نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه رسالات واهداف

**بسمه تعالی.**

**نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان براساس استانداردهای اعتبار بخشی موسسه ای**

**حوزه :رسالت و اهداف**

**1.متن استاندارد و نشانگرها ی آن :**

|  |  |
| --- | --- |
| **شماره استاندارد :**  **S1A1** | **متن استاندارد :مشخص بودن رسالت (Mission) واهداف دانشگاه و واحدهای تحت پوشش** |
| **نشانگرها** | **I1S1A1-وجود اهداف بلند مدت و کوتاه مدت مکتوب برای دانشگاه و واحدهای تحت پوشش (الزامی)**  **I2S1A**1**-آگاهی اعضا هیئت علمی و کارکنان ارشد از رسالتها و اهداف دانشگاه و واحدهای تحت پوشش (الزامی)**  **I3S1A1- مشخص بودن فرایند اعمال تغییرات ضروری در اهداف ورسالتهای دانشگاه و واحدهای تحت پوشش (ترجیحی)** |

نشانگرها ذیل هر استاندارد به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارایه می شوند .دانشگاه می تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کنند

**2.توصیف وتحلیل وضعیت موجود :شامل نقاط قوت وضعف ،با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد**

**نقاط قوت : I1S1A1** اهداف و رسالت دانشکده برنامه استراتژیک تهیه شده در اختیار مدیران گروه های آموزشی و مدیران واحدهای دانشکده قرار داده شده است **.**

**نقاط ضعف : I3S1A1**گاها دانشگاه در راستای اهداف و رسالت های دانشکده همکاری لازم را انجام نمی دهد

**3.وضعیت موجود در مقایسه با استاندارد:**

* **انطباق کامل دارد**

√**انطباق نسبی دارد**

* **تا حدودی انطباق دارد (بالای 50در صد )**
* **انطباق ندارد (کمتر از 50در صد)**

**4.راهکارهای یا برنامه دانشگاه برای ارتقا ی وضعیت در مورد این استاندارد:**

**1**-اهداف بایستی به صورت واقع گرایانه و کارشناسی شده نوشته شود

2- اعتبارات لازم برای محقق شدن اهداف باید در نظر گرفته شود و هزینه شود

3- مسئولین ارشد دانشگاه اهداف تعیین شده هر واحد به رسمیت شناخته و همکاری لازم صورت گیرد .

**5.منابع /مسندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود ،ضمیمه شود):**

برنامه استراتژیک و راهبردی دانشکده

**6.نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی ):**

اهداف بلند مدت و بعضا کوتاه مدت دانشکده ها معمولا" تحت تاثیر سیاست های کلان کشور (وزارت بهداشت ) و دستورالعمل های اجرایی قرار گیرد .

**7.تکمیل کننده فرم**

**3- دکتر علیرضا نخعی**

**8.امضای رییس دانشگاه :**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه رسالات واهداف

**1.متن استاندارد و نشانگرها ی آن :**

|  |  |
| --- | --- |
| **شماره استاندارد :**  **S2A1** | **متن استاندارد :جامعیت وصراحت رسالت واهداف تدوین شده** |
| **نشانگرها** | **I1S2A1-تدوین اهداف به تفکیک در حوزه های آموزش –پژوهش \_ارایه خدمات (الزامی)**  **I2S2A**1**-مشخص بودن مسئولیتهای دانشگاه و واحدهای تحت پوشش در قبال جامعه(الزامی)**  **I3S2A1- تناسب اهداف موسسه با برنامه های توسعه کشور ومنابع در اختیار موسسه (الزامی)** |

نشانگرها ذیل هر استاندارد به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارایه می شوند .دانشگاه می تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کنند

**2.توصیف وتحلیل وضعیت موجود :شامل نقاط قوت وضعف ،با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد**

**نقاط قوت :** 1- **I1S2A1-** وجود اهداف تفکیک شده آموزشی پژوهشی و خدماتی در دردانشکده

2- **I2S2A**1مشخص بودن مسئولیت های دانشکده در قبال جامعه

در برنامه راهبردی دانشکده اهداف حوزه های مختلف لحاظ شده و واحد های داشکده از آن اطلاع دارند.

**نقاط ضعف : I3S2A1** عدم تناسب اهداف دانشکده منابع در اختیار

جهت اجرای برنامه نیاز به اعتبار می باشد که در بسیاری از موارد با اعتبارات تخصیص داده شده به دانشکده مناسب ندارد.

**3.وضعیت موجود در مقایسه با استاندارد:**

* **انطباق کامل دارد**
* **انطباق نسبی دارد**

√**تا حدودی انطباق دارد (بالای 50در صد )**

* **انطباق ندارد (کمتر از 50در صد)**

**4.راهکارهای یا برنامه دانشگاه برای ارتقا ی وضعیت در مورد این استاندارد:**

اهداف دانشکده توسط مدیران گروه های آموزشی و مدیران واحد های اداری مشخص شود.در جلسه با معاونت آموزشی نهایی گردد و همه موظف به اجرای آن شوند.

**5.منابع /مسندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود ،ضمیمه شود):**

**6.نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی ):**

گاهی اهداف دانشکده ها مکتوب می شود و اعتبار لازم و چگونگی رسیدن به آن اهداف هم مشخص می شود ولی اعتبارات لازم تخصیص داده نمی شود یا اینکه تغییر در سطح وزارتخانه بعضی از اهداف به فراموشی سپرده می شود.

**7.تکمیل کننده فرم**

**دکتر علیرضا نخعی**

**8.امضای رییس دانشگاه**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه رسالات واهداف

**1.متن استاندارد و نشانگرها ی آن :**

|  |  |
| --- | --- |
| **شماره استاندارد :**  **S2A1** | **متن استاندارد :وجود ساز وکار مشخص برای بررسی میزان تحقق اهداف موسسه و واحدهای تحت پوشش** |
| **نشانگرها** | **I1S3A1-مشخص بودن فرایندهای سنجش میزان تحقق اهداف (الزامی)**  **I2S3A**1**-وجود گزارشهای ادواری مبنی بر میزان دستیابی به اهداف (ترجیحی)**  **I3S3A1- وجود گزارشهای مستند از میزان پیشرفت ویا تجدید نظر و اصلاح اهداف (الزامی)** |

نشانگرها ذیل هر استاندارد به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارایه می شوند .دانشگاه می تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کنند

**2.توصیف وتحلیل وضعیت موجود :شامل نقاط قوت وضعف ،با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد**

**نقاط قوت : I1S3A1-**جهت پایش میزان تحقق اهداف مکتوب دانشکده لازم است گزارش هایی در ارتباط با میزان تحقق و علت عدم تحقق بعضی از اهداف به دانشگاه ارسال می گردد.

**نقاط ضعف** : **I2S3A**1 فرایند سنجش میزان تحقق اهداف کاملا روشن نیست.

**3.وضعیت موجود در مقایسه با استاندارد:**

* **انطباق کامل دارد**

√**انطباق نسبی دارد**

* **تا حدودی انطباق دارد (بالای 50در صد )**
* **انطباق ندارد (کمتر از 50در صد)**

**4.راهکارهای یا برنامه دانشگاه برای ارتقا ی وضعیت در مورد این استاندارد:**

**ملزم بودن کلیه واحدهای مرتبط به اهداف دانشکده به همکاری**

**5.منابع /مسندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود ،ضمیمه شود):**

**6.نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی ):**

**7.تکمیل کننده فرم**

**دکتر علیرضا نخعی**

**8.امضای رییس دانشگاه :**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه رسالات واهداف

**1.متن استاندارد و نشانگرها ی آن :**

|  |  |
| --- | --- |
| **شماره استاندارد :**  **S4A1** | **متن استاندارد :مشارکت دست اندرکاران موسسه در تدوین بیانیه رسالت و اهداف** |
| **نشانگرها** | **I1S4A1- مشارکت مدیران ارشد موسسه در تدوین بیانیه رسالت و اهداف (الزامی)**  **I2S4A**1**-وجود روشهای مدون برای مشارکت گروههای منتخب دانشجویان و اعضاء هیئت علمی وکارکنان در تدوین اهداف موسسه (ترجیحی)**  **I3S4A1-مشارکت گروههای منتخب دانشجویان و اعضاء هیئت علمی و کارکنان در تدوین اهداف موسسه (ترجیحی)**  **I4S4A1-مشخص بودن شیوه انتخاب گروههای منتخب دانشجویان و اعضاء هیئت علمی و کارکنان کمیته های در تدوین اهداف موسسه(ترجیحی)** |

نشانگرها ذیل هر استاندارد به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارایه می شوند .دانشگاه می تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کنند

**2.توصیف وتحلیل وضعیت موجود :شامل نقاط قوت وضعف ،با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد**

**نقاط قوت :**

**I1S4A1-** در تدوین اهداف دانشکده نظر گروه ها و واحد های دانشکده در خواست و در یک جلسه با حضورهمه صاحبان فرایند نهایی شده است.

**نقاط ضعف :**

**I2S4A**1**- روشهای مدون برای مشارکت گروههای منتخب دانشجویان و اعضاء هیئت علمی وکارکنان در تدوین اهداف موسسه وجود ندارد.**

**I3S4A1-مشارکت گروههای منتخب دانشجویان و اعضاء هیئت علمی و کارکنان در تدوین اهداف موسسه وجود ندارد.**

**I4S4A1- شیوه انتخاب گروههای منتخب دانشجویان و اعضاء هیئت علمی و کارکنان کمیته های در تدوین اهداف موسسه مشخص نمی باشد.**

**3.وضعیت موجود در مقایسه با استاندارد:**

* **انطباق کامل دارد**

√**انطباق نسبی دارد**

* **تا حدودی انطباق دارد (بالای 50در صد )**
* **انطباق ندارد (کمتر از 50در صد)**

**4.راهکارهای یا برنامه دانشگاه برای ارتقا ی وضعیت در مورد این استاندارد:**

**5.منابع /مسندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود ،ضمیمه شود):**

**6.نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی ):**

**7.تکمیل کننده فرم**

**دکتر علیرضا نخعی**

**8.امضای رییس دانشگاه :**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

1. **1-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S1A8** | مشخص بودن برنامه هاي درسي |
| نشانگرها | I1S1A8- موجود بودن برنامه هاي درسي رشته هاي مختلف به شكل مکتوب (الزامي)  I2S1A8- در دسترس بودن برنامه هاي درسي هر رشته براي اساتيد و دانشجويان (الزامي)  I3S1A8- معرفي برنامه درسي هر رشته به صورت مکتوب به دانشجويان در آغاز دوره تحصيل . (الزامي)  I4S1A8- معرفي مکتوب هر درس در آغاز آن به دانشجويان (شامل سر فصل، وظايف دانشجو، نحوه ارزشيابي دانشجو و منابع) درقالب فرم يکسان در سطح موسسه (الزامي)  I5S1A8- قابل دسترس بودن برنامه هاي درسي و فرمهاي معرفي درس (سیلابس) از Home Pageهر دانشكده (الزامی) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S1A8 برنامه های درسی به صورت ترم بندی شده در هر رشته به شکل مکتوب موجود می باشد.

I2S1A8 برنامه های درسی به صورت ترم بندی شده در هر رشته در سایت دانشگاه (دانشکده پیراپزشکی)آموزش دانشکده در دسترس اساتید دانشجویان می باشد.

I3S1A8در بدو ورود یک نسخه از برنامه درسی به دانشجویان جدید الورود ارائه می گردد.

I4S1A8سرفصل مکتوب دروس دراداره آموزش موجود بوده به اساتید به طور کامل ارائه گردیده و در صورت نیاز دانشجویان به سر فصل به آنها نیزارائه می گردد.

I5S1A8برنامه های درسی در Home page دانشکده موجود ولی سیلابس در Home page نمی باشد.

**نقاط ضعف: ------------**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

انطباق كامل دارد

√انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت در مورد این استاندارد:**

یکی از راهکارها قرار گرفتن سیلابس کلیه دروس مربوط به رشته های تحصیلی دانشکده در Home page دانشکده می باشد.

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**
4. **8- امضای رییس دانشکده:**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

1. **2-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S2A8** | پشتيباني از شيوه هاي فعال و مناسب تدريس |
| نشانگرها | I1S2A8- ارائه منظم كارگاههاي روش تدريس در مؤسسه (الزامي)  I2S2A8- رضايت اعضاي هيات علمي از مناسب بودن و كاربردي بودن كارگاههاي روش تدريس(ترجيحي)  I3S2A8- وجود و اجراي آيين نامه هاي تشويقي در موسسه براي مدرسيني كه از شيوه هاي فعال و نوين تدريس استفاده مي كنند (ترجيحي)  I4S2A8- وجود دفتر توسعه آموزش در دانشكده هایی که بیش ار 50 نفر هیات علمی دارند (الزامي)  I5S2A8- وجود سيستم مناسب نظارت بر بكارگيري روشهاي نوين تدريس و تعيين روند بهره گيري مدرسين از شيوه هاي جديد (ترجيحي)  I6S2A8- روند رو به رشد استفاده اعضاي هيات علمي از روشهاي فعال و نوين تدريس در 5 سال گذشته(ترجيحي)  I7S2A8- وجود برنامه و سيستم مشخص براي توسعه بهره گيري از امكانات شبکه رايانه اي در جهت بهبود آموزش و پژوهش (ترجيحي)  I8S2A8-روند رو به رشد تهيه و استفاده از رسانه هاي كمك آموزشي روزآمد(ترجيحي)  I9S2A8- وجود سيستم مورد توافق در بين گروههاي آموزشي براي مشاهده و نقدتدريس همكاران در هر گروه (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S2A8 **گروه های آموزشی دانشکده کارگاهی برگزار نکرده اند ولی از طریق EDC کارگاه هایی برگزار می شود.**

I2S2A8 **بعد از هر کارگاه پرسشنامه هایی در اختیار شرکت کنندگان گذاشته شده و نظر سنجی**

**می گردد.**

I3S2A8 **آئین نامه های تشویقی در این زمینه وجود ندارد و اجرا نمی گردد.**

I4S2A8 **واحد EDO در دانشکده با تعداد 18 نفر عضو هیات علمی وجود دارد.**

I6S2A8 **در 5 سال گذشته روند استفاده اعضاء هیات علمی از روشهای نوین تدریس رو به رشد بوده است.**

I7S2A8 **راه اندازی سایت دانشکده و دسترسی به اینترنت برای هر کلاس .**

I8S2A8 **استفاده از وسایل****ویدیو پروژکتور برای همه رشته ها ،نگاتسکوپ برای رشته پرتوشناسی، استفاده از مجلات و کتب دیجیتالی برای رشته کتابداری .**

**.**

**نقاط ضعف:**

I5S2A8 **سیستم مناسب نظارت بر بکارگیری روشهای نوین تدریس و تعیین روند بهره گیری مدرسین از شیوه های جدید و جود ندارد.**

I9S2A8 **سیستم مورد توافق در بین گروه های آموزشی برای مشاهده و نقد تدریس همکاران در هر گروه وجود ندارد.**

**عدم****استقبال بعضی از هیئت علمی دانشگاه**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**نیازسنجی کارگاههای مورد نیاز اعضای هیئت علمی به صورت دوره ای و تشویق و حمایت اعضاء هیات علمی که از روشها و شیوه های نوین در امر تدریس استفاده می نمایند.**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**
4. **امضای رییس دانشکده:**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

**3-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S3A8** | ارزشيابي منظم برنامه هاي درسي |
| نشانگرها | I1S3A8- وجود برنامه مشخصي جهت همكاري مراكز توسعه آموزش پزشكي با گروههاي آموزشي براي تهيه ابزارها و بكارگيري شيوه هاي مناسب ارزشيابي برنامه درسي گروهها در فواصل زماني معين (ترجيحي)  I2S3A8- تهيه و ثبت گزارشهاي ارزشيابي ادواري برنامه هاي گروههاي آموزشي (الزامي)  I3S3A8- مشاركت فعال اکثريت اعضاي هيات علمي هر گروه آموزشي در ارزشيابي برنامه آموزشي گروه (ترجیحی)  I4S3A8- وجود برنامه مشخص جهت همكاري مراكز توسعه آموزش پزشكي با مدرسين، گروههاي آموزشي و يا كميته برنامه ريزي درسي دانشكده براي تهيه فرمهاي ارزشيابي درس (Course Evaluation) و اجراي ارزشيابي درس به صورت ساليانه (ترجيحي)  I5S3A8- وجود پرونده براي هر درس (حاوي سوابق مربوط به درس به تفكيك: سرفصل، مدرس، نحوه ارزشيابي درس و نتايج آن) در موسسه (ترجيحي)  I6S3A8- روند رو به رشد استفاده از نتايج ارزشيابي برنامه ها و ارزشيابي دروس براي انجام اصلاحات آموزشي (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I3S3A8 **هر گروه آموزشی برنامه آموزشی مربوط به خود در هر نیمسال راارائه داده و از طریق تشکیل جلسات درون گروهی نسبت به ارزشیابی آن اقدام می نمایندو در صورت لزوم تغییرات لازم را لحاظ می نمایند.**

I5S3A8 **برای هر درس سیلابس درس وجود دارد که شامل اطلاعاتی نظیر هدف کلی ،روشهای یاددهی،روشهای ارزیابی و....می باشد.**

I6S3A8 **ارزشیابی اساتید جهت دروس مورد تدریس انجام گرفته و نتایج در ارتقاء و ترفیع اعضاء هیات علمی لحاظ می گردد.**

**نقاط ضعف:**

I1S3A8 **برنامه مشخصی جهت همکاری مراکز توسعه آموزش پزشکی با گروه های آموزشی برای تهیه ابزارها و به کار گیری شیوه های مناسب ارزشیابی درسی گروه ها در****فواصل زمانی معین وجود ندارد.**

I2S3A8 **تا کنون گزارش عملکرد گروه های آموزشی در صورت نیاز و درخواست معاونت آموزشی دانشگاه در اختیار آن معاونت قرار گرفته ولی ارزشیابی ادواری برنامه های گروه های آموزشی به صورت مداوم انجام نمی پذیرد.**

I4S3A8 **کمیته برنامه ریزی درسی در دانشکده برای تهیه فرمهای ارزشیابی دروس و اجرای آن به صورت سالیانه وجود ندارد .**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

* تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**ایجاد برنامه مشخصی جهت همکاری مراکز توسعه آموزش پزشکی با گروه های آموزشی جهت اجرای شیوه های مناسب ارزشیابی برنامه های درسی گروه ها درفواصل زمانی معین و تهیه و ثبت گزارشهای ارزشیابی ادواری برنامه های گروههای آموزشی**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**
4. **امضای رییس دانشکده:**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

4-**متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S4A8** | وجود سيستم كارآمد و پاسخگو در ارزشيابي پيشرفت تحصيلي دانشجويان در دروس نظري |
| نشانگرها | I1S4A8- وجود كميته نظارت بر برگزاري آزمونها توام با شيوه نامه مشخص در هر دانشکده (ترجيحي)  I2S4A8- مشخص بودن فرآيند رسيدگي و پاسخگويي به اعتراضات دانشجويان (الزامي)  I3S4A8- وجود سيستمي براي تحليل و پايش نتايج آزمونها (ترجيحي)  I4S4A8- روند رو به رشد استفاده از نتايج تحليل آزمونها براي انجام اصلاحات (ترجيحي)  I5S4A8- اعلام نتايج آزمونها به دانشجويان به صورت محرمانه يا بدون نام (ترجيحي)  I6S4A8- مشاركت نمايندگان دانشجويان در تهيه تقويم امتحانات.. (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S4A8\*دردانشکده دایره امتحانات وجودداشته که یکی ازاعضاء هیئت علمی یا مسئول اداره آموزش به عنوان مسئول دایره امتحانات براجرای امتحانات نظارت می نماید.شیوه نامه ای جهت رسیدگی به تخلفات آزمونها ازطرف معاونت دانشجویی وفرهنگی وجوددارد.

I2S4A8\* پاسخگويي به اعتراضات دانشجويان پس ازثبت درسامانه سماتوسط استاددرس بررسی می گردد.

I5S4A8\* اعلام نتايج آزمونها به دانشجويان به صورت محرمانه يا بدون نام درسامانه سما برای هردانشجو باشماره دانشجویی انجام می پذیرد.

**نقاط ضعف:**

I3S4A8\* سيستمي براي تحليل و پايش نتايج آزمونها وجود ندارد.

I4S4A8\* روند ی جهت استفاده از نتايج تحليل آزمونها براي انجام اصلاحات وجودندارد.

I6S4A8\* مشاركت نمايندگان دانشجويان در تهيه تقويم امتحانات به دلیل عدم آشنایی کامل به مقررات آموزشی واختلاف نظر دربین دانشجویان انجام نمی پذیرد.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**تحلیل وپایش نتایج آزمونها واستفاده از نتایج تحلیل آزمونها برای انجام اصلاحات**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**
4. **امضای رییس دانشکده:**

**نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان**

**براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش**

**5-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S5A8** | وجود سيستم كارآمد و پاسخگو در ارزشيابي پيشرفت تحصيلي دانشجويان در دروس عملي و باليني |
| نشانگرها | I1S5A8- شركت اکثريت اعضاي هيات علمي باليني در كارگاههاي ارزيابي عملي و باليني دانشجو (الزامي)  I2S5A8- مشخص بودن نحوه اجرا و نمره گذاري آزمونهاي باليني و عملي و اعلام آن به دانشجويان (نحوه نمره گذاري - چك ليستها ....) (الزامي)  I3S5A8- وجود كميته نظارت بر برگزاري آزمونهاي باليني و عملي با شيوه نامه مشخص در هر دانشکده يا بيمارستان آموزشي (ترجيحي)  I4S5A8- مشخص بودن فرآيند رسيدگي و پاسخگويي به اعتراضات دانشجويان در آزمونهاي عملي و باليني (ترجيحي)  I5S5A8-روند رو به رشد استفاده از روشهاي علمي مناسب براي ارزيابي عملي و باليني دانشجويان (ترجيحي)  I6S5A8- وجود سيستمي براي تحليل و پايش نتايج آزمونهاي عملي و باليني به منظور بررسي اصلاحات لازم در برنامه (ترجيحي)  I7S5A8- روند رو به رشد استفاده از نتايج تحليل آزمونهاي عملي و باليني براي انجام اصلاحات آموزشي (ترجيحي)  I8S5A8- يكسان بودن شيوه هاي ارزيابي باليني و عملي دانشجويان در بخشهاي مشابه از مراكز مختلف (ترجيحي)  I9S5A8- اعلام محرمانه و يا بدون نام نتايج آزمونهاي عملي و باليني به دانشجويان (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**I2S5A8 نحوه اجرا و نمره گذاری آزمون های عملی توسط استاد درس و کارشناسان به دانشجویان اعلام می گردد و همانند دروس نظری در سامانه سما انجام می شود**

**I4S5A8 فرآیند رسیدگی و پاسخگویی به اعتراضات دانشجویان در آزمون های عملی در سامانه سما انجام می پذیرد**

**I5S5A8 براساس سیلابس موجود درسی ارزیابی عملی و بالینی دانشجویان صورت می پذیرد**

**I8S5A8 شیوه های ارزیابی بالینی و عملی دانشجویان در بخشهای مشابه از مراکز مختلف بر اساس دستور العمل درج شده در سیلابس درسی انجام می پذیرد**

**I9S5A8نتایج آزمون های عملی و بالینی به دانشجویان در سامانه سما اعلام می گردد .**

**نقاط ضعف:**

**I1S5A8 در چارت بندی دانشکده پیراپزشکی اعضاء هیئت علمی بالینی وجود ندادرد .**

**I3S5A8 در دانشکده کمیته نظارت بر برگزاری آزمون های بالینی و عملی با شیوه نامه مشخص وجود ندارد**

**I6S5A8 سیستمی برای تحلیل و پایش نتایج آزمون های بالینی و عملی به منظور انجام اصلاحات لازم در برنامه وجود ندارد**

**I7S5A8 روندی جهت استفاده از نتایج تحلیل آزمون های عملی و بالینی برای اصلاحات آموزشی وجود ندادرد**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

* تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**ایجاد کمیته نظارت بربرگزاری آزمونهای بالینی وعملی برای کلیه دانشکده ها**

**ایجاد سیتمی برای تعطیل وپایش آزمونها برای کلیه دانشکده ها**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**
4. **امضای رییس دانشکده:**

**نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان**

**براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش**

**6-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S6A8** | ارائه خدمات مشاوره و راهنمايي تحصيلي به دانشجويان |
| نشانگرها | I1S6A8- وجود سيستم پايش پيشرفت تحصيلي دانشجويان (الزامي)  I2S6A8- وجود سيستم خدمات مشاوره و راهنمايي تحصيلي براي کليه دانشجويان متقاضي و دانشجويان داراي افت تحصيلي (الزامي)  I3S6A8- تعيين استاد مشاور با شرح وظايف مشخص براي کليه دانشجويان (الزامي)  I4S6A8- مشخص بودن فرايند همكاري و ارتباط استادان مشاور با سيستم هاي آموزشي دانشكده و دانشکده و مراكز ارائه خدمات تخصصي مشاوره و راهنمايي (الزامي)  I5S6A8- ارائه منظم دوره هاي آموزشي ضروري براي استادان مشاور به صورت حضوري و غير حضوري (ترجيحي)  I6S6A8- رضايت اکثريت استادان مشاور از ميزان حمايت موسسه از مسووليت راهنمايي دانشجويان (ترجيحي)  I7S6A8- ارزشيابي ادواري از ميزان رضايت دانشجويان از خدمات مشاوره و راهنمايي تحصيلي (ترجيحي)  I8S6A8- استفاده از نتايج ارزشيابيها براي اصلاح خدمات مشاوره و راهنمايي تحصيلي (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S6A8 \*در سامانه سما از طریق دسترسی به نمودارها سیستم پایش پیشرفت تحصیلی دانشجویان وجود دارد.

I2S6A8دردانشکده استادمشاورودرمعاونت دانشجویی وفرهنگی دانشگاه اداره مشاوره دانشجویی وجودداردکه ازطرف اساتیدراهنما درصورت لزوم ارجاع می گردد.

I3S6A8برای هردانشج استاد مشاورباشرح وظایف مصوب ومشخص دردانشکده وجود دارد.

I4S6A8ارتباط بین مسئول اساتید راهنما واساتید راهنما وجود داشته و ارتباط فی مابین بین معاونت آموزشی دانشکده واساتید مشاوردرخصوص تعیین زمان مشاوره ورفع مشکلات احتمالی وجوددارد.

I6S6A8 تاکنون عدم رضایت ازسوی اساتید مشاورگزارش نگردیده است.

**نقاط ضعف:**

I7S6A8 ازمیزان رضایت دانشجویان ازخدمات مشاوره و راهنمايي تحصيلي ارزشیابی نمی گردد.

I8S6A8 ازخدمات مشاوره و راهنمايي تحصيلي ارزشیابی نمی گردد.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**ارائه منظم دوره های آموزشی برای استادان مشاور به صورت حضوری وغیرحضوری وارزشیابی اداری از میزان رضایت دانشجویان از خدمات مشاوره وراهنمایی تحصیلی واستفاده از نتایج ارزشیابی های برای اصلاح خدمات خدمات مشاوره وراهنمایی تحصیلی**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم**
4. **امضای رییس دانشکده:**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

**7-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S7A8** | توجه ويژه به حل مشكلات آموزشي مؤسسه از طريق تحقيقات |
| نشانگرها | I1S7A8- روند رو به رشد ميزان دوره هاي آموزشي مرتبط باتحقيقات آموزشي براي اعضاي هيات علمي، کارشناسان، ودانشجويان علاقمند در 5 سال گذشته (ترجيحي)  I2S7A8- وجود گروههاي كارشناسي در دانشکده و يا‌ در درون دانشكده ها براي ارائه خدمات مشاوره اي و كارشناسي طرحهاي پژوهشي مرتبط با آموزش (ترجيحي)  I3S7A8- تعيين و اعلام اولويتهاي دانشکده در زمينه تحقيقات آموزشي (ترجيحي)  I4S7A8-.استفاده از نتايج تحقيقات آموزشي براي تصميم گيريهاي آموزشي دانشکده(ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**نقاط ضعف:**

I1S7A8- دوره هاي آموزشي مرتبط باتحقيقات آموزشي براي اعضاي هيات علمي، کارشناسان، ودانشجويان علاقمندوجودندارد.

I2S7A8- دردانشکده گروههاي كارشناسي در دانشکده و يا‌ در درون دانشكده ها براي ارائه خدمات مشاوره اي و كارشناسي طرحهاي پژوهشي مرتبط با آموزش وجود ندارد.

I3S7A8- در زمينه تحقيقات آموزشي اولویتی وجود ندارد.

I4S7A8-. تحقيقات آموزشي براي تصميم گيريهاي آموزشي در دانشکده وجود ندارد.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

* انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**
2. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
3. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
4. **تکمیل کننده فرم:**
5. **امضای رییس دانشکده:**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

**8-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S8A8** | مناسب بودن ارائه خدمات آموزشي |
| شانگرها | I1S8A8- مشخص بودن و اعلام عمومي آئين نامه ها و فرآيندهاي ثبت نام، حذف و اضافه، حضور و غياب دانشجويان (الزامي)  I2S8A8- مشخص بودن و اعلام عمومي آئين نامه ها و فرآيندهاي اعلام نمرات، اصلاح نمره و صدور كارنامه دانشجويان (الزامي)  I3S8A8- مشخص بودن و اعلام عمومي آئين نامه ها و فرآيند فارغ التحصيلي دانشجويان (الزامي)  I4S8A8-. مشخص بودن و اعلام عمومي فرآيندها و آيين نامه هاي پذيرش و اعزام دانشجويان ميهمان و انتقالي (الزامي)  I5S8A8- مشخص بودن و اعلام عمومي فرآيند رسيدگي و پاسخ به درخواستهاي دانشجويان( از قبيل مرخصي تحصيلي، انتقال ، حذف ترم ، ....).(الزامي)  I6S8A8-. روند رو به رشد رضايت دانشجويان و استادان از خدمات آموزشي دانشکده در پنج سال اخير (ترجيحي)  I7S8A8- محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به دانشجويان.(الزامي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S8A8 **:فرایندهای ثبت نام ،حذف واضافه وحضور و غیاب دانشجویان در آیین نامه آموزشی وزارت بهداشت ،درمان و آموزش مشخص می باشد .**

I2S8A8 **: آیین نامه آموزشی در Home pageدانشکده موجود است اعلام نمرات واصلاح نمره در سامانه سما توسط اساتید انجام می پذیرد و کارنامه دانشجویان نیز از طریق سما صادر میگردد.**

I3S8A8 **: آیین نامه ها و فرایند فارغ التحصیلان در سایت دانشگاه ودر قسمت اداره دانش آموختگان معاونت آموزشی دانشگاه وجود دارد .**

I4S8A8 **:فرایندهاو آیین نامه های پذیرش و اعزام دانشجویان مهمان و انتقال در بردهای آموزشی به طور کامل اطلاع رسانی میگردد (علاوه بر توضیحات لازم به هر دانشجو )واز تابستان 1395نیز سامانه انتقال و مهمانی از سوی وزارتخانه به منظور یکسان سازی راه اندازی گردیده است .**

I5S8A8:**: فرایند در خواست مرخصی ،حذف ترم ،انتقال ومهمان بر اساس آیین نامه آموزشی وزارت متبوع انجام گرفته ودانشجوی متقاضی هنگام مراجعه توجیه میگردد که پیگیر در خواست خود تازمان نتیجه گیری می بایست باشد.**

I6S8A8 **:در خصوص عدم رضایت دانشجویان واستادان از خدمات اموزشی دانشکده تا کنون نارضایتی اعلام نگردیده است .**

I7S8A8:**اطلاعات کامل دانشجویان در پرونده تحصیلی در دانشکده و اطلاعات کارنامه ای در سامانه سما به صورت محرمانه وجود دارد .**

**نقاط ضعف:**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

* انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**پیشنهاد میگردد خدمات آموشی ارائه شده در دانشکده توسط اساتید ودانشجویان مورد ارزیابی واقع گردد و تغییرات به منظور ارتقاء خدمات مذکور درآیین نامه های آموزشی وسامانه سماء با سرعت بیشتری انجام شود به طور مثال آیین نامه آموزشی جدید صادر شود که کلیه بخشنامه های تصویب شده در آن منظور گردیده باشد و ضعفهای سامانه سماء با سرعت بیشتری برطرف گردد .**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**
4. **امضای رییس دانشکده:**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

**9-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S9A8** | استفاده از ظرفيت مازاد دانشکده براي ارائه دوره هاي آزاد و شبانه |
| نشانگرها | I1S9A8- تناسب تعداد و تنوع دوره هاي شبانه و آزاد با ميزان ظرفيت مازاد موسسه (ترجيحي)  I2S9A8- روند رو به رشد مشاركت سازمان يافته دانشکده در ارائه آموزشهاي مردمي براي حفظ و ارتقاي سلامت جامعه (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**نقاط ضعف:**

I1S9A8 \*دانشکده مشارکتی در ارائه آموزش های مردمی برای حفظ وارتقای سلامت جامعه ندارد .

I2S9A8 \* تناسبی بین تعداد و تنوع دوره های شبانه و آزاد با میزان ظرفیت مازاد موسسه وجود ندارد

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

* انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**مشارکت دادن دانشکده درانتخاب دوره های شبانه رشته تحصیلی**

**مشارکت سازمان یافته دانشکده در ارائه آموزشهای مردمی با درنظر گرفتن امکانات لازم وتسهیل این روند**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**
4. **امضای رییس دانشکده:**

نتایج خودارزیابی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

براساس استاندارد های اعتباربخش موسسه ای-حوزه آموزش

**10-متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| شماره استاندارد: S10A8 | توجه برنامه ريزي شده به دانشجويان ممتاز و مستعد |
| نشانگرها | I1S10A8- وجود دفتر فعال تحت عنوان دفتر استعداد درخشان در دانشکده (ترجيحي)  I2S10A8- انجام فعاليتهاي دفتر استعداد درخشان بر اساس برنامه هاي مدون كوتاه مدت ، ميان مدت و بلند مدت تدوين شده که مبتني بر سنجش نياز ها باشد (ترجيحي)  I3S10A8- جذب اعتبارات استعداد درخشان دانشکده در جهت اجراي برنامه هاي تدوين شده (ترجيحي)  I4S10A8- توجه ويژه در برنامه هاي تنظيم شده به غني سازي برنامه درسي، سرعت بخشي برنامه درسي ، و فعاليتهاي فوق برنامه براي دانشجويان استعداد درخشان (ترجيحي)  I5S10A8- مشاركت دانشجويان عضو دفتر در فرآيندهاي تصميم گيري و اجراي برنامه ها (ترجيحي)  I6S10A8- مشاركت مسؤولين آموزشي دانشكده ها و مراكز آموزشي درماني در اجراي برنامه ها (ترجيحي)  I7S10A8- آگاهي و رضايت دانشجويان عضو دفتر استعداد درخشان از برنامه ها و خدمات ارائه شده. (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S10A8 **واحد EDO دردانشکده عهده دار انجام امورات دفتر استعداد درخشان دانشکده می باشد .**

I2S10A8 **واحد EDO دانشکده بر اساس وظایف محوله از طریق EDC در این زمینه فعالیت می کند.**

I4S10A8 **وجود کارگاه های روش تحقیق ،spss، اردوهای فرهنگی ،آموزشی ،شرکت در همایشها و سمینارها و.....از طرف EDC دانشگاه برگزار می شود.**

I6S10A8 **مسئولین آموزشی دانشکده در برگزاری جلسات کمیته مشورتی و رفع مشکلات دانشجویان همکاری لازم را دارند.**

I7S10A8 **گزارشی مبنی بر عدم رضایت دانشجویان عضو دفتر استعدادهای درخشان از برنامه ها و خدمات ارائه نشده است.**

**نقاط ضعف:**

I1S10A8 **اعتبارات تخصیصی از طرف وزارتخانه مستقیما" توسط EDC دانشگاه جذب و هزینه می شود.**

I5S10A8 **با توجه به قطعی بودن آئین نامه های دانشجویان استعداد های درخشان ،مشارکت ملموسی از طرف دانشجویان در فرآیندهای تصمیم گیری و اجرای بر نامه ها وجود ندارد.**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

تخصیص اعتبارات مستقل به دانشکده ها

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**

**امضای رییس دانشکده**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  S1A2 | وجود سازوکارهاي مناسب براي پايش ساختار سازماني مؤسسه و پيشنهاد تغييرات لازم |
| نشانگرها | I1S1A2- وجود کميته پايش و بهبود ساختار در مؤسسه (ترجيحي)  I2S1A2- وجود گزارشهاي مستند از عملکرد کميته پايش و بهبود ساختار مؤسسه (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:------------**

**نقاط ضعف:**

I1S1A2 وجود ندارد

I2S1A2 وجود ندارد

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

* انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت در مورد این استاندارد:**

**تدوین آئین نامه پایش عملکرد سازمان وبهبود ساختارتوسعه معاونت آموزشی دانشگاه**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود): ------**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**عدم وجود آئین نامه وپایش عملکرد**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکترمحمد بکائیان**

**دکترعلیرضا نخعی**

**دکتررامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S2A2** | وجود سازوكار مدون براي اصلاح فرايندهاي تصميم گيري و انجام وظايف مؤسسه |
| نشانگرها | I1S2A2- مکتوب و روشن بودن فرايندهاي تصميم گيري در سازمان (الزامي)  I2S2A2- وجود کميته پايش و اصلاح فرايندها در تمامي واحدهاي سازماني تحت پوشش (ترجيحي)  I3S2A2- وجود مستندات قابل ارزيابي از عملکرد کميته اصلاح فرايندها (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**نقاط ضعف:**

I1S2A2 وجود ندارد

I2S2A2 وجود ندارد

I3S2A2 وجود ندارد

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

* انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**تشکیل کمیته پایش واصلاح فرآیند ها**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **شرح وظایف ریاست ومعاونین دانشکده**

**صورتجلسات**

1. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**عدم وجود آئین نامه کمیته پایش واصلاح فرآیندها**

**عدم وجود قالبی جهت ارزیابی مستندات ازسوی وزارت خانه**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر محمد بکائیان**

**دکترعلیرضا نخعی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  S3A2 | روشن و مکتوب بودن وظايف و حدود اختيارات افراد شاغل در مؤسسه |
| نشانگرها | I1S3A2- روشن و مکتوب بودن شرح وظايف و حدود اختيارات کارکنان در کليه سطوح مديريتي (الزامي)  I2S3A2- روشن و مکتوب بودن شرح وظايف و حدود اختيارات افراد حقيقي و حقوقي طرف قرارداد مؤسسه (ترجيحي)  I3S3A2- مطلع بودن افراد از شرح وظايف محوله، حقوق و حدود اختيارات خود و ساير همکاران (الزامي)  I4S3A2- اعلام عمومي شرح وظايف اصلي کارکنان به نحوي که براي مراجعان قابل رويت باشد (الزامي)  I5S3A2- وجود ساز و کار معين براي تعيين، تجديد نظر، اصلاح و اطلاع رساني در مورد شرح وظايف (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S3A2 وجود دارد (دردست اقدام )

I2S3A2 وجوددارد

I3S3A2 وجود دارد

I4S3A2 وجود دارد

I5S3A2 وجود دارد

**نقاط ضعف:**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**تجدیدنظر،اصلاح واطلاع رسانی شرح وظایف کارکنان**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**

**شرح وظایف هرکدام از مسئولیت های دانشکده**

1. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**تعیین شرح وظایف پرسنل توسط واحد سازمانی انجا نمی شود وازطرف وزارتخانه جهت هرپست سازمانی وظایف تعریف می شود**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**دکترمحمد بکائیان**

**دکتررامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  S4A2 | اهتمام مديريت دانشکده به تدوين شيوه نامه هاي مناسب براي اجراي نظام مند مقررات و وظايف |
| نشانگرها | I3S4A2- سازگاري آيين نامه هاي داخلي با مقررات کشوري (الزامی)  I2S4A2- وجود سازوکار مدون براي مشارکت افراد ذيربط در تدوين آيين نامه ها (ترجيحي)  I3S4A2- مکتوب و در دسترس بودن آيين نامه هاي داخلي و مقررات عمومي در واحدهاي ذيربط (الزامي)  I4S4A2- اطلاع رساني مناسب به افراد ذيربط در مورد آيين نامه هاي داخلي و مقررات عمومي (الزامي) I5S4A2- آگاهي مديران و افراد ذيربط در مورد آيين نامه هاي داخلي و مقررات عمومي (الزامي)  I6S4A2- جامعيت، صراحت و سازگاري مفاد آيين نامه ها با يكديگر (الزامي) به صورت نسبی |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I2S4A2 وجود دارد

I3S4A2 وجود دارد

I3S4A2 وجود دارد

I4S4A2 وجود دارد (توسط اتوماسیون)

) I5S4A2 وجود دارد

I6S4A2 وجود دارد (بصورت نسبی)

**نقاط ضعف:**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**مشارکت دادن دانشکده ها درتدوین آئین نامه ها**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**

**دونمونه ازآئین نامه ها**

1. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**آئین نامه ها باید به صورت بومی درهردانشکده یا دانشگاهی طراحی شوند یا حداقل تدوین بخشی از این آئین نامه ها به عهده دانشگاه ها باشد .**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکترعلیرضا نخعی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S5A2** | انتصاب مديران براساس ملاکهاي روشن |
| نشانگرها | I1S5A2- روشن و مکتوب بودن ملاکهاي انتصاب در هر يک از سمتهاي مديريتي (ترجيحي)  I2S5A2- مرتبط بودن سوابق کاري و تحصيلي فرد با مسؤوليت محوله (ترجيحي)50%  I3S5A2- وجود كميته مشخص براي نظارت بر انتصابات و بهبود معيارهاي انتصابات مديران (ترجيحي)  I4S5A2- انجام فعاليت مديران در محل وقوع پستهاي سازماني (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S5A2 **چارت وجود دارد**

I2S5A2 **50% وجود دارد**

I3S5A2  **دردانشگاه وجود دارد**

I4S5A2 **وجود دارد**

**نقاط ضعف:**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**استفاده از اعضای هیدت علمی وکارمندان خوددانشکده درپست های مدیریتی**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**ملاک هایی که مدیر هرپست سازمانی جهت تصدی آن پست بایدداشته باشد ،توسط وزارتخانه توصیف شود ،تا افراد علاقه مندخود رابا آن ملاک ها برسانند .**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S6A2** | وجود نظام ارزشيابي مناسب از عملکرد کارکنان |
| نشانگرها | I1S6A2- مرتبط بودن فرمهاي ارزشيابي با شرح وظايف و انتظارات شغلي کارکنان (الزامي)  I2S6A2- وجود سازوکار مستند و علمي براي ارزشيابي ساليانه عملکرد مديران (در تمام سطوح) (الزامي)  I3S6A2- انجام ارزشيابي عملکرد کارکنان در فواصل مشخص (حداقل يکبار در سال) (الزامي)  I4S6A2- مستند و علمي بودن شيوه گردآوري اطلاعات ارزشيابي (الزامي)  I1S6A2- مناسب بودن نحوه بازخورد نتايج ارزشيابي به کارکنان و بکارگيري نتايج آنها (الزامي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط ضعف:**

I1S6A2 **50% وجود دارد**

I2S6A2 **وجود دارد**

I3S6A2 **وجود دارد**

**نقاط ضعف:**

I1S6A2 **وجود ندارد**

I4S6A2 **زیاد نیست**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**عملکرد مدیران باید به صورت دوره ای مورد ارزیابی قرارگیرد**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**

**فرم ارزشیابی کارکنان**

1. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**فرم های ارزشیابی استاندارد جهت ارزیابی مدیران وجودندارد و نیاز به بازبینی دارد در فرم ارزشیابی می باید به گونه ای می باشد آیتمهای مدیریتی بیشتری مدنظر قرارگیرد .**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S7A2** | وجود ساز و کار مناسب براي بررسي نتايج طرحها و برنامه ها |
| نشانگرها | I1S7A2- وجود گزارشهاي پيشرفت برنامه ها و طرحها(ترجيحي)  I2S7A2- وجود نهاد مسؤول براي بررسي گزارش پيشرفت طرحها و برنامه ها (نظير مديريت آمارو اطلاع رساني) (ترجيحي)  I3S7A2- وجود ساز و کار مناسب براي اصلاح طرحها و برنامه ها براساس نتايج ارزشيابي (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I3S7A2 **درسطح دانشگاه اجراء میشود**

**نقاط ضعف:**

I1S7A2 **دردانشکده وجود ندارد**

I2S7A2 **وجود ندارد**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

* تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**گزارش های سالیانه از پیشرفت برنامه ها به مسئولین مافوق داده شود وگزارش ها مورد پایش قرارگیرد .**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**عدم وجود نهاد مشخصی جهت بررسی گزارش پیشرفت برنامه ها دردانشگاه**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S8A2** | وجود نظام اطلاعات مديريت (MIS) مناسب در سازمان |
| نشانگرها | I1S8A2- دسترسي آسان پرسنل ذيربط به آخرين تغييرات در مقررات و آيين نامه هاي جاري مؤسسه (الزامي)  I2S8A2- امکان پايش عمليات سازمان و پيشرفت برنامه ها از طريق سيستم اطلاعات مديريت (MIS) (ترجيحي)  I3S8A2- امکان دسترسي آسان مديران به اطلاعات مرتبط با کارکنان از طريق سيستم اطلاعات مديريت (MIS) (الزامي)  I4S8A2- امکان دسترسي آسان مديران و افراد ذيربط به اطلاعات مرتبط با منابع (فيزيکي، مالي، و انساني) سازمان از طريق سيستم اطلاعات مديريت (MIS) (ترجيحي)  I5S8A2- استفاده بهينه از سيستم اطلاعات مديريت مؤسسه و پرهيز از درخواست گزارشهاي تکراري در سازمان (ترجيحي)  I6S8A2- امکان دسترسي آسان مديران و افراد ذيصلاح به گزارش عملکرد سازمان از طريق سيستم اطلاعات مديريت (MIS) (ترجيحي)  I7S8A2- استفاده از (MIS) براي افزايش سرعت و صحت فرآيندهاي سازمان (نظير صدور احکام، ارزشيابي، ...) (ترجيحي)  I8S8A2- امکان دسترسي مديران ارشد به مدارک و اسناد رسمي سازمان (نظير اساسنامه، مدارک تاسيس، اسناد مالکيت،.. (ترجيحي)  I9S8A2- امکان ارائه گزارشهاي متنوع براساس نياز مديريت از طريق (MIS) (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S8A2 **به صورت اطلاع رسانی از طریق اتوماسیون وبنر در برد کارگزینی می باشد**

I2S8A2 **تاحدودی وجود دارد**

I3S8A2 **وجود دارد**

I4S8A2 **تاحدودی وجود دارد**

I5S8A2 **تقریبا وجود دارد از طریق اتوماسیون**

I6S8A2 **وجود دارد**

I7S8A2 **وجود دارد**

I9S8A2 **تا حدودی وجود دارد**

**نقاط ضعف:**

I8S8A2 **وجود ندارد**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**راه اندازی سیستم MIS**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S9A2** | مناسب بودن فرايند تخصيص بودجه در دانشکده |
| نشانگرها | I1S9A2- وجود گزارشهاي ساليانه مبني بر هزينة بودجه در قالب برنامه هاي مدون (الزامي)  I2S9A2- وجودگزارشهاي ادواري از نحوه تحقق درآمدهاي اختصاصي به تفكيك واحدهاي گوناگون (الزامي)  I3S9A2- تخصيص بودجه به واحدهاي گوناگون بر اساس شاخصهاي معين (الزامي)  I4S9A2- اطلاع واحدهاي زير مجموعه مؤسسه از ميزان اعتبارات ساليانه (الزامی)  I5S9A2- وجود گزارشهاي عملكرد كليه واحدها به تفكيك از نحوه هزينه بودجه (الزامي)  I6S9A2- وجود برنامه هاي كوتاه مدت-ميان مدت و بلند مدت براي تأمين منابع مالي مؤسسه (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I2S9A2 **وجود دارد**

I3S9A2 و**جود دارد از طریق سیستم مالی**

I4S9A2 **وجود دارد از طریق سیستم**

I5S9A2 **وجود دارد**

I6S9A2 **درسیستم تعهدی وجود دارد ودفترهای مالی نیز ثبت می گردد**

**نقاط ضعف:**

I1S9A2

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

* انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**بودجه ها هردانشکده ای درابتدای سال مالی اعلام ودانشکده ها باتوجه به آن برنامه های خودرا طراحی نمایند**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**بودجه ی هردانشکده توسط وزارتخانه مشخص شود . این بودجه به اطلاع دانشکده ها رسانده شود ودانشگاه موظف گردد بودجه هردانشکده را درصورت داشتن برنامه دراختیار آن دانشکده قراردهد**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S10A2** | وجود سياست تفويض اختيار در مؤسسه |
| نشانگرها | I1S10A2- وجود مدارک مبني بر انجام تفويض اختيار به کليه رده هاي سازماني ممکن (ترجيحي)  I2S10A2- وجود برنامه مشخص براي تفويض اختيار در هر يک از حوزه هاي اداري مالي، پژوهشي، آموزشي، خدماتي (ترجيحي)  I3S10A2- وجود مدارک نشان دهنده ارزشيابي نتايج تفويض اختيارات (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S10A2 **ابلاغ ها وجود دارد**

I2S10A2 **وجود دارد**

**نقاط ضعف:**

I3S10A2 **وجود ندارد**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

* تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**برنامه شخصی برای تفویض اختیار درحوزه پژوهش وآموزش وجودندارد**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**آئین نامه مشخصی درحیطه هایی که رئیس دانشکده می تواند به بقیه همکاران تفویض اختیار نماید ،وجود ندارد**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S11A2** | آمادگي مؤسسه براي واگذاري وظايف به بخش غيردولتي و كاهش تصدي دولتي |
| نشانگرها | I1S11A2- وجود برنامه هاي مشخص براي کاهش تصدي دولتي درمؤسسه (ترجيحي)  I2S11A2- وجود کميته هاي تصميم گيري براي واگذاري وظايف به بخش غيردولتي (ترجيحي)  I3S11A2- وجود مدارک مبني بر واگذاري وظايف به بخش غيردولتي (ترجيحي) قراردادها  I4S11A2- وجود مدارک نشاندهنده ارزشيابي نتايج حاصل از واگذاري وظايف به بخش غيردولتي (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I2S11A2 **وجود دارد درسطح دانشگاه ملی گرفته می شود**

I3S11A2 **قراردادها**

**نقاط ضعف:**

I1S11A2 **وجود ندارد**

I4S11A2 **وجود ندارد**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

* تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**امکان واگذاری فعالیت های آموزشی به بخش خصوص وجودندارد ولی درحوزه خدمات بخشی ازفعالیت ها توسط بخش خصوصی انجام میشود**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود): --------**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):----------**
3. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S12A2** | رضايتمندي خدمت گيرندگان از دانشکده |
| نشانگرها | I1S12A2- وجود نظامي براي سنجش ميزان رضايتمندي کارکنان، اعضاي هيأت علمي، دانشجويان و مراجعان (الزامي)  I2S12A2- وجود گزارشهاي مستند در مورد بکارگيري نتايج نظرسنجي ها براي بهبود فرآيندها (الزامي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S12A2  **وجود دارد فرم های ارزشیابی ونظرخواهی از ارباب رجوع**

I2S12A2 **وجود دارد**

**نقاط ضعف:**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

* انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**نظرسنجی از دانشجویان وکارکنان واعضای هیئت علمی از عملکرد حوزه مدیریت دانشکده به صورت شفاهی انجام میشود ولی به صورت مکتوب وجود ندارد .**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود): ------**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):-------**
3. **تکمیل کننده فرم:**

**دکترعلیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پیراپزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه:مدیریت**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد: S13A2** | ميزان موفقيت مؤسسه در جهت جذب منابع غيردولتي (بنيادها، خيريه ها، افراد نيکوکار) |
| نشانگرها | I1S13A2- وجود دفتر يا واحد مشخص براي جذب کمکهاي مردمي (ترجيحي)  I2S13A2- روند رو به رشد نسبت بودجه جذب شده از منابع غيردولتي به بودجه عمومي مؤسسه در سال (ترجيحي)  I3S13A2- وجود برنامه براي جذب کمکهاي مردمي (ترجيحي) |

\*نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:------**

**نقاط ضعف:**

I1S13A2

I2S13A2 **درسطح دانشگاه وجود ندارد**

I3S13A2

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

* انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**برنامه جهت جذب کمک های مردمی دردانشگاه وجوددارد ولی دردانشکده ها هیچگونه برنامه شخصی وجود ندارد**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود): ------**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):-------**
3. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**رئیس دانشکده پیراپزشکی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**بسمه تعالی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S1A7** | برنامه ريزي، هدايت و نظارت بر فعاليتهاي پژوهشي |
| نشانگرها | I1S1A7- مشخص بودن معيارهاي انتخاب مديران پژوهشي و مراعات معيارها (معاون پژوهشي، مدير پژوهشي دانشکده، معاونان پژوهشي دانشکده ها و اعضاي شوراي پژوهشي) (الزامي)  I2S1A7- تشکيل منظم جلسات شوراي پژوهشي در دانشکده ها و دانشکده (الزامي)  I3S1A7- وجود برنامه کوتاه مدت و دراز مدت براي ارتقاء کيفيت پژوهشها در مؤسسه (الزامي)  I4S1A7- مشخص بودن ميزان و نحوه تفويض اختيارات به زير مجموعه هاي مرتبط (مراکز پژوهشي، دانشکده هاو گروهها ....) (الزامي)  I5S1A7- وجود فرايند مشخص نظارت و ارزشيابي اختيارات تفويض شده (ترجيحي)  I6S1A7- نسبت بودجه جذب شده براي فعاليتهاي پژوهشي به بودجه تخصيص يافته از سوي دانشکده (ترجيحي)  I7S1A7- مشخص بودن و انتشار اولويتهاي پژوهشي در مؤسسه (ترجيحي)  I8S1A7- وجود ضابطه مدون و مکتوب براي تخصيص منابع در جهت اولويتهاي پژوهشي (ترجيحي)  I9S1A7- مشخص بودن فرآيند حمايت از کارکنان غير هيئت علمي براي ارائه و اجراي طرحهاي پژوهشي (ترجيحي)  I10S1A7- مشخص بودن فرآيند حمايت از افراد غير دانشکدهي براي ارائه و اجراي طرحهاي پژوهشي مرتبط با اهداف مؤسسه (ترجيحي)  I11S1A7- مشخص بودن فرآيند بررسي فعاليتهاي پژوهشي از نظر سازگاري با معيارهاي اخلاقي (الزامي) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S1A7- مهم ترین معیار انتخاب مدیران پژوهش رزومه پژوهشی آنهاست.جهت انتخاب اعضای شورای پژوهش نکته بالا مطرح بوده علاوه براینکه این افراد از لحاظ آموزشی باید سرآمد و یا مدیرگروه آن رشته باشند. در مواردی نیز سعی شده است ،از اعضای هیئت علمی جوان جهت اندوخته های پژوهشی استفاده شود.

I2S1A7- با توجه به تعداد کم هیات علمی در دانشکده پیراپزشکی تعداد پروپوزال های تصویبی سالیانه بطور میانگین 1 پروپوزال میباشد که پس از داوری در جلسات شورای پژوهشی مطرح و مورد بررسی قرار می گیرند 0

I4S1A7- شورای سیاستگذاری دانشگاه ، بررسی و دفاع طرح ها و پروپوزال ها را به دانشکده ها تفیذ اختیار کرده است که از لحاظ بودجه ای سقف خاصی را پوشش می دهد بررسی طرح های بالاتر از این سقف بر عهده شورای پژوهش دانشگاه است.

I5S1A7- در دانشگاه صورت می پذیرد.

I8S1A7- بودجه تخصیصی برای پروپوزال ها ، طرح های مصوب در دانشکدها ، حدود بودجه ای مشخص و ضابطه مند هستند.

I9S1A7- شورای سیاستگذاری دانشگاه فرایندی تعریف کرده است که در این فرایند کارکنان غیر هیئت علمی نیز می توانند پروژه ها ی پژوهشی را تا سقف خاصی هدایت کنند.

I11S1A7- جهت انجام این مهم کلیه پروپوزال های مصوب شده در دانشکده جهت طرح و بررسی در کمیته اخلاق دانشگاه ارجاع می شود.کلیه طرح ها بایستی کد کمیته اخلاق را دریافت نمایند و پس از آن می توانند دفاع ارائه گزارش نهایی را انجام دهند.

**نقاط ضعف:**

I7S1A7- نقش گروههای آموزشی در این امر خیلی مهم می باشد.که تا حدودی انجام می شود ولی جای کار دارد.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□ انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□ تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□ انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت در مورد این استاندارد:**

برای دستیابی به استاندارد های تعریف شده ، از لحاظ ساختاری نیازمند ایجاد پایگاه کشوری در خصوص عناوین طرح های تحقیقاتی در سطح وزارتخانه که از دوباره کاری که تبعات آن هدر رفت وقت و منابع مالی می شود، جلوگیری شود.

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**

این موارد به صورت روتین در این دانشکده صورت می پذیرد و کلیه این مراحل با توجه به راه اندازی سامانه پژوهشی سمات قابلیت پیگیری را دارد.

1. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**-**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S2A7** | توجه به گسترش کمي و کيفي طرحهاي پژوهشي |
| نشانگرها | I1S2A7- مشخص و مکتوب بودن فرآيند بررسي و تصميم گيري در مورد طرحهاي پژوهشي (الزامي)  I2S2A7- مناسب بودن زمان انجام فرايند بررسي و تصميم گيري در مورد طرحهاي پژوهشي (حداکثر 3 ماه) (ترجيحي)  I3S2A7- مناسب بودن نحوه محاسبه و تخصيص و به هزينه گرفتن بودجه طرحهاي پژوهشي (ترجيحي)  I4S2A7- روند رو به رشد تصويب طرحهاي HSR (ترجيحي)  I5S2A7-روند رو به رشد تصويب طرحهاي پژوهش در آموزش (ترجيحي)  I6S2A7- روند رو به رشد تصويب طرحهاي بين دانشکده اي- بين دانشکدهي و بين دانشکده و صنعت و مراکز تحقيقاتي (ترجيحي)  I7S2A7- روند رو به رشد نسبت طرحهاي خاتمه يافته به کل طرحهاي پژوهشي در مقطع زماني معين (ترجيحي)  I8S2A7- وجود سيستم نظارت و پايش روند اجراي طرحهاي پژوهشي (الزامي)  I9S2A7- مکتوب بودن فرآیند و زمان بندی تصویب و پرداخت بودجه طرح های تحقیقاتی (ترجیحی) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از

برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I1S2A7- در این خصوص با راه اندازی سامانه سیستم مدیریت اطلاعات تحقیقاتی (سمات) کلیه عناوین پروپوزال پایان نامه دانشجویان و طرح های تحقیقاتی از طریق این سامانه دریافت و مواردی که نیاز به داوری دارد ، از طریق سامانه نظرات داوری دریافت می شود که مزایای فراوانی دارد پس از آن کلیه پروپوزال ها در شورای پژوهش دانشکده مطرح و موضوعاتی که تصویب می شوند جهت بررسی به دانشگاه ارسال می شود.

I2S2A7- با توجه به راه اندازی سامانه سیستم مدیریت اطلاعات تحقیقاتی (سمات) مدت زمان بررسی پروپوزال ها در دانشکده به خوبی کاهش یافته است . حداکثر زمان بررسی پروپوزال طرح تحقیقاتی در دانشکده یک ماه است .

I3S2A7- سقف هزینه های طرح های تحقیقاتی هر ساله در شورای سیاستگذاری دانشگاه مطرح و به تصویب می رسد .

I8S2A7- در این خصوص ،جهت طرح های پژوهشی از طرف پژوهش دانشگاه ناظر انتخاب می شود .

**نقاط ضعف:**

I4S2A7- نقش گروههای آموزشی در این امر خیلی مهم می باشد که می بایست به صورت منظم این عناوین را در اختیار پژوهش قرار دهند.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□ انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□ تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□ انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**در خصوص اولویت های پژوهشی گروه ها می توانند با برنامه ریزی دقیق تری که مطابق با رفع نیازها باشد ، این کار انجام دهند و در اختیار کلیه پژوهشگران قرار گرفته شود.**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**

**بر اساس ترم افزار سیستم پژوهشی سمات تمامی مراحل ثبت پروپوزال- زمان داوری و تشکیل جلسات شورای پژوهش واصلاحات تصویب پژوهش ثبت کامل می شود .**

1. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**در دانشکده پیراپزشکی طرح های HSR بدلیل عدم وجود هیات علمی مرتبط انجام نمی پذیرد.**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S4A7** | سامان يافتگي انتشار آثار علمي مؤسسه |
| نشانگرها | I1S4A7- مشخص بودن فرآيند کارشناسي و تصويب و حمايت از انتشار آثارعلمي توسط مؤسسه (الزامي)  I2S4A7- اطلاع رساني مناسب به عموم دانشکده يان در مورد فرآيند کارشناسي و انتشار آثار علمي (ترجيحي)  I3S4A7- رضايت مؤلفان و مترجمان از فرآيند کارشناسي، تصويب، و حمايت موسسه از انتشار آثار علمي (ترجيحي)  I4S4A7- روند رو به رشد تعداد و تنوع انتشارآثار علمي توسط موسسه (ترجيحي)  I5S4A7- روند رو به رشد انتشار کتابهايي که به صورت گروهي تاليف يا ترجمه شده اند ( توسط موسسه) (الزامي)  I6S4A7- متظم بودن انتشار مجلات علمي موسسه (الزامي)  I7S4A7- سرانه رو به رشد تعداد مقالات چاپ شده اعضاي هيات علمي، کارکنان و دانشجويان در مجلات معتبر علمي داخلي (الزامي)  I8S4A7- سرانه رو به رشد تعداد مقالات چاپ شده اعضاي هيات علمي، کارکنان و دانشجويان در مجلات معتبر علمي خارجي (الزامي)  I9S4A7- انتشار نتايج حد اقل 50% از طرحهاي پژوهشي مصوب به صورت مقاله در مجلات معتبر علمي داخل و خارج كشور (الزامي)  I10S4A7- ارائه نتايج حداقل 70% از طرحهاي پژوهشي مصوب به صورت مقاله در همايشهاي علمي داخل يا خارج از کشور (ترجيحي) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I10S4A7- این کار توسط اعضاء هیات علمی دانشکده جهت کسب ارتقاء سالیانه انجام می شود.

I9S4A7- هت ارتقاء سالیانه مقالات مستخرج از طرح ها بصورت مقاله ارائه می شود.

I8S4A7- با توجه به ذخیره نمرات پژوهشی این امر انجام شده است.

I7S4A7- با توجه به ذخیره نمرات پژوهشی این امر انجام شده است.

I3S4A7- حق التشویق به مقالات چاپ شده تعلق می گیرد.

I1S4A7- دستور العمل پژوهشی بابت حق التشویق وجود دارد.

کلیه این موارد در حوزه اختیارات معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه می باشد.

**نقاط ضعف:**

I6S4A7- مجلات دانشگاه طبق قرارداد منظم از طریق حمایت معاونت تحقیقات فن آوری دانشگاه چاپ می شود.

I5S4A7- مجلات دانشگاه طبق قرارداد منظم از طریق حمایت معاونت تحقیقات فن آوری دانشگاه چاپ می شود.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□ تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□ انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**حمایت از دریافت موافقت اصولی انتشار مجله**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **تمام اعضاء هیات علمی جهت ارتقاء سالیانه و کسب نمره پژوهشی لازم مقالات خود را بصورت مکتوب (مقالات داخلی، خارجی) ارائه می دهند**
3. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**انتشار کتابها توسط معاونت پژوهشی دانشگاه پیگیری می شود.**

**در دانشکده پیراپزشکی زاهدان مجله مستقلی وجود ندارد.**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

دکترعلیرضا نخعی

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S5A7** | سامان يافتگي نحوه برگزاري همايشها |
| نشانگرها | I1S5A7- مشخص بودن فرآيند تصويب، حمايت، و برگزاري همايشهاي درون دانشکدهي دانشکده ای- بين دانشکدهي داخلي و خارجي (الزامي)  I2S5A7- روند رو به رشد مشارکت انجمنهاي علمي و مؤسسات غيردولتي در برگزاري همايشهاي علمي (ترجيحي)  I3S5A7- روند رو به رشد تعداد و تنوع سمينارها و کنگره ها در سال (ترجيحي) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**نقاط ضعف:**

I2S5A7-

I3S5A7-

I1S5A7-

فرایند تصویب همایشها در حوزه اختیارات و تصمیم گیری معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه می باشد.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□ تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□ انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**همایش های علمی در دانشگاه توسط معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه مدیریت می شود.**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**سمینار و همایش ها توسط معاونت پژوهشی دانشگاه انجام میشود**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

دکتر علیرضا نخعی

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S6A7** | برنامه ريزي براي استفاده گسترده اعضاي هيأت علمي از فرصتهاي مطالعاتي و سفرهاي علمي |
| نشانگرها | I1S6A7- مشخص بودن فرآيند بررسي و تصميم گيري در مورد فرصتهاي مطالعاتي (الزامي)  I2S6A7- وجود سيستم براي ارائه خدمات مشاوره اي به اعضاي هيات علمي متقاضي فرصتهاي مطالعاتي (ترجيحي)  I3S6A7- وجود گزارشهاي مدون ارزشيابي از سفرهاي علمي که با حمايت دانشکده انجام شده (الزامي)  I4S6A7- مشخص بودن فرآيند بررسي و تصميم گيري در مورد سفرهاي علمي (شرکت در گردهمايهاي علمي خارج از کشور ....) (الزامي)  I5S6A7- روند رو به رشد نسبت اعضاء هيئت علمي که تسهيلات مسافرت علمي( اعم از فرصتهاي مطالعاتي و شرکت در همايشها) دريافت کرده اند به کل اعضاء در 5 سال گذشته (ترجيحي) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**نقاط ضعف:**

I3S6A7-

I5S6A7-

I4S6A7-

I2S6A7-

I1S6A7-

**تمام موارد توسط معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه مدیریت می شود.**

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□ تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□ انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**
2. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
3. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**فرم ها توسط عضو هیات علمی تکمیل شده و از طریق سامانه پژوهشی اقدام به ثبت نام کرده و توسط معاونت تحقیقات و فن آوری بررسی می شود.**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

دکتر علیرضا نخعی

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S8A7** | وجود مراكز تحقيقاتي سازمان يافته و كارآمد |
| نشانگرها | I1S8A7- مشخص بودن نحوه ارتباط مراکز تحقيقاتي (ارتباط تشکيلاتي، مالي، مديريتي و ...) با مؤسسه (دانشکده) (ترجيحي)  I2S8A7- مشخص بودن فرآيند مشارکت اعضاء هيئت علمي در فعاليتهاي پژوهشي مراکز (الزامي)  I3S8A7- روند رو به رشد نسبت مقالات انتشار يافته مراکز تحقيقاتي به کل مقالات منتشر شده از سوي دانشکده (در مجلات داخلي و خارجي) (ترجيحي)  I4S8A7- روند رو به رشد نسبت درآمد هاي پژوهشي مراکز تحقيقاتي (گرانتها) به کل اعتبارات مراکز (ترجيحي)  I5S8A7- هزينه شدن حداقل 50% از کل اعتبارات مراکز پژوهشي براي انجام طرحها و تامين تجهيزات پژوهشي (الزامي)  I6S8A7- روند رو به رشد نسبت تحقيقات مشترک (بين بخشي) به کل تحقيقات انجام شده در مراکز پژوهشي (ترجيحي) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**نقاط ضعف:**

I5S8A7-

I4S8A7-

I3S8A7-

I2S8A7-

I1S8A7-

1. **تمام موارد توسط معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه انجام می شود.**
2. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□ انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□ تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□ انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**وجود پروپوزال های سال گذشته**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
2. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
3. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

دکتر علیرضا نخعی

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S10A7** | مديريت مناسب پايان نامه هاي تحصيلات تكميلي |
| نشانگرها | I1S10A7- مشخص بودن فرآيند تصويب پايان نامه هاي تحصيلات تکميلي درسطح موسسه (الزامي)  I2S10A7- مشخص بودن فرآيند تخصيص بودجه به پايان نامه هاي تحصيلا ت تکميلي درسطح موسسه (الزامي)  I3S10A7- وجود سيستم پايش اجراي پايان نامه ها ي تحصيلات تکميلي در سطح دانشکده و دانشکده(دانشگاه) (الزامي)  I4S10A7- وجود سيستمي براي نظارت بر مراعات آيين نامه هاي دوره هاي تحصيلات تکميلي (کارشناسي ارشد و دکترا) در تصويب، پايش و ارزشيابي پايان نامه ها (ترجيحي) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

**نقاط ضعف:**

I3S10A7-

I2S10A7-

I4S10A7-

I1S10A7-

دانشجوی تحصیلات تکمیلی در دانشکده پیراپزشکی وجود ندارد.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**

□ انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

□ تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

* انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**

**تصویب رشته های کارشناسی ارشد و جذب هیات علمی مورد نیاز**

1. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**

**-**

1. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**

**جذب هیات علمی مورد نیاز**

1. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

دکتر علیرضا نخعی

**نتایج خودارزيابي دانشکده پزشکی**

**بر اساس استانداردهای اعتباربخشی موسسه ای**

**حوزه: پژوهشی**

1. **متن استاندارد و نشانگرهای آن:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **شماره استاندارد:**  **S11A7** | حمايت نظام يافته از فعاليت هاي پژوهشي دانشجويان |
| نشانگرها | I1S11A7- وجود سيستم مشخص براي هدايت و حمايت از پژوهشهاي دانشجويي (الزامي)  I2S11A7- روند رو به رشد تعداد مقالات علمي انتشار يافته توسط دانشجويان در 5 سال اخير (الزامي)  I3S11A7- روند رو به رشد نسبت تعداد طرحهاي خاتمه يافته دانشجويي به کل طرحهاي دانشجويي (ترجيحي)  I4S11A7- مشخص بودن فرآيند حمايت دانشکده از دانشجويان پژوهشگر براي ارائه مقالات علمي (در مجلات و همايشها) (الزامي)  I5S11A7- روند رو به رشد ميزان دوره هاي آموزشي مرتبط با پژوهش (روش تحقيق، مقاله نويسي و ...) براي دانشجويان (نفر – ساعت) در 5 سال گذشته (الزامي)  I6S11A7- مکتوب بودن و اعلام عمومی فرآیند و نحوه شناسایی و تشویق پژوهشگران برتر (ترجیحی) |

\* نشانگرهای ذیل هر استاندارد، به عنوان راهنمایی برای درک بهتر مفهوم و مصادیق استاندارد ارائه می شوند. دانشکده می­تواند حسب مورد از برخی از این نشانگرها به عنوان سنجه های خودارزیابی استفاده کند.

1. **توصیف و تحليل وضعيت موجود: (شامل نقاط قوت و ضعف، با ارجاع به نشانگرهای مرتبط حسب مورد)**

**نقاط قوت:**

I6S11A7- از طریق دستور العمل پژوهشگر برتر.

I5S11A7- دوره های آموزشی توسط کمیته تحقیقات دانشجویی برگزار می شود.

I1S11A7- کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده

این موارد توسط کمیته تحقیقات دانشجویی ومعاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه انجام می شود.

**نقاط ضعف:**

I2S11A7-

I3S11A7-

توسط معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه بررسی میشود.

1. **وضعيت موجود در مقايسه با استاندارد:**□ انطباق كامل دارد

□ انطباق نسبي دارد (بالای 50 درصد)

* تا حدودي انطباق دارد (کمتر از 50 درصد)

□ انطباق ندارد

1. **راهکارها یا برنامه دانشکده برای ارتقای وضعیت موجود در مورد این استاندارد:**
2. **منابع/ مستندات مورد استفاده برای تکمیل این فرم (لطفا یک نسخه از مستندات در صورت وجود، ضمیمه شود):**
3. **وجود کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکدهو تصویب پروپوزالهای دانشجویی در کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت پژوهشی و تشویق دانشجویان برتر در هفته پژوهشی**
4. **نقد به استاندارد (جهت ارایه بازخورد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):**
5. **تکمیل کننده فرم:**

**دکتر رامین سراوانی**

1. **امضای رییس دانشکده:**

**دکتر علیرضا نخعی**