. البته این نتیجه‌گیری به معنی عدم استفاده از توانمندی‌های مدل‌های دیگر نیست بلکه باید از نقاط قوت سایر مدل‌ها برای پوشش نقاط ضعف مدل منتخب و کامل کردن آن، بر اساس نیاز، بهره گرفت، خصوصاً استفاده از مدل‌های اعتباربخشی مناسب و پیشرو در منطقه EMRO مانند مدل‌های اعتباربخشی لبنان و مصر به دلیل شباهت‌های آنها با کشور ما می‌تواند حائز اهمیت باشد (۵۴).

References

1. Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.
2. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS); 1999.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

3. Touatia N, Pomey M. Accreditation at a crossroad: Are we on the right track? . Health Policy 2009;90:156-65.
4. Safdari R, Meidani Z. Health Services Accreditation Standards for Information management in Canada, New Zealand and USA: A Comparative Study J Res Health Sci 2006;6:1-7.
5. Hirose M, Imanaka Y, Ishizaki T, Evans E. How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC Hospital Accreditation. Health Policy 2003;33:29-49.
6. Donahue KT, Van Ostenberg P. Joint Commission International Accreditation: relationship of four models of evaluation. International Journal for Quality in Health Care. 2000;12:243-6.
7. Shaw CD, Collins CD. Health service accreditation: report of a pilot program for community hospitals. BMJ 1995;310:781-4
8. Decker PJ, Strader MK, Wise RJ. Beyond JCAHO: Using Competency Models to Change Healthcare Organizations Part 2: Developing Competence Assessment Systems. Hospital Topics 1997;75:10-7.
9. Scrivens E. Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment. Quality in Health Care 1997;6:212-8.
10. Sieck S, Foster J. Best Practice Acute Coronary Syndromes, Integration of a Multidisciplinary Healthcare Delivery Model. Critical Pathways in Cardiology 2002;1:223–30.
11. Shabot MM. Automated Data Acquisition and Scoring for JCAHO ICU Core Measures Departments of Enterprise Information Systems and Surgery, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA 2005:674-8.
12. Polk HC. Presidential Address Quality, Safety, and Transparency. Annals of Surgery 2005;242:1-9.
13. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. Critical Care Medicine 2006;34:211-8.
14. Adams HP, Del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke. American Heart Association 2007;115:e474-e534.
15. Harrison JP, Coppola MN. Is the Quality of Hospital Care a Function of Leadership? The Health Care Manager 2007;26:263–72.
16. Bever CT, Holloway RG, Iverson DJ, Dubinsky RM, Richardson RM, Sheffield JK, et al. Invited Article: Neurology and quality improvement. Neurology 2008:1636-40.
17. Smith T. Safety in health care Culture and incentives conducive to quality and. Quality and Safety in Health Care 2004;13:317-20.
18. Auras S, Geraedts M. Patient experience data in practice accreditation—an international comparison. International Journal for Quality in Health Care 2010;22:132–9.
19. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. International Journal for Quality in Health Care 2003;15: 377–98.
20. Saitz R. Candidate Performance Measures for Screening for, Assessing, and Treating Unhealthy Substance Use in Hospitals: Advocacy or Evidence-Based Practice? Annals of Internal Medicine 2010;153:40-3.
21. Evans RS, Pestotnik SL, Classen DC, Bass SB, Menlove RL, Gardner RM, et al. Development of a computerized adverse drug event monitor. AMIA 1992:23-7.
22. Burgess JL, Blackmon GM, Brodkin CA, Robertson W. Hospital Preparedness for Hazardous Materials incidents and Treatment of Contaminated Patients. WJM 1997;167:387-91.
23. Larson EB. Measuring, Monitoring, and Reducing Medical Harm from a Systems Perspective: A Medical Director's Personal Reflections. Academic Medicine 2002;77:993-1000.
24. Kuhn AM, Youngberg BJ. The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. Quality and Safety in Health Care 2002;11:158–62.
25. Clancy TR. Medication Error Prevention, Progress of Initiatives. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation 2004;6:3-12.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

26. Woods DM, Holl JL, Ogata ES, Magoon PM. Systemic Patient Safety Risks Lessons Learned from Focus Groups. Journal of Patient Safety 2005;1:68-9.
27. Skiba M. Strategies for Identifying and Minimizing Medication Errors in Health Care Settings. The Health Care Manager 2006;25:70–7.
28. Wolosin RJ, Vercler L, Matthews JL. Am I Safe Here? Improving Patients' Perceptions of Safety in Hospitals. Journal of Nursing Care Quality 2005;21:30–8.
29. Anderson JG, Sirio CA. Reporting trends in a regional medication error data-sharing system. Health Care Management Science 2007;13:74–83.
30. Maslow K, Mezey M. Recognition of Dementia in Hospitalized Older Adults. AJN 2008;108:40-9.
31. Warda L. Is your hospital safe for children? Applying home safety principles to the hospital setting. Paediatrics Children Health 2004;9:331-4.
32. Drain M. Quality Improvement in Primary Care and the Importance of Patient Perceptions. Journal of Ambulatory Care Management 2001;24:30-6.
33. Cole DC, Robson LS, Lemieux-Charles L, McGuire W, C. Sicotte, Champagne F. Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? Occupational Medicine 2005;55:54–9.
34. Cain NJ, Fuller HJ. The hospital library online- a point of service for consumers and hospital staff: a case study. Bulletin of Medical Library Association 1999;87:261-3.
35. Williams ED, Emerson PM, Pennington GW. Royal college of pathologists' United kingdom pilot study of laboratory Accreditation. Journal of Clinical Pathology 1990;43:89-91.
36. Smits PA, Chamoagne F, Contandriopoulos D, C. SICOTTE, Pre'val J. Conceptualizing performance in accreditation. International Journal for Quality in Health Care 2008;20:47–52.
37. Paradise A. Why the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations should add new regulations regarding libraries. Journal of Medical Library Association 2004;92:166-8.
38. Brennan F, Carr DB, Cousins M .Pain Management: A Fundamental Human Right. International Anesthesia Research Society 2007;105:205-21.
39. Cadge W, Freese J, Christakis NA. The Provision of Hospital Chaplaincy in the United States: A National Overview. Southern Medical Journal 2008;101:626-30.
40. Pike B. Enhancing Patient Safety: The Role of Clinical Engineering. Journal of Clinical Engineering 2002:128-30.
41. Wolfgram PA. Hospital Libraries in the United States: Historical Antecedents. Bulletin of Medical Library Association 1985;73:32-8.
42. Gallagher RM. Physician Variability in Pain Management: Are the JCAHO Standards Enough? American Academy of Pain Medicine 2003;4:1-3.
43. Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. Quality in Health Care 2001;11:6-10.
44. Burnett D, Blair C, Haeney MR, Jeffcoate SL, Scott KWM, Williams DL. Clinical pathology accreditation: standards for the medical laboratory. Journal of Clinical Pathology 2002;55:729–33.
45. Van Norman GA. Another Matter of Life and Death ,What Every Anesthesiologist Should Know about the Ethical, Legal, and Policy Implications of the Non–Heart-beating Cadaver Organ Donor. Anesthesiology 2003;98:763–73.
46. Goodman GR. Outcomes Measurement in Pain Management Issues of Disease Complexity and Uncertain Outcomes. J Nurs Care Qual 2003;18:105-11.
47. Siders AM, Peterson M. Increasing Patient Satisfaction and Nursing Productivity Through Implementation of Automated Nursing Discharge Summary. AMIA 1992:136-40.
48. Pegg M. standard setting and accreditation literature review and report. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2003.
49. Bohigas L, Brooksf T, Donahue T, Heidemann E, Donaldson B, Shaw C. Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation. International Journal for Quality in Health Care 1996;8:583-5.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

50. Scrivens E. Widening the scope of accreditation - issues and challenges in community and primary care. International journal for Quality in Health Care 1998;10:191-7.
51. Crone RK. Flat Medicine? Exploring Trends in the Globalization of Health Care. Academic Medicine 2008;83:117-21.
52. Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus Outcomes Measures in Hospitals: A Comparison of Joint Commission and Medicare Outcomes Scores in Hospitals. Quality Management in Health Care 2002;10:29-38.
53. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Advantages and disadvantages of health care accreditation models; a systematic review. Health Promotion Perspectives 2011;1:1-35.
54. Emami Razavi S ,Mohaqeq M. Hospital Accreditation Standards. Tehran: Markaze Nashre Seda; 2008.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]