

رتبه بندی آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی: طراحی شاخص‌های رتبه بندی

علی اکبر حق دوست^۱، فرنگیس شوقی شفق آریا^۲، نادر ممتازمنش^۳، طاهره چنگیز^۴، آیین محمدی^۵، پیام خزائلی^۶، محمودرضا دهقانی^۷، بهروز حمزه^۸، مهستی علیزاده^۹، نوید محمدی^{۱۰}، محمدرضا منصوریان^{۱۱}، عباسعلی نوریان^{۱۲}، سلیمان احمدی^{۱۳}، علی کبیر^{۱۴}، کورش وحیدشاهی^{۱۵}

چکیده

بدون شک، پایش هدفمند و ساختاریافته عملکرد یکی از اجزای لازم برای ارتقا مداوم کیفیت است. سیستم آموزشی کشور نیز از این اصل مبرا نبوده و برای ایجاد تحرکی قوی و پایا، لازم است تا به صورت برنامه ریزی شده عملکردها سنجیده و با مقایسه امتیازات دانشگاه‌ها، فضایی رقابتی برای پیشرفتی سریعتر در راستای منافع کشور ایجاد گردد. با این باور، و به سفارش معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظامی برای پایش عملکرد آموزشی دانشگاه‌های (طرح راد) علوم پزشکی کشور طراحی شد با خصوصیاتمانند: (۱) سادگی در پیاده سازی، (۲) تکیه به شاخصهای کلان و پرهیز از ورود به جزئیات، (۳) در برگیرنده فرآیندهای اصلی آموزشی، (۴) قابل بسط بودن برای آینده، (۵) قابل ترکیب با مدل‌های مشابه برای پایش عملکرد سایر معاونت‌های وزارت بهداشت در راستای تولید ابزاری جامع برای پایش همه جانبه عملکرد دانشگاه‌ها و (۶) منطبق بر اهداف کلان ترسیم شده برای نظام آموزش عالی کشور در اسناد بالادستی. محاصل این مطالعه نظام یافته که با بهره گیری از حداکثر توان فکری کشور صورت گرفت، ۲۰ شاخص ترکیبی است که یکی از این شاخصها (تعداد اعضای هیئت علمی تعدیل یافته) برای قابل مقایسه نمودن نتایج دانشگاه‌های مختلف کشور با اندازه‌های متفاوت می باشد. سایر شاخصهای تدوین شده برای سنجش کیفیت و کمیت آموزش دانشگاه‌ها به شرح زیر می باشند (۱ و ۲) تعداد رشته‌های موجود و نوگشایی شده و غیرمعتبر شناخته شده؛ (۳) نوع و مدل برنامه ریزی بلندمدت و شیوه پایش آن؛ (۴، ۵ و ۶) شیوه و تواتر برگزاری و مدیریت جلسات شورای دانشگاه، شورای آموزشی دانشگاه و جلسات کاری معاون آموزشی دانشگاه؛ (۷) شکل و مدل مدیریت مالی و توزیع بودجه آموزشی؛ (۸) شکل مدیریت فرایند جذب هیئت علمی دانشگاه؛ (۹) ثبات مدیریتی در حوزه آموزش؛ (۱۰) شفافیت و جامعیت اطلاعات در وب سایتها؛ (۱۱) ثبات نمرات دانشجویان در امتحانات پیشرفت تحصیلی؛ (۱۲) میزان قبولی دانشجویان در مقاطع بالاتر؛ (۱۳) عملکردهای کلیدی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه در ارتقا کیفی آموزش؛ (۱۴) عملکرد آموزش مداوم؛ (۱۵) ارزیابی مدیران ارشد معاونت آموزشی وزارت در مورد عملکرد دانشگاهها؛ (۱۶) شرکت دانشگاهها در جشنواره مطهری؛ (۱۷) فعالیتهای نوآورانه ویژه در هر دانشگاه متناسب با مختصات خود؛ (۱۸) پاسخگویی آموزش به نیازهای جامعه و نهایتاً (۱۹) توجه به اخلاق حرفه‌ای در آموزش در مدل طراحی شده، ابزارها و شیوه وزن دهی هر یک از این شاخصها تبیین و برای اجرایی نمودن مدل راهکارهای پیشنهادی ارائه گردیده است.

کلمات کلیدی: رتبه بندی، آموزش، شاخص، پایش، ارزشیابی، عملکرد

۱-دانشیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- معاون مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- فوق تخصص خون و آنکولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۴- دانشیار آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۵- عضو هیات علمی گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶- دانشیار فارماسیوتیکس، مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی کرمان ۷- کارشناس مرکز توسعه پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۸- استادیار ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ۹- دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۰- استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۱- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گناباد ۱۲- دانشیار انگل شناسی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳- استادیار آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۱۴- پزشک، MPH، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۵- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

مقدمه

رتبه بندی آکادمیک در صورتی که بتواند به طور دقیق ارزش‌ها و توانایی‌های هر دانشگاه را روشن و معرفی کند کاربردهای فراوانی دارد. نتایج این رتبه بندی می‌تواند برای مدیران دانشگاه به عنوان یک الگو عمل کرده و در شناسایی مهمترین نقاط قوت و ضعف و مشخص کردن راه توسعه و پیشرفت دانشگاه کمک کند؛ می‌تواند برای دانشجویان و اعضای هیات علمی در انتخاب محل تحصیل یا کار متناسب با علایق مفید باشد؛ می‌تواند موسسات خصوصی یا دولتی را در انتخاب دانشگاه‌های همکاری که بهتر بتوانند نیازهای آنها را مرتفع کنند یاری نماید؛ همچنین می‌تواند برای سیاستگذاران کشور در مورد برنامه ریزی در دانشگاه‌ها متناسب با نیازهای جامعه مفید باشد. تمامی این کاربردها در صورتی عملی خواهد شد که سیستم رتبه بندی بتواند با به کارگیری مجموعه ابزار کامل و دقیقی، توانایی‌های دانشگاه‌ها را در رابطه با نیازهای جامعه اندازه گیری کند. در غیر اینصورت رتبه بندی اثرات مخربی بر رفتار و عملکرد دانشگاه‌ها خواهد داشت (۱). از این رو، صاحب نظران مدیریت آموزشی، رتبه بندی موسسات آموزشی را از منظرهای مختلف بررسی می‌کنند و نظرات متفاوتی هم در مورد آن دارند. هیچ سیستم رتبه بندی خاصی را نمی‌توان به طور کامل بی‌عیب دانست، با این وجود امروزه رتبه بندی، جزئی جدایی ناپذیر از سیستم آموزش عالی است (۲).

بعضی از صاحب نظران رتبه بندی را به عنوان یک ابزار تضمین کیفیت می‌شناسند (۳) و بعضی نیز عقیده دارند که رتبه بندی نمی‌تواند کیفیت را اندازه گیری کند (۴). با این حال برخی معتقدند رتبه بندی بسیاری از نیازهای سیاستگذاران و دست اندرکاران را بهتر از دیگر سیستم‌های موجود برآورده می‌سازد (۲).

امروزه سیستم‌های رتبه بندی فراوانی در جهان وجود دارند که دانشگاه‌های کشورهای را در سطح ملی یا بین‌المللی مقایسه و رتبه بندی می‌کنند. از مشهورترین رتبه بندی‌های بین‌المللی می‌توان به دو سیستم رتبه بندی

دانشگاه شانگهای (Shanghai Jiao Tong University) و ضمیمه آموزش عالی تایمز (Times Higher Education Supplement) اشاره کرد. رتبه بندی‌های بین‌المللی به خاطر به کارگیری مجموعه معیارهای محدود و قابل اندازه‌گیری در ابعاد وسیع، معمولاً رویی ساختاری قابل قبولی نداشته و جایگاه علمی ندارند (۵). یکی از قدیمی‌ترین رتبه بندی‌های ملی سیستم رتبه بندی اخبار آمریکا (US News and World Report) است که از سال ۱۹۸۱ به طور منظم همه ساله دانشگاه‌های این کشور را رتبه بندی می‌کند. در کشورهای مختلف دنیا مانند کانادا، چین، هنگ کنگ، آلمان، ایتالیا، لهستان، اسپانیا، انگلستان، روسیه و استرالیا نیز رتبه بندی‌های ملی انجام می‌شوند (۱).

در ایران اولین رتبه بندی نظام مند در بین دانشکده‌های پزشکی کشور و توسط معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۹ انجام شد. در این رتبه بندی مجموعه‌ای شامل ۲۴۹ معیار مورد بررسی قرار گرفت و دانشکده‌های پزشکی را در سه حیطه آموزش، پژوهش، و امکانات و تجهیزات رتبه بندی کرد. از نقاط قوت این رتبه بندی مداخله فعال تمامی دانشکده‌های پزشکی کشور در طراحی مجموعه معیارها و تعیین وزن آنها بود که با روش دلفی سه مرحله‌ای در سطح کشوری صورت گرفت. عدم آشنایی دانشکده‌ها با رتبه بندی و نبود مکانیسم جمع‌آوری دقیق و کامل اطلاعات در دانشگاه‌ها، باعث شد تا اطلاعات گردآوری شده در دور اول اجرای پروژه ایرادهای زیادی داشته باشد. این نقص در نوبت‌های بعدی رتبه بندی تا حد زیادی مرتفع شد (۶).

با توجه به سیاست‌های کشور در توسعه کمی آموزش عالی در رشته‌های گروه علوم پزشکی، در سال ۱۳۸۱ نیاز به بازبینی وضعیت ارائه خدمات آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی احساس شد و ارزیابی مقایسه‌ای و رتبه بندی آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در دستور کار معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. در این پروژه مجموعه رشته‌های گروه علوم پزشکی به ده گروه پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری، مامایی، علوم تغذیه، مدیریت و اطلاع‌رسانی،

زیاد در تشکیل جلسات متعدد، تصمیم گرفته شد تا عمده پیگیریها در فضای مجازی و از طریق پست الکترونیک و یا تلفن صورت گیرد و در زمانهای ضروری و بعد از آماده شدن مقدمات کافی و فقط برای تصمیم-گیریهای نهایی جلسات حضوری تشکیل شود.

در قدم اول کار تیم تحقیق تصمیم گرفت تا راهبردهای کلان رتبه بندی را تبیین نموده و با تعامل نزدیک با معاونت آموزشی وزارت به عنوان متولی و سفارش دهنده کار، موافقت ایشان را دریافت دارد. برای تبیین این راهبردها، ابتدا در جلسات بحث متمرکز، مرور دقیقی بر مدل‌های رتبه بندی دانشگاهی موجود در کشور در سایر حوزه ها مانند رتبه بندی پژوهشی دانشگاه صورت گرفت و نقاط قوت و کاستی های رتبه بندیهای قبلی دانشگاهها و دانشکده های مختلف علوم پزشکی بررسی شد. سپس با استفاده از مشورت افراد صاحب نظر در کشور دیدگاههای مختلف در مورد مشخصات مدل مطلوب رتبه بندی آموزشی دانشگاه ها جمع آوری و به صورت فهرست اولیه در جلسه تیم تحقیق ارایه شد. نهایتاً ویژگی های زیر به عنوان مشخصات مدل مطلوب رتبه بندی مورد توافق قرار گرفت

۱. ساده و قابل تکرار بودن بدون نیاز به بازبندیهای مکرر از محیط
 ۲. تکیه بر شاخصهای کلان و عدم ورود به ریز فعالیتهای درون دانشگاهی
 ۳. تاکید اصلی بر فرآیندهای آموزشی و وارد نمودن شاخصهای ورودی و خروجی تنها در جهت بررسی عمیقتر فرآیندها
 ۴. قابل بسط بودن مدل برای سالهای آینده با یک برنامه ریزی بلندمدت
 ۵. قابل ترکیب بودن نتایج این رتبه بندی با رتبه بندی سایر حوزه های کاری در دانشگاهها
 ۶. داشتن نگاه علاج جویانه و تسهیل کمک متقابل دانشگاهها و وزارت برای ارتقا کیفیت و سطح آموزش دانشگاه متناسب با نیازها و برنامه های کلان کشوری
- در مرحله بعد فرآیندهای آموزشی اصلی به دقت بررسی و بعد از اولویت بندی این فرآیندها، سعی شد تا شاخصهایی

پیراپزشکی، توانبخشی و بهداشت تقسیم شده و کلیه دانشکده های ارائه کننده این رشته ها در سطح کشور رتبه بندی شدند. پس از آن، رتبه بندی آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ و با تجمیع نتایج حاصل از رتبه بندی تمامی گروه-رشته های دایر انجام شد. برای تجمیع نتایج رتبه بندی گروه-رشته ها از هفت گروه معیار شامل «سطح ورودی دانشجویان»، «اعضای هیات علمی»، «امکانات و تجهیزات»، «مدیریت»، «سیستم حمایت و مشاوره»، «برون داد دانشجویان» و «برون داد اعضای هیات علمی» استفاده شد (۷).

هرچند رتبه بندی آموزش دانشگاهها بر اساس تجمیع نتایج رتبه بندی گروه-رشته های دایر در آن اطلاعاتی دقیق و جزئی به دست می دهد، اما اتکا به این اطلاعات برای رتبه بندی مستلزم صرف زمان بسیار زیاد برای گردآوری اطلاعات جزئی و دقیق از تمام گروه-رشته هاست و خواست معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای رتبه بندی سالانه دانشگاهها را برآورده نمی سازد. خصوصاً اینکه آن معاونت نیاز به ابزاری داشت که با کمک آن بتواند به صورت فرآیند نگر و با دید کلان تر وضعیت آموزشی دانشگاهها را رتبه بندی نماید. بنابراین مطالعه ای برای تدوین ابزار رتبه بندی آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی سفارش داده شد. در این مقاله مراحل طراحی و تدوین این ابزار معرفی شده است.

روش کار

تیم تحقیق متشکل از ۱۵ نفر از افراد کارشناس و خبره آموزشی از بین دانشگاههای علوم پزشکی کشور انتخاب شدند. شرط ورود به تیم داشتن سابقه مدیریتی و تجربه کافی در آموزش پزشکی و آشنایی با مختصات آموزشی دانشگاههای کشور بود. از بین افراد واجد شرایط، معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، افرادی را که دارای انگیزه و وقت بیشتر بوده و در دسترس بودند، برای این کار برگزید.

با توجه به سنگین بودن حجم کار و نیاز به مطالعه و تامل زیاد در کار، و همچنین با توجه به بعد مسافت و محدودیتهای

کلان و گسترده انتخاب و با دقت تعریف عملیاتی از آنها ارایه و در نهایت ابزارسازی برای جمع آوری اطلاعات صورت گیرد. برای شروع این مرحله، حوزه عملیاتی معاونت‌های آموزشی دانشگاه‌ها بر اساس ذی نفعان شامل دانشجویان، اعضای هیئت علمی، کارمندان و کارشناسان، دانش آموختگان و جامعه (عموماً مشمولین آموزش‌های مداوم) تقسیم بندی شده و در هر گروه مهمترین فرآیندها استخراج گردد. سپس با تجمیع آنها در دسته بندی‌های مرتبط و اولویت بندی کردن آنها، امکان شناسایی مهمترین فرآیندهای کلان ممکن گردید. در این مرحله، اولویت بندی ها به روش غیر کمی و با توافق جمعی اعضای گروه متمرکز انجام شد.

پس از این مرحله، سعی شد تا شاخص‌های مناسبی برای اندازه گیری فرآیندهای برگزیده تعیین و تعاریف قابل اندازه گیری ارایه شود. این مرحله یکی از سخت ترین و وقت گیرترین مراحل کار بود. تعاریف اولیه بر اساس نظرات کارشناسی جمع محدودتری از تیم تحقیق تعیین و برای انجام آن از مشاوره و استفاده از نظرات کارشناسی افراد خبره در سطح کشور استفاده شد که عمدتاً این نظرخواهی از طریق مصاحبه های حضوری و یا تلفنی هدفمند صورت می گرفت. سپس شاخصها و تعاریف در جلسه عمومی به بحث گذاشته شد و در نهایت پیش نویس تعاریف و شاخصها به دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت نظرخواهی ارائه شد. نظرخواهی از دانشگاه‌ها به دو صورت انجام شد. ابتدا کل فرآیند و اجزای آن در جلسه معاونین آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مطرح شد و در کارهای گروهی، معاونین با اعضای تیم در مورد شاخصها و تعاریف آنها بحث‌های عمیقی انجام دادند. سپس فرم‌هایی که بر اساس نتایج کارگروهی اصلاح شده بود به دانشگاهها ارسال و از آنها خواسته شد تا با تشکیل کارگروه‌هایی محتوای ابزارها و شاخصها را مرور و نظرات خود را به صورت مکتوب به ستاد وزارت منعکس نمایند. سپس در جلسه بعدی معاونین آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور کل نظرات دریافت شده، دوباره مطرح شد و مورد بحث و کنکاش قرار گرفت.

هم زمان و به صورت موازی، با هماهنگی انجام شده،

جلسه ای با مسئولین آموزشی دانشکده ها و اساتید منتخب در یک دانشگاه بزرگ کشور برگزار و از نزدیک افراد دخیل در فرآیندهای آموزشی نقطه نظرات خود را در یک جلسه یک روزه منعکس نمودند.

بعد از نهایی شدن فرم‌های جمع آوری اطلاعات منطبق بر شاخصهای برگزیده، به روش دلفی سعی گردید وزن شاخصها نیز محاسبه گردد. برای این مرحله که با استفاده از پست الکترونیکی انجام شد، یک نمودار شاخه درختی از شاخص ها تهیه شد به این ترتیب که شاخصها در دسته های کلی تقسیم بندی شده و بعد در هر شاخه شاخصهای مربوطه آورده شد. از پاسخ دهندگان خواسته شد ابتدا نمره ۱۰۰ را بین دسته های کلی متناسب با اهمیت و ارزش آنها تقسیم نمایند، سپس مجدد در هر شاخه همین کار تکرار و نمره ۱۰۰ در بین شاخصهای هر شاخه تقسیم شد. وزن نهایی هر شاخص از حاصل ضرب نمره تعلق گرفته به دسته کلی و نمره تعلق گرفته به شاخصهای مربوطه در همان شاخص تعیین گردید.

شاخصهای گزینش شده در مدل رتبه بندی

بعد از طی مراحل بیان شده، در انتها ۲۰ شاخص گزینش شد تا بر اساس این شاخصها رتبه بندی صورت پذیرد. مشخصات اصلی این شاخصها در جدول ۱ آورده شده است.

پیشنهاد برای شیوه پیاده سازی مدل و

تجزیه و تحلیل اطلاعات

با توجه به توضیحات بیان شده، به نظر می رسد ابزار جمع آوری اطلاعات برای این پایش عملکرد به حدی ساده شده است که امکان جمع آوری تقریباً تمامی اطلاعات مورد نیاز به صورت غیر حضوری (off-site) ممکن بوده و از آنجایی که احتمالاً نیاز به بوروکراسی پیچیده ندارد، می توان به صورت سالانه آن را تکرار و با دقت بالا روند تغییرات امتیازات دانشگاهها را در طول زمان مورد ارزیابی قرار داد.

جدول ۱: شاخصهای گزینش شده برای ارزیابی عملکرد آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی کشور و وزن آنها، لازم به ذکر است که امتیاز شاخص توسعه کمی، آموزش پاسخگو و اخلاق حرفه ای در این جدول تفاوت زیادی با سایر شاخصها دارد که دلیل آن ترکیبی بودن آنها است و به دلیل محدودیت فضا از نوشتن اجزای این شاخصهای کلان خودداری شده است.

عنوان شاخص	تعریف	کاربرد	وزن
تعداد تعدیل شده اعضای هیئت علمی	با توجه به رتبه علمی اساتید دانشگاه، تعداد تعدیل شده اعضای هیئت علمی محاسبه می شود	استاندارد سازی بعضی از شاخصهای دیگر جهت کاهش اثر بزرگی دانشگاهها بر پرونده آنها	-
رشته های موجود نوگشایی شده و غیرمعتبر شناخته شده (۲ شاخص مجزا)	سرعت رشد دانشگاهها در سه سال گذشته سنجیده می شود	تعیین رشد کمی آموزش	۱۵
انطباق عملکرد با برنامه راهبردی آموزش دانشگاه	شکل و گستره گزارش عملکرد آموزشی دانشگاه، با توجه به اهداف برنامه راهبردی سنجیده می شود	ارزیابی میزان نهادینه شدن مدیریت راهبردی در حوزه آموزش دانشگاه	۳/۵
مدیریت جلسات (۳ شاخص مجزا)	شکل و شیوه مدیریت جلسات شورای دانشگاه، شورای آموزشی دانشگاه و جلسات معاون آموزشی دانشگاه با دانشکده ها و واحدهای آموزشی	ارزیابی نحوه مدیریت کلان آموزش دانشگاه در حوزه سازماندهی و رهبری	۶
مدیریت بودجه	شکل و نحوه توزیع بودجه آموزشی دانشگاه، مبتنی بر برنامه عملیاتی و به شکل مشارکتی	ارزیابی نحوه مدیریت کلان آموزش دانشگاه در حوزه مالی و منابع	۴
جذب هیئت علمی	شیوه مدیریت فرآیند جذب هیئت علمی منطبق بر برنامه های بلندمدت توسعه دانشگاه و قوانین جاری کشور	ارزیابی نحوه مدیریت کلان آموزش دانشگاه در حوزه سازماندهی و استفاده از منابع	۳
ثبات مدیریت	متوسط مدت زمانی که افراد در مدیریتهای آموزشی دانشگاه مشغول به کار هستند	ارزیابی نحوه مدیریت کلان آموزش دانشگاه در حوزه سازماندهی و استفاده از منابع	۴
مدیریت وبسایت	شفافیت اطلاعات و استفاده درست از این ابزار برای روان نمودن جریان اطلاعات	ارزیابی مدیریت اطلاعات و اجرای فرآیندهای آموزشی	۴/۵
اعتبار نمرات امتحانات پیشرفت تحصیلی	همبستگی درونی نمرات امتحانی مندرج در بانکهای اطلاعات دانشجویان مانند سما	ارزیابی فرآیند کل آموزش دانشگاه	۵
قبولی دانشجویان در مقاطع بالاتر	درصدی از دانشجویان پزشکی و یا کارشناسی که در مقاطع بالاتر پذیرفته می شوند	شاخص خروجی بوده و عملکرد کل آموزش دانشگاه را می سنجد	۵
عملکرد مرکز توسعه آموزش	شاخصهایی که عمدتاً ساختار و کیفیت کار مرکز توسعه دانشگاه را ارزیابی می کنند	در جهت ارزیابی کیفیت آموزش دانشگاه می باشد	۸
عملکرد آموزش مداوم	با توجه به حجم و کیفیت کار، و میزان اختیارات، واحد آموزش مداوم مورد ارزیابی قرار می گیرد	شاخص فرایندی و خروجی بوده و میزان توجه دانشگاه به این حوزه مهم را نشان می دهد	۴
ارزیابی مدیران وزارت از دانشگاهها	با توجه به احاطه مدیران ارشد وزارت در حوزه آموزش به عملکرد واحدهای متناظر در دانشگاهها، این نظرخواهی صورت خواهد گرفت	نشان دهنده ارتباطات و عملکردها است	۴
نتایج شرکت دانشگاهها در جشنواره مطهری	عملکرد دانشگاهی و کشوری اساتید و واحدهای آموزشی در جشنواره سنجیده می شود	شناسایی فرآیندهای برگزیده آموزشی دانشگاهها و تکریم اساتید فعال آموزشی	۲
فعالینهای ویژه	شناسایی ارزشگذاری فعالینهای خاص و نوآورانه دانشگاهها در حوزه آموزش	ایجاد فضایی برای نوآوری های خاص آموزشی	۲
آموزش پاسخگو	بررسی میزان توجه دانشگاهها به نیازهای بومی و منطقه ای و تلاش برای پاسخگویی به آنها	در جهت ارزیابی توجه دانشگاهها به اهداف عالی ادغام آموزش پزشکی با بهداشت و درمان	۱۵
اخلاق حرفه ای	شیوه و نگاه کلان و نحوه نهادینه نمودن مفاهیم عالی اخلاق حرفه ای در آموزش	در جهت توجه و تکریم مفاهیم عالی اخلاق حرفه ای	۱۵

می شود که زمان جمع آوری اطلاعات در پائیز هر سال باشد و تا پایان همان سال گزارشهای مربوطه تهیه و منتشر گردد.

با توجه به بررسیهای انجام شده و بر اساس نظرات کارشناسی اعضای تیم تحقیق و البته بهره گیری از نقطه نظرات معاونین آموزشی دانشگاههای کشور، پیشنهاد

برای کاهش زمان جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات، پیشنهاد عملی آن است که هم زمان پرتال جمع آوری اطلاعاتی تنظیم و هر دانشگاه به صورت الکترونیکی مستندات خود را وارد سیستم نماید تا به این شکل سرعت و دقت مکاتبات به حداکثر رسیده و همچنین از تکثیر بسیار زیاد اوراق و بایگانی آنها خودداری گردد. برای تحقق چنین پیشنهادی لازم است زیرساختهای مربوطه در وزارت فراهم گردد. در صورت ایجاد چنین پرتالی، اطلاعات مربوط به بعضی شاخصها مانند تاسیس رشته ها و یا گزارشات جلسات می تواند به صورت مستمر و به تدریج در سیستم وارد شود و بدین شکل از حجم کارهای مربوطه در زمان رتبه بندی کاسته شود.

با توجه به توضیحات مذکور و به صورت خلاصه و البته عملیاتی پیشنهاد می گردد مراحل عملی کار به شرح زیر سازمان یابد:

۱. جمع آوری اطلاعات از دانشگاهها و البته ستاد وزارت؛ در این مرحله انتظار می رود دانشگاهها فرمهای جمع آوری اطلاعات را پر نموده و به همراه مستندات مربوطه به دبیرخانه این کار در وزارت بهداشت ارسال نمایند. به نظر می رسد برای این مرحله از کار، حداکثر نزدیک به یک ماه وقت لازم باشد. برای تسریع این امر پیشنهاد می گردد از هر دانشگاه یک کارشناس ارشد معرفی گردد تا ضمن آموزش شیوه کار، در تعامل نزدیک با کارشناسان ستاد وزارت باشند تا روند کار تسریع و تسهیل گردد.

۲. ارزیابی دقت و صحت اطلاعات و بررسی کامل بودن مستندات؛ در این فاز مستندات ارسالی بایست توسط کارشناسان ستادی به دقت بررسی و ایرادات و اشکالات شناسایی و با یک تعامل نزدیک با کارشناسان دانشگاهی موارد ابهام مرتفع گردد. در صورت انجام دقیق امور، این مرحله از کار نیز احتمالاً حدود یک ماه به طول خواهد انجامید.

۳. تشکیل کمیته ارزیاب در وزارت؛ منطبق بر راهنمای امتیازدهی، تعیین امتیاز نهایی و البته تایید کل فرایند بایست توسط کمیته ارزیاب وزارت صورت گیرد. پیشنهاد می شود این کمیته نیز از ۱۲ تا ۱۵ عضو از دانشگاههای

مختلف کشور و بر اساس معیارهای عینی انتخاب و با حکم رسمی منصوب شوند تا طبق الگوی تعیین شده همه مستندات را بررسی و امتیازات مربوطه را محاسبه نمایند. در صورت انجام هماهنگیهای لازم این مرحله از کار بیش از دو هفته زمان نخواهد گرفت.

۴. تحلیل اولیه نتایج و ارایه بازخورد اولیه به دانشگاهها؛ قبل از انتشار نهایی نتایج، لازم است به صورت غیر رسمی تمام یا قسمتی از امتیازات شاخصهای مورد ارزیابی به دانشگاههای کشور ارایه و در یک بازه زمانی محدود از دانشگاهها بازخورد دریافت و موارد مذکور مجدد در کمیته ارزیاب وزارت مورد بررسی قرار گیرد. برای انجام این قسمت از فرآیند نیز احتمالاً حدود یک ماه زمان بایست در نظر گرفته شود.

۵. نهایتاً بایست نتایج رتبه بندی با توضیحات و شرح مختصر تهیه و منتشر شود. پیشنهاد می گردد که برای هر دانشگاه گزارشی اختصاصی تنظیم و بر اساس امتیازات کسب شده نقاط قوت و ضعف دانشگاه بیان و برای ارتقای هر دانشگاه راهکارهای پیشنهادی از سوی ستاد وزارت ارایه گردد.

پیشنهاداتی برای ادامه کار

طراحان این مدل پایش عملکرد آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی، اهتمام بالایی برای دسترسی به مدلی جامع داشته اند ولی با توجه به محدودیتهایی که بعلت ضرورت رعایت سهولت اجرای آن وجود داشته است و اینکه این رتبه بندی برای اولین بار صورت می گیرد، ارزیابی این مدل را پس از دور اول اجرا، ضروری می دانند. از این رو، توصیه می شود پس از اجرای طرح پایش عملکرد آموزشی بررسی نقاط قوت و ضعف این مدل و بازنگری آن برای رتبه بندیهای بعدی انجام شود.

با توجه به اینکه دانشگاههای علوم پزشکی از بعد منابع و امکانات در سطوح مختلفی قرار دارند در این مدل شاخصی جهت استانداردسازی و کاهش اثربزرگی دانشگاهها بر خروجی آنها در نظر گرفته شده است که در کنار آن درنوبتهای بعدی پایش عملکرد آموزشی

محدودیت دیگری که در محصول این پژوهش وجود دارد، دقت اطلاعات جمع آوری شده است. پژوهشگران تلاش کردند تا آن جا که ممکن است معیارهای نهایی، عینی بوده و بتواند دقت کافی در جمع آوری اطلاعات داشته باشد با این وجود، این احتمال هنوز وجود دارد که در جریان فرآیند جمع آوری اطلاعات، مواردی وجود داشته باشد که گردآوری داده ها از دقت کافی برخوردار نبوده، نتیجه حاصله را تا حدی از واقعیت دور کند. شکی نیست که این موارد در جریان اجرای آزمایشی یا نهایتاً در اولین دور رتبه بندی کشف شده، در جریان دور های بعدی جمع آوری اطلاعات، بازننگری خواهند شد.

بالاخره باید به این نکته اذعان کرد که برای رتبه بندی (کمی کردن) یک کیفیت مانند آموزش، رسیدن به معیارها و شاخص های کاملاً کمی هر چند ایده آل است ولی کاملاً قابل حصول نیست و اگر بخواهیم بیش از اندازه بر استفاده از شاخص های کمی و شمارشی تکیه کنیم، بیم آن وجود دارد که از اعتبار داده های جمع آوری شده و در نتیجه اعتبار کل مطالعه کاسته شود. بنابر این، پژوهشگران با آگاهی از اینکه ممکن است بعضی از شاخص ها کاملاً عینی نباشند، اعتبار اندازه گیری ها را دارای اولویت دانسته و از تکیه به شاخص های شمارشی صرف پرهیز کردند.

تقدیر و تشکر

این طرح مطالعاتی با حمایت مستقیم معاون آموزشی وزارت جناب آقای دکتر محمدعلی محقق آغاز و به سرانجام رسید که بدین وسیله از حمایتها و راهنماییهای ایشان کمال تقدیر و تشکر می شود. همچنین از همه معاونین محترم دانشگاههای کشور و کارشناسان ایشان که با راهنماییهای خود در اجرای این تحقیق کمک نموده اند سپاسگزار هستیم. نهایتاً این مطالعه از مشورت و هدایت تعداد زیادی از افراد صاحب نظر کشور استفاده نموده که به دلیل طولانی بودن لیست از ذکر اسامی آنها خودداری می شود، ولی قلباً از این بزرگواران تشکر می شود.

میتوان علاوه بررتبه بندی دانشگاه ها مانند نوبت اول، رتبه بندی دانشگاهها بر اساس در صد پیشرفت عملکرد آموزشی نسبت به نوبت قبلی را نیز ارائه نمود. این نوع رتبه بندی میتواند برای ایجاد انگیزه رقابت در دانشگاههای کوچکتر مفید واقع شده و همچنین حاشیه امنیت دانشگاههای بزرگتر را محدود نماید.

گرچه محور قرار دادن فرایندهای آموزشی در این رتبه بندی با توجه به اجرای آن برای اولین بار و همچنین با توجه به اهدافی که مورد نظر آن است کاملاً منطقی به نظر میرسد، از آنجا که تمام تلاشها در سیستم آموزشی به منظوراتقای سطح شاخصهای خروجی صورت میگیرد و این شاخصها در بسیاری از سیستمهای رتبه بندی بین المللی مورد توجه خاص قرار دارند، در رتبه بندیهای بعدی میتوان به تدریج اهمیت شاخصهای خروجی را پررنگتر نمود.

گذشته از مسائل مربوط به شاخص ها و نحوه تحلیل نتایج رتبه بندی، شاید یکی از مهمترین مسائلی که می تواند رتبه بندی را به ابزاری برای ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی دانشگاهها تبدیل نماید، نحوه استفاده از نتایج رتبه بندی، و نظام پاداش(مثبت یا منفی) مبتنی بر آن است که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا می شود. طراحی مناسب این نظام و اطلاع رسانی شفاف به دانشگاههای علوم پزشکی در مورد نوع تصمیم گیری وزارتی بر اساس نتایج رتبه بندی، توصیه می شود.

ذکر محدودیتها

یکی از محدودیت های این کار، در بر نگرفتن همه جنبه های آموزش در دانشگاه ها به وسیله معیارهای طراحی شده است. شکی نیست که تعداد بسیار زیادی از جنبه ها و گزینه ها می توانستند برای رتبه بندی مورد استفاده قرار گیرند ولی از طرفی نیاز به اختصار و از طرف دیگر قابل اندازه گیری بودن و سهولت استفاده از معیارهای نهایی باعث شد از بسیاری از این گزینه ها صرف نظر شود که به طور بالقوه می تواند بر جامعیت معیارهای نهایی تأثیر بگذارد.

REFERENCE:

- 1- Boulton G., (2010) University rankings: diversity, excellence and the European initiative. Advice paper: League of European Research Universities. Retrieved June 2010 from <http://www.leru.org/index.php/public/publications>
- 2- Thakur M., (2007) The impact of ranking systems on higher education and its stakeholders. *Journal of Institutional Research*. 13(1), 83-96.
- 3- Sadlak, J., (2006) Validity of university ranking and its ascending impact on higher education in Europe. *Bridges*, 12. Retrieved January 3, 2007, from <http://www.ostina.org/content/view/1714/625>
- 4- Harvey, L., & Green, D., (1993) Defining qual-

ity. *Assessment and evaluation in higher education*, 18(1), 9-34.

- 5- Ioannidis J. PA, Patsopoulos N.A., Kavvoura F.K., Tatsioni A., Evangelou E., Kouri I., Contopoulos D.G., Liberopoulos G., (2007) International ranking systems for universities and institutions: a critical appraisal. *BMC Medicine*. 5:30.

۶- محمدی آ.، مجتهدزاده ر. (۱۳۷۹) بانک اطلاعات و رتبه بندی دانشکده های پزشکی ایران. معاونت آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ تهران.

۷- محمدی آ.، مجتهدزاده ر.، کریمی ع. (۱۳۸۵) رتبه بندی رشته ها و دانشگاه های علوم پزشکی ایران و معرفی الگوهای برتر کشور در سال ۸۴. طب و تزکیه. دوره ۱۴، شماره ۳ و ۴، صفحات ۶۵-۷۳.

Ranking of Universities of Medical Sciences based on their educational activities: Setting Indicators

Ali Akbar Hagh doost, Farangis Shoghi Shafagh Aria, Nader Momtaz manesh, Tahereh Changiz, ...

Abstract:

Systematic monitoring of the performance of a system is one of the main components for continuous quality improvement. This general rule is also applicable in higher education; ranking of universities scores in their educational activities could force them to work more determined compatible with the national long-term plan.

Based on this logic, the education deputy of the ministry of health and medical education requested a team of experts to develop a comprehensive plan for ranking of medical universities with special attention to the following aspects: 1. Easy to implement, 2. Exploring comprehensive indicators, 3. Assessing education processes not measuring merely inputs, 4. Expandable 5. Joinable with the scores of other departments in order to create a comprehensive score for the assessment of the performance of universities, 6. Compatible with long-term national objectives in higher education.

Having used the maximum capacity in the country by seeking actively the contribution of experts, a tool with 20 indicators was developed; one indicator measures the quantity of human resources in each university in order to standardize the scores of other indicators, and 19 performance indicators as follow:

1, 2) newly approved or disapproved educational programs, 3) type and content of long-term comprehensive programs of universities in their educational affairs and their monitoring schemes of 4, 5, 6) the administration of strategic committees in the management of educational affairs 7) budgeting and recourse allocation 8) recruitment of new academic staff 9) stability of executive team in education system 10) transparency of websites 11) internal consistency of students' scores 12) the rate of acceptance of students in higher degrees 13) the performance of education development centers 14) the performance of continuous medical education centers 15) the assessment of MOH managers from the performance of universities 16) the participation of universities in national educational festivals, 17) educational innovations 18) the responsiveness of universities to address to the community needs, and 19) the role of ethics in education system in universities

In this model, the detailed definition of these indicators, their assessment checklists and their weight were validated; in addition a guideline for the data collection process was developed.

Key words: ranking, education, indicator, monitoring, evaluation, performance