نامه علمی

نوآوری در آموزش پزشکی بر پایه مدل ایرانی مدیریت کیفیت آموزش: تجربه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

عباس علامی*، مجید سررشته‌داری، فریبا درخشان، فاطمه صفدری

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ مهر ۱۳۹۰؛ ۱۱(۳): ۲۹۱تا ۲۹۳

مقدمه

روزمرگی، عدم توجه به نیازهای در حال تغییر و بی‌توجهی به رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات دانشکده‌ها از جمله دانشجویان؛ خطراتی هستند که مدیریت دانشکده‌های پزشکی را تهدید می‌کند. ساختار مرکزگرای دانشکده‌های پزشکی کشور باعث شده است که ارتقای کیفیت، بهبود سطح دانش‌آموختگان و رقابت با سایر دانشکده‌های پزشکی کمتر مورد توجه قرار گیرد. با توجه به تحولات جهانی، دانشکده‌ها مجبور خواهند شد برای بقای خود به ارتقای کیفیت، نوآوری، بهره‌وری و رقابت تنگاتنگ با سایر رقبا توجه بیشتری نمایند(۱و۲). تعدادی از دانشکده‌ها معیارهای مدل بالدریج را برای دستیابی به کیفیت بالاتر مورد استفاده قرار داده‌اند(۳). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ایجاد تغییراتی جهت بومی نمودن مدل، آن را با نام مدیریت کیفیت آموزش ایرانی (IEQM) معرفی نمود. طی دو سال گذشته، ده دانشکده از این مدل برای ایجاد نوآوری و تغییر استفاده کرده‌اند. ما در این نامه تجربیات مقدماتی دانشکده پزشکی قزوین را در پیاده‌سازی این مدل تشریح می‌نماییم.

ابتدا یک مرکز عهده‌دار برنامه‌های مدیریت کیفیت در آموزش گردید. تمامی کارکنان آموزشی و اداری و تعدادی از اعضای هیأت‌علمی در قالب چندین کارگاه آموزشی اصول و مبانی مدل را فرا گرفته و در زیر گروه‌های هفتگانه این مدل (رهبری، برنامه‌ریزی راهبردی، تمرکز بردانشجویان، ذی‌نفعان و بازار، سنجش، تحلیل و مدیریت دانش، تمرکز بر کارکنان و اعضای هیأت‌علمی دانشکده، مدیریت فرایند و نتایج عملکرد دانشکده)(٤) تقسیم شدند. کلیه فرآیندها و نتایج حاصله در دانشکده ثبت و به ترتیب به وسیله جداول فرآیند و نتایج مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج ارزیابی گروه‌های هفتگانه دانشکده در جدول ۱ خلاصه گردیده است. کمترین نمره اخذ شده در حیطه‌های تمرکز بر نیروهای کاری و مدیریت فرآیندها به ترتیب با ۱۳/۲ و ۱۳/۹ درصد و بیشترین امتیاز در حیطه مدیریت با ۳۲/۵ درصد کل امتیاز بود. در مجموع دانشکده ۲۱۰/٤۱ یعنی ۲۱ درصد کل امتیاز را کسب نمود(۵). از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز یک گروه کارشناسی برای ارزیابی پیاده‌سازی زیر معیارهای این طرح از دانشکده بازدید نمود.

* نویسنده مسؤول: دکتر عباس علامي (استادیار)، گروه بیماري‌هاي عفوني، دانشگاه علوم پزشكي قزوين، قزوين، ايران. allami@qums.ac.ir
دکتر مجید سررشته داري (استادیار)، گروه بیماري‌هاي داخلي، دانشگاه علوم پزشكي قزوين، قزوين، ايران. (drsarreshtehdari@yahoo.com)؛ فریبا درخشان، کارشناس مرکز توسعه، دانشگاه علوم پزشكي قزوين، قزوين، ايران. (faribaderakhshan@gmail.com)؛ فاطمه صفدري، کارشناس مرکز توسعه، دانشگاه علوم پزشكي قزوين، دانشگاه علوم پزشكي قزوين، قزوين، ايران. (fatemeh-safari10@yahoo.com)
این نوشته در تاریخ ۸۸/۱۰/۲۸ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۳/۱۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۵/۴ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

در زمینه آموزش، تأسیس دفتر توسعه آموزش پزشکی در دانشکده باعث بروز تحولات جدیدی گردید. به طور مثال در ابتدا ارزیابی اساتید توسط دانشجویان به طور جدی پیگیری نمی‌شد ولی در حال حاضر تمامی اساتید به طور متوسط توسط ۱۵ دانشجو مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. بررسی‌ها نشان داد که عملکرد اعضای هیأت‌علمی به نحو چشمگیری بهبود پیدا کرده است. همچنین ارزیابی تمامی سؤالات در مقاطع علوم پایه و بالینی قبل از برگزاری امتحانات توسط کارشناسان ارزیاب و ارائه بازخورد به اساتید در این زمینه باعث گردید میزان اعتراضات دانشجویی به سؤالات امتحانی از ۲۷ مورد در نیم سال تحصیلی قبل از شروع برنامه پس از گذشت سه دوره ارزیابی به دو مورد کاهش یابد. ادغام دروس دوره فیزیوپاتولوژی، برگزاری کارگاه‌های غیرحضوری و تأسیس رشته‌های جدید با رویکرد بهینه سازی ظرفیت‌های انسانی و تجهیزاتی دانشکده موارد دیگری بودند که بر پایه اصول IEQM انجام گرفت.

اگر چه نمره کسب شده اولیه ضعیف بود، موضوع مهمتر در برنامه برای ارتقای وضع موجود و افزایش امتیازات در ارزیابی‌های بعدی است(٦). در حال حاضر مرکز مدیریت کیفیت دانشکده با بیش از دو سال تجربه به شکل سیستماتیک، قادر به ایجاد نوآوری در حوزه‌های مختلف علمی، مدیریتی، پشتیبانی و ایجاد سیستم‌های جدید رهبری مشارکتی است. اولین دلیل موفقیت این بود که فرآیند نوآوری تنها به کمیته یا افراد خاص در دانشکده واگذار نشد و کارکنان و اعضای هیأت‌علمی نیز درگیر طرح شدند. برای دستیابی به این هدف جلسات متعدد با هیأت رئیسه، مدیران گروه‌های آموزشی، اعضای هیأت‌علمی و کارکنان دانشکده برگزار گردید. نکته دوم در موفقیت پیاده‌سازی این مدل جلب مشارکت کلیه ذی‌نفعان است. در واقع رؤسا در محیط‌های دانشگاهی نوآور، نمی‌توانند تصمیمات را به صورت یک جانبه اخذ کنند. افزایش تعداد مدعوین به جلسات رسمی‌دانشکده، دعوت از نمایندگان گروه‌های ذینفع برای حضور در جلسات مرتبط، استفاده از نظرات استاد مشاور جهت تمامی‌مشکلات دانشجویان اعم از آموزشی و رفتاری از جمله اقداماتی بود که در جهت پیاده‌سازی معیار تمرکز بر دانشجویان و ذی‌نفعان برداشته شد.

امتیاز کسب شده از حیطه برنامه‌ریزی راهبردی مناسب نبود. از این رو در دانشکده جایگاه‌ها، اشخاص و گروه‌های مسؤول هر گام، برنامه‌ریزی راهبردی خود را به خوبی مشخص نموده، زمان و منابع مورد نیاز و شاخص‌های کلیدی عملکرد مرتبط با هر یک از هدف‌های راهبردی در نظر گرفته و همه برنامه‌های عملیاتی هر شش ماه توسط گروه برنامه‌ریزی راهبردی مورد بازنگری قرار گرفت تا وضعیت دانشکده در این حیطه بهبود یابد.

پایین‌ترین نمره اکتسابی به حیطه تمرکز بر نیروهای کاری تعلق داشت. در بسیاری از موارد نقش کارکنان در تربیت دانش آموختگان توانمند تر و افزایش بهره‌وری، مورد غفلت قرار می‌گیرد. در اختیار گذاشتن اطلاعات لازم، شریک نمودن در مسائل و مشکلات محل خدمت، استفاده از نظرات کارشناسی، ارائه بازخورد به موقع و مناسب نسبت به عملکرد کارکنان و حفظ رضایت‌مندی آنان از عوامل اصلی ارتقای سطح عملکرد این گروه تأثیرگذار است. برای اصلاحات در این حیطه ابتدا باید اصلاحاتی در حیطه رهبری صورت می‌گرفت که تعدادی از آن‌ها اشاره شد.

قبل از اجرای طرح در دانشکده تنها شرح وظایف کارکنان مشخص بود. پس از ارائه آموزش‌های لازم، کارکنان فرآیندهای واحد خود را به تفکیک ترسیم و در اختیار ذی‌نفعان قرار دادند. در نتیجه این رویکرد، امکان حفظ و ارتقای فرآیندهای دانشکده امکان‌پذیر گردید. با این حال در زمینه ثبت و انتقال تجربیات و افزایش دانش مجموعه کاری، دانشکده هنوز در ابتدای راه است و مدیریت باید فراهم آوردن زمینه پیاده‌سازی آن را از اولویت‌های اصلی خود بداند(٧).

گردآوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل روند آن‌ها برای شناسایی نیازهای در حال تغییر ذی‌نفعان کلیدی از جمله دانشجویان

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

ضروری است. در این راستا ارزیابی سالیانه نتایج مداخلات در حیطه آموزش، بررسی روند نتایج پیشرفت تحصیلی دوره‌های قبلی دانش‌آموختگان به وسیله دفتر توسعه آموزش انجام می‌گیرد. باید متذکر شد ارتباط دادن نتایج حاصله به این مدل الزاما به معنی آن نیست که پیاده‌سازی مدل منجر به بروز تغییر شده، بلکه در بعضی موارد تنها بروز تغییرات تسریع و تسهیل شده است.

نتیجه‌گیری

دانشکده‌ها می‌توانند بر اساس توانایی‌های خود با تعدادی از معیارهای IEQM شروع به کار کنند و کار را تا استقرار کامل معیارها طی چند سال ادامه دهند. اصلی‌ترین نتیجه حاصل از استقرار این مدل، همسویی و یکپارچگی فرایندها در دانشکده است. مرور این تجربه نشان می‌دهد بکارگیری مدیریت کیفیت آموزش، پیاده‌سازی طرح‌های متعدد نوآورانه را در دانشکده‌های پزشکی امکان‌پذیر می‌نماید.

منابع

1. Evans JR, Lindsay WM. The Management and Control of Quality. 6th ed. Cincinnati: South-Western College Pub; 2004.
2. Wood WB. Innovations in teaching undergraduate biology and why we need them. Annu Rev Cell Dev Biol. 2009; 25: 93-112.
3. Furst-Bowe JA. Bauer, Roy A. Application of the Baldrige model for innovation in higher education. New Directions For Higher Education. 2007; (137): 5-14.
4. Ruben BD. Excellence in Higher Education. [Cited 2011 Aug 21] Available from: http://oirap.rutgers.edu/msa/documents/EHEGuide5-29.pdf
5. Qazvin University of Medical Science. [Iranian Model of Education Quality Management (IEQM)]. [Cited 2001 Aug 21]. Available from: http://sm.qums.behdasht.gov.ir/%5Cuploads%5CIEQM_20891.pdf [Persian]
6. 2009-2010 Education Criteria for Performance Excellence. The Baldrige National Quality Program at the National Institute of Standards and Technology in Gaithersburg, MD. [Cited 2011 Aug 21]. Available from: http://www.nist.gov/baldrige/publications/upload/2009_2010_Education_Criteria.pdf
7. Blazey ML, Davison KS, Evans JP. Insights to Performance Excellence in Education 2000: An Inside Look at the 2000 Baldrige Award Criteria for Education. Kansas: Amer Society for Quality . 2000

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]