طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور[1]

حانیه‌سادات سجادی[2]
محمدرضا ملکی[3]
محمد هادی[4]
حمیدرضا حسن‌زاده[5]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۰۳

چکیده

مطالعه حاضر با هدف طراحی و ارائه الگویی مناسب برای ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی در سه مرحله انجام شد. در مرحله اول تلاش شد ضمن مروری بر تجارب سایر کشورها در خصوص الگوها، ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه، الگوها، ابعاد و نشانگرهای کنونی و پیشنهادی ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تعیین شود. مرحله دوم مطالعه به گروه‌بندی و رتبه‌بندی ابعاد و نشانگرهای پیشنهادی ارزیابی با استفاده از روش انگاره‌نگاری مفهومی اختصاص داشت. در مرحله سوم مطالعه، توافق‌نظر خبرگان در خصوص نام‌گذاری و اهمیت هر یک از ابعاد و نشانگرهای پیشنهادی و نیز بخش‌های مختلف الگوی اولیه تعیین گردید. در نهایت نیز الگوی معتبری طراحی شد که از آن می‌توان جهت تولید ابزاری مناسب برای ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه-های علوم پزشکی کشور استفاده نمود.

---

[1] . این مقاله حاصل پایان‌نامه تحت عنوان طراحی الگوی ارزیابی عملکرد هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در مقطع دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشت درمانی در سال ۱۳۹۲ و کد ۱۳۹۰/۶۲۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران اجرا شده است.

[2] . استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان h_sajadi@mail.mui.ac.ir
[3] . دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران maleki@mohme.gov.ir
[4] . دکترای پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان hadi@mui.ac.ir
[5] . استادیار دانشگاه تهران drhassanzadeh@gmail.com

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

واژگان کلیدی:
ارزیابی، هیأت امنا، دانشگاه علوم پزشکی، نشانگر، انگاره‌نگاری مفهومی

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

مقدمه

در کشور ما، دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی بخشی از نظام آموزش عالی کشور را تشکیل می‌دهند که علاوه بر ارائه خدمات سلامت به جامعه، در زمینه ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی نیز فعالیت دارند. (۱). ابعاد گسترده عملکرد این دانشگاه‌ها که دربردارنده ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی می‌باشد، آن‌ها را در گروه سازمان‌های با ساختار بسیار پیچیده قرار داده است (۲). موفقیت عملکردی چنین ساختارهای پیچیده‌ای، در درجه اول مستلزم استفاده از مناسب‌ترین شیوه مدیریت در راستای دستیابی کارا و اثربخش به اهداف تعیین‌شده می‌باشد. منابع یکی از بهترین شیوه‌های مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی را، با توجه به تغییر روشی که دانشگاه‌ها در برنامه‌ریزی، رهبری و تأمین منابع مالی خود اعمال کردند (۳)، اداره کردن آن به صورت هیأت امنایی می‌دانند. به‌علاوه اداره کردن دانشگاه‌ها به صورت هیأت امنایی، با توجه به نتایج تحقیقات و مطالعات که نشان می‌دهد کارآمدترین دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی عالی مراکزی هستند که از نظر علمی و مدیریتی استقلال اداری مالی دارند، مناسب‌ترین روش برای اداره مستقل و خودگردان دانشگاه‌ها قلمداد می‌شود (٤).

پیشینه تشکیل هیأت امنا در برخی دانشگاه‌های دنیا سابقه‌ای چند صدساله دارد. اما از زمان تشکیل هیأت امنای دانشگاه‌ها در ایران مدت زیادی نمی‌گذرد. در کشور ما اولین بار در سال ۱۳۳۹، دانشگاه شهید بهشتی فعلی، ضمن تشکیل هیأت امنا، آن را به عنوان رکن اول دانشگاه به رسمیت شناخت (۵). بعدها دانشگاه‌های دیگر به‌تدریج نظام هیأت امنا را برای اداره خود برگزیدند و سرانجام با تصویب قانون تشکیل هیأت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی در سال ۱۳٦۷، مقرر گردید هر یک از وزارت‌خانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و مؤسسات پژوهشی وابسته به خود هیأت امنایی تشکیل دهند (٦). در این قانون وظایف و کارکردهای چهارده‌گانه‌ای برعهده هیأت امناها گذاشته شده بود که در مقایسه با اختیارات هیأت‌های امنا در دانشگاه‌های معتبر جهان گستردگی کمتری داشت (۵). این کارکردها و اختیاراتِ محدود سرانجام با تصویب ماده ٤۹ قانون برنامه چهارم (۷) و ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور (۷) دستخوش تحولی بزرگ شد؛ به نحوی‌که

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

اداره دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی صرفاً براساس آیین‌نامه‌ها و مقررات اداری، مالی، استخدامی و تشکیلاتی خاص مصوب هیأت امنا قرار گرفت.

براساس آنچه گذشت و به استناد آیین‌نامه جامع مدیریت دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی عالی، پژوهشی و فناوری، در حال حاضر، عالی‌ترین رکن دانشگاه‌های علوم پزشکی، هیأت امناها می‌باشند (۸) که مسؤولیت‌های مهم و حساس صیانت از استقلال دانشگاه، حمایت از آزادی‌های علمی، تضمین اثربخشی، کارایی و اطمینان از اداره بهینه دانشگاه را برعهده دارند.

نقش مهم هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی و تأثیری که نحوه عملکرد آن می‌تواند بر عملکرد دانشگاه برجای گذارد (۹)، مبین آن است که ارزیابی هیأت امنای این دانشگاه‌ها، یکی از فعالیت‌های اصلی است و باوجود به دشواری‌ها و پیچیدگی‌هایی که انجام آن دارد، بایستی با توجه به منافع و مزایای آن (۱۰، ۱۱) و به منظور آگاهی از قوت‌ها و ضعف‌های عملکردی و ارائه راهکارهای عملی جهت بهبود فعالیت هیأت امنا و در نتیجه ارتقا عملکرد دانشگاه انجام پذیرد (۱۲). این در حالی است که بررسی‌های اولیه نشان داد گرچه در خصوص ارزیابی عملکرد دانشگاه‌ها و زیرمجموعه‌های مختلف آن پژوهش‌های بسیاری، در داخل کشور انجام شده، ولی موضوع ارزیابی هیأت امنا که رکن اصلی تصمیم‌گیری و سیاستگذاری در دانشگاه‌هاست، چندان موردتوجه پژوهشگران نبوده است. در بررسی متون خارج از کشور نیز، مطالعات محدودی مرتبط با موضوع ارزیابی شکل‌های مختلف هیأت‌های اداره‌کننده، در کل و در حالت اختصاصی در بخش سلامت، به‌دست آمد (۹، ۱۳-۱۵).

در بررسی این متون مشخص شد پژوهشگران الگوهای ارزیابی خود را بیش‌تر براساس ابعاد و نشانگرهای ارزیابی، ارائه و طراحی کرده‌اند. در این الگوها هم مشاهده شد برخی از پژوهشگران با این دلیل که در ارزیابی هیأت امنا، عملکرد تک‌تک اعضا دخیل است، ابعاد و نشانگرهای ارزیابی الگوهای پیشنهادی خود را متمرکز بر سنجش وضعیت دانش، تجربه، مهارت و شایستگی‌های اعضا قرار داده‌اند (۱٦-۱۹). گروهی دیگر از محققین در مطالعات خود با این ادعا که هیأت امنا در حقیقت یکی از انواع تیم‌های سازمانی است، بر ارزیابی هیأت امنا به‌صورت یک مجموعه تأکید داشته و ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا را در حوزه‌های ساختاری و فرایندی هیأت امنا تعریف کرده‌اند (۹، ۱۰، ۱۲، ۲۰). در بخش دیگری از مطالعات، با بیان اینکه عملکرد موفق هیأت امنا به نحوه عملکرد رئیس یا مدیر آن وابسته است، در ارزیابی هیأت امنا، نشانگرهایی برای ارزیابی عملکرد رئیس (یا مدیر) آن در نظر

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

گرفته شده است (۱۳، ۲۱). در نهایت نیز در بعضی از مطالعات با توجه به اهمیت دستیابی به اهداف تعیین‌شده و موفقیت در انجام مسؤولیت‌های محوله، نتایج عملکردی هیأت امنا مبنای تدوین ابعاد و نشانگرهای ارزیابی قرار گرفته است (۱۰، ۱۴، ۲۲-۲۴).

با توجه به اهمیت ارزیابی هیأت امنا (۲۵-۲۷) و بررسی متون که حکایت از آن داشت تاکنون مطالعات محدودی با هدف ارائه مدلی جامع از بخش‌های مختلف فرایند ارزیابی هیأت امنا انجام شده است (۲۸، ۲۹) و همچنین مصاحبه‌های غیررسمی با کارشناسان حوزه مشاوره وزیر و دبیرخانه مجامع و هیأت‌های امنای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که نیاز به طراحی چنین الگویی را روشن ساخت، این مطالعه در پاسخ به این نیاز طراحی و اجرا گردید. انتظار می‌رود الگوی ارائه شده بتواند در مطالعات بعدی، مبنای طراحی ابزاری مناسب جهت تعیین وضعیت عملکرد هیأت امناها و شناخت قوت‌ها و ضعف‌ها را فراهم آورد و علاوه بر دستیابی به تصویری جامع از عملکرد هیأت امنای هر دانشگاه، بتوان عملکرد هیأت امنای دانشگاه‌ها را مقایسه کرد. همچنین پیش‌بینی می‌شود الگوی ارائه شده بتواند برای ارزیابی هیأت امنا یا اشکال دیگر هیأت‌های اداره‌کننده در سازمان‌های دیگر کاربرد داشته باشد.

پیشینه تحقیق

هیأت امنا: ویژگی‌ها، انواع و مسؤولیت‌های آن

هیأت‌های سازمانی مختلفی در ساختار راهبری هر سازمان مشاهده می‌شود که هر یک، از وظایف و جایگاه مشخصی برخوردارند. مهم‌ترین این هیأت‌ها، هیأت اداره‌کننده[۱] سازمان است که مسؤولیت اصلی و قانونی راهبری و اداره امور آن سازمان را برعهده دارد. هیأت اداره‌کننده در رأس ساختار راهبری سازمان قرار دارد و بسته به نوع سازمان با عناوین مختلفی مانند هیأت شرکتی[۲]، هیأت مدیره[۳]، هیأت امنا[۴]، هیأت نمایندگان[۵]، هیأت اداره‌کنندگان[۶] و شورای اداره‌کننده[۷] نام‌گذاری می‌شود. معمولاً بیش‌تر سازمان‌های تولیدی و شراکتی خصوصی و

۱- Governing Board
۱- Corporate Board
۲- Board of Directors
۳- Board of Trustees
۴- Board of Regents
۵- Board of Governors
۶- Governing Council

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

سازمان‌های غیرانتفاعی برای نام‌گذاری هیأت اداره‌کننده خود، از واژه هیأت مدیره و هیأت شرکتی استفاده می‌کنند. درحالی‌که در اکثر نهادهای آموزشی، فرهنگی و پزشکی، واژه هیأت امنا کاربرد بیشتری برای نام‌گذاری هیأت اداره‌کننده آن دارد (۳۰، ۳۱). نوع دیگری از هیأت-های سازمانی، هیأت مشورتی[۱] نامیده می‌شود. کارکرد اصلی این هیأت، مشورت دادن به سازمان است و هیچ نوع دخالتی در راهبری سازمان برای این نوع هیأت متصور نمی‌شود. از نظر جایگاه سازمانی، هیأت مشورتی در هر قسمت از ساختار راهبری سازمان می‌تواند قرار بگیرد. در کنار این دو نوع هیأت، هیأت دیگری به نام هیأت اجرایی[۲] در ساختار راهبری سازمان دیده می‌شود. هیأت اجرایی گرچه اختیارات تعریف‌شده و مشخصی را برای اداره برخی از امور سازمان، توسط زیردستان خود را دارد، ولی از نظر سازمانی در سطح بالای ساختار راهبری قرار نمی‌گیرد (۳۱). بر اساس آنچه گذشت اهم ویژگی‌های هیأت امنا، به‌عنوان یک هیأت اداره‌کننده، در دو ویژگی منحصربه‌فرد برخورداری آن از اختیارات تام قانونی و قرار گرفتن در بالاترین سطح ساختار راهبری سازمانی خلاصه می‌شود.

معمولاً هر هیأت امنا مسؤولیت‌های تعریف‌شده و قانونی دارد که با توجه به نوع سازمان و نیز شرایط هر کشور، متنوع می‌باشد. با وجود این تفاوت‌ها، تحلیل دقیق‌تر این مسؤولیت‌ها، وجه تشابه آن‌ها را در موارد زیر نشان می‌دهد:

۱. تعیین، حمایت و ارزیابی مدیر اجرایی سازمان
۲. تدوین رسالت و اهداف سازمانی
۳. تصویب برنامه‌های سازمان جهت کسب اطمینان از دستیابی به رسالت با توجه به منابع موجود
٤. اطمینان از ثبات مدیریت و منابع سازمانی
۵. تدوین استانداردهایی که از طریق آن [۳]بتوان عملکرد سازمان را ارزیابی کرد (۳۱).

جایگاه و نقش هیأت امنا در دانشگاه

نقش مهم دانشگاه در تولید و توسعه علم و دانش و تربیت نیروهای انسانی متعهد و متخصص، راهبری را طلب می‌نماید که در پرتو آن بتوان ضمن درک ویژگی‌های اداره کردن

۱- Advisory Board
۲- Line/executive Board

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

محیط‌های علمی و تفاوت‌های آن با دیگر محیط‌ها، دانشگاه را در مسیر دستیابی به اهدافش یاری رساند. در حال حاضر یکی از راه‌های اعمال چنین راهبری، تشکیل نهادی با نام هیأت امنا است. هیأت امنا در دانشگاه مشتمل بر جمعی از افراد سرشناس، مؤثر و مورد وثوق می‌باشد که امین حکومت بوده و به نیابت از آن، اداره امور دانشگاه را برعهده دارد (۳۲). این هیأت به‌عنوان رکن اصلی دانشگاه، نقش فعال و سازنده‌ای در راهبری دانشگاه دارد و می‌تواند فارغ از قوانین و مقررات عام و براساس نیازها و ویژگی‌های دانشگاه تصمیم‌های لازم را اتخاذ نماید (۳۳). توفیق این نهادها در پیشبرد اهداف دانشگاه موجب شده در اغلب دانشگاه‌های معتبر اروپا و آمریکا، مانند بولونیا، لیدن، ادینبورگ و هاروارد، برای اداره دانشگاه‌ها از هیأت امنا استفاده شود (۳٤). شیوه گزینش اعضا در انواع مختلف دانشگاه متفاوت است. در حالیکه شیوه هیأت امنای قائم‌بالذات بیش‌تر در دانشگاه‌های خصوصی کاربرد دارد، در دانشگاه‌های نوع دولتی شیوه انتصابی و تلفیقی بیش‌تر رواج دارد. براین اساس در این‌گونه دانشگاه‌ها اعضای هیأت امنا معمولاً از میان رجل سیاسی، کارگزاران عالی‌رتبه مجلس یا ایالت، نمایندگان مردم و اعضای هیأت علمی انتخاب می‌شوند (۳۲). وظایف و مسؤولیت‌های هیأت امناهای دانشگاه‌های مختلف نیز متنوع و در پاسخگویی به نیازهای خاص همان دانشگاه تعیین شده است (۳۵).

چارچوب مفهومی ارزیابی هیأت امنا

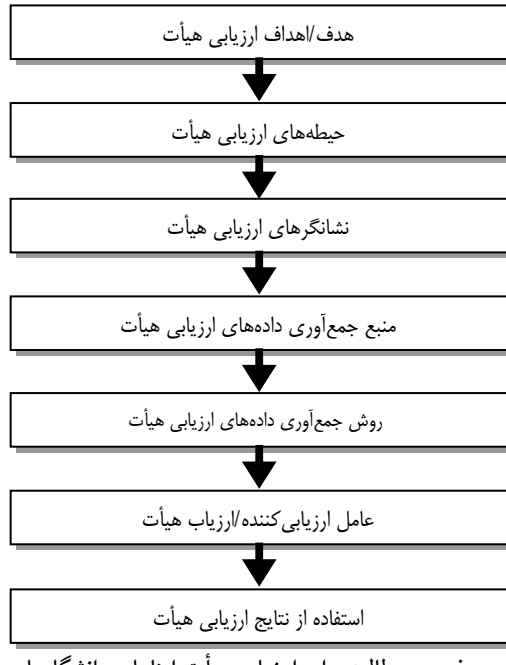
با توجه به مطالعات انجام شده در خصوص ارزیابی هیأت امنا (۳٦، ۳۷)، به نظر می‌رسد جامع‌ترین چارچوب کنونی دردسترس برای ارزیابی هیأت امنا، چارچوب کیل و نیچلسون باشد. این چارچوب قابلیت استفاده برای ارزیابی انواع مختلف هیأت‌های اداره‌کننده مانند هیأت مدیره و هیأت امنا را در سازمان‌های مختلف تولیدی و خدماتی در بخش دولتی، غیردولتی و ... دارا بوده و می‌تواند زمینه‌ی انجام یک ارزیابی کامل و کاربردی را هم در سطح فردی و هم کل هیأت فراهم آورد (۲٦). چارچوب کیل و نیچلسون دارای ۷ بخش می‌باشد و در هر بخش آن تلاش شده به یکی از سؤالات کلیدی فرایند ارزیابی پاسخ داده شود. هفت بخش تشکیل‌دهنده چارچوب کیل و نیچلسون عبارتند از:

۱. هدف/اهداف ما [از ارزیابی هیأت] چیست؟
۲. چه حیطه‌ها/موضوعاتی از [هیأت] ارزیابی خواهند شد؟
۳. چه چیزهایی [نشانگرهایی از هیأت] ارزیابی خواهد شد؟

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

٤. از چه کسی [درخصوص هیأت] سؤال خواهد شد؟
٥. چه روش‌هایی برای ارزیابی [هیأت] استفاده خواهد شد؟
٦. چه کسی ارزیابی [هیأت] را انجام خواهد داد؟
۷. از نتایج [ارزیابی هیأت] چه استفاده‌ای خواهد شد؟

علاوه بر هفت بخش مذکور، کیل و نیچلسون معتقدند در طراحی الگوی ارزیابی هیأت، پاسخ به این سؤال که هیأت هر چند وقت یکبار باید ارزیابی شود، نیز مهم است. همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، ویژگی انعطاف‌پذیری چارچوب کیل و نیچلسون که قابلیت کاربری آن‌را در سازمان‌های مختلف موجب می‌شود و نیز جامعیت آن در مقابل دیگر چارچوب‌های ارائه شده برای ارزیابی هیأت (۳۸)، مهم‌ترین دلایلی بود که انتخاب این چارچوب را به‌عنوان چارچوب مفهومی مطالعه، جهت ارائه و طراحی الگوی ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی سبب شد. بدین ترتیب چارچوب مفهومی مطالعه با اندکی تغییر در نام‌گذاری بخش‌های مختلف چارچوب پیشگفت به صورتی که در شکل ۱ نشان داده شده است، برگزیده و راهنمای مراحل بعدی مطالعه شد.



شکل ۱: چارچوب مفهومی مطالعه برای ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

تحلیل مطالعات و شواهد مرتبط

در این مطالعه جستجو، بازیابی و تحلیل شواهد و مطالعات مرتبط با موضوع ارزیابی دانشگاه-ها و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی از طریق اجرای یک جستجوی جامع و سیستماتیک انجام شد. جزئیات بیش‌تر در مورد این جستجو در ادامه بیان شده است.

تعداد مطالعات: پس از حذف موارد تکراری، اجرای جستجوی ساختارمند منجر به شناسایی ۵۷۱۴ مطالعه (۵۵۶۴ انگلیسی و ۱۵۰ فارسی) مرتبط شد. در مرحله اول، بررسی عنوان و چکیده، ۵۵۹۲ مطالعه (۵۴۴۸ انگلیسی و ۱۴۴ فارسی) به‌دلیل عدم ارتباط موضوعی حذف شد. در مرحله بعدی، متن کامل موارد باقیمانده (۱۲۲ مطالعه) پس از تهیه، مطالعه و بررسی شد. در این مرحله از بین مطالعات ۹۳ مطالعه (۹۱ انگلیسی و ۲ فارسی) به‌دلیل عدم هم‌خوانی با معیارهای ورود مطالعه حذف گردید. ۳ مطالعه نیز به دلیل عدم دسترسی به متن کامل آن‌ها، باوجود سه بار پیگیری در فواصل زمانی دو هفته، خارج شد. در نهایت، ۲۶ مطالعه به‌عنوان شواهد پژوهشی مرتبط وارد مرور شدند که همگی از دسته مطالعات اولیه بودند.

زبان، زمان و مکان مطالعات: ۲۳ مطالعه (۹ مورد مربوط به بخش سلامت و ۱۴ مورد مربوط به بخش آموزش عالی) به زبان انگلیسی (۲۴، ۳۶، ۳۹–۵۹) و مابقی به زبان فارسی منتشر شده بودند (۵، ۶۰، ۶۱). از نظر زمان انجام مطالعات، بیش‌تر مطالعات مربوط به بخش سلامت در نیمه دوم دهه ۲۰۰۰ میلادی طراحی و اجرا شده بود، درحالی‌که علاقه به انجام مطالعات در حوزه ارزیابی هیأت امنای بخش آموزش عالی قدمت بیش‌تری داشت. آغاز این گروه از مطالعات به اوائل دهه ۱۹۷۰ برمی‌گشت و روند انجام آن بعد از سال ۲۰۰۰ بیش‌تر شده بود. مکان انجام بیش‌تر مطالعات انگلیسی‌زبان، در هر دو گروه بخش سلامت و آموزش عالی، کشور امریکا بود (۲۴، ۳۶، ۳۹–۴۹، ۵۲، ۵۳، ۵۵–۵۷). معدودی از مطالعات در کشورهای کانادا (۵۰)، انگلیس (۵۱، ۵۸)، استرالیا (۵۴) و ایران (۵۹) انجام شده بود. مکان اجرای مقالات فارسی‌زبان کشور ایران بود (۵، ۶۰، ۶۱).

هدف مطالعات: در مطالعات بخش سلامت، هدف سه مطالعه طراحی و ارائه الگوی ارزیابی هیأت امنا بود (۲۴، ۵۳، ۵۴). هدف دو مطالعه بر شناسایی و تعیین نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا تمرکز داشت (۵۲، ۵۶). بقیه مطالعات این گروه در کنار هدف شناسایی نشانگرها، ارزیابی هیأت امنای موردمطالعه را نیز انجام دادند (۵۱، ۵۵، ۵۷، ۵۸). در مطالعات بخش آموزش عالی، هدف یک مطالعه طراحی و ارائه برنامه ارزیابی هیأت امنا (۴۳) و سه مطالعه شناسایی و

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

تعیین نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا (۳٦، ٤٥، ٤۹) بود. پنج مطالعه نیز با هدف انجام ارزیابی هیأت امنا (٤۰، ٤۱، ٤٤، ٤۷، ٤۸) و مابقی (هفت مطالعه) با هر دو هدف شناسایی و انجام ارزیابی هیأت امنا اجرا شده بودند (۵، ۳۹، ٤۲، ٤٦، ۵۰، ٦۰، ٦۱). مطالعه‌ای که محیط انجام آن دو بخش سلامت و آموزش عالی بود، دو هدف شناسایی نشانگرها و در کنار آن ارزیابی هیأت امنا را شامل می‌شد (۵۹).

محیط مطالعات: مطالعات وارد شده به مرور، در محیط‌های مختلفی انجام شده بود که می‌توان با توجه به هدف مرور، این مطالعات را در دو گروه مطالعات مربوط به بخش سلامت و بخش آموزش عالی تقسیم‌بندی نمود. براین اساس از مجموع ۲٦ مطالعه وارده به مرور، محیط مورد مطالعه در ۹ مورد بخش سلامت (۲٤، ۵۱–۵۸) و در ۱٦ مورد بخش آموزش عالی (۵، ۳٦، ۳۹–۵۰، ٦۰، ٦۱) بوده است. محیط منتخب در یک مطالعه نیز ترکیبی از دو محیط سلامت و آموزش عالی بود (۵۹).

روش‌شناسی مطالعات: روش پژوهش مورداستفاده در بیش‌تر مطالعات (در دو گروه مطالعات بخش سلامت و آموزش عالی)، روش کمی بود. روش کیفی در نه مطالعه مورداستفاده قرار گرفته بود (سه مطالعه بخش سلامت (۵۱، ۵٦، ۵۷) و شش مطالعه بخش آموزش عالی (۵، ۳٦، ٤۳–٤۵، ٤۹)). محدودی از مطالعات به روش ترکیبی کیفی و کمی طراحی و اجرا شده بود (دو مطالعه بخش سلامت (۵۳، ۵۸) و چهار مطالعه بخش آموزش عالی (٤۲، ٤۷، ٤۸، ٦۱)). مطالعه موردی، موردی چندگانه، تکنیک دلفی، گراندد تئوری و تحلیل محتوا روش‌های عمده منتخب برای انجام مطالعات کیفی بود. تمامی پژوهش‌هایی کمی نیز از روش پیمایش استفاده کرده بودند. ابزار مورداستفاده در بیش‌تر پژوهش‌ها پرسشنامه بود. مصاحبه، بررسی اسناد و مدارک، مشاهده و بحث گروهی متمرکز از دیگر روش‌هایی بود که برای جمع‌آوری داده‌ها به‌کار گرفته شده بودند.

ارزیابی کیفی مطالعات: با توجه به نتایج ارزیابی کیفی مطالعات بخش سلامت، کیفیت یک مطالعه قوی (۵٦)، چهار مطالعه متوسط (۵۳، ۵۵، ۵۷، ۵۸) و چهار مطالعه ضعیف (۲٤، ۵۱، ۵۲، ۵٤) بود. مطالعه‌ی قوی این گروه با هدف شناسایی نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا به روش کیفی از طریق مصاحبه انجام شده بود. در مطالعات بخش آموزش عالی کیفیت یازده مطالعه قوی (۳٦، ۳۹–٤۱، ٤٤–٤۸، ۵۰، ٦۱)، چهار متوسط (۵، ٤۲، ٤۳، ٦۰) و تنها یک مطالعه (٤۹) ضعیف ارزیابی گردید. کیفیت مطالعه‌ای که در محیط مشترک سلامت و آموزش عالی

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

بود، متوسط ارزیابی شد (۵۹). از کیفیت مطالعات در انتخاب نهایی بخش‌های مختلف الگو، ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا به این شکل استفاده شد که ذکر بخش، بعد یا نشانگر توسط حداقل یک مطالعه قوی یا متوسط، شرط ورود آن بعد یا نشانگر بود.

مرور و تحلیل نتایج مطالعات انجام شده نشان داد در راستای تکمیل دانش موجود در زمینه ارزیابی هیأت امنای دانشگاه، طراحی و انجام مطالعه‌ای با ویژگی‌های زیر می‌تواند مؤثر باشد:

- ارائه الگوی جامع ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی دربردارنده فهرست کاملی از ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا
- بهره‌گیری روش‌های کمی و کیفی پژوهش
- استفاده از نظرات کلیه ذینفعان سه سطح فرادست، همکار و فرودست فرایند ارزیابی در طراحی الگو

اهداف تحقیق

با در نظر داشتن ضرورت تدوین الگوی جامع ارزیابی هیأت امنا، این مطالعه در راستای دستیابی به اهداف زیر اجرا شد:

- شناسایی الگوهای موجود ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- شناسایی تجارب سایر کشورها در خصوص الگوهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌ها
- شناسایی الگوی پیشنهادی ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از دیدگاه ذینفعان
- تعیین میزان اهمیت ابعاد و نشانگرهای پیشنهادی ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- اعتباریابی الگوی اولیه ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

روش تحقیق

در این مطالعه که از نظر منطق اجرا، پژوهشی استقرایی، از بُعد نتایج پژوهش، پژوهشی کاربردی و از لحاظ هدف، مطالعه‌ای اکتشافی بود، از رویکرد ترکیبی کیفی و کمی استفاده شد. همچنین در بخشی از مطالعه، به‌منظور گروه‌بندی و رتبه‌بندی ابعاد و نشانگرهای ارزیابی از روش انگاره‌نگاری مفهومی تلفیقی استفاده گردید. در این روش که نوعی مفهوم‌سازی ساختاریافته است، با بهره‌گیری از نظرات و عقاید گروه‌های مختلف ذینفعان، روشی نظام‌مند

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

برای سازماندهی ایده‌های گروه یا سازمان ارائه می‌شود و با ترکیب مناسبی از روش‌های کیفی و کمی، چارچوب‌ها، مدل‌های مفهومی و ابزارها، به‌ویژه در زمینه‌های برنامه‌ریزی و ارزیابی، طراحی و ارائه می‌گردد (٦۲). مراحل انجام پژوهش مشتمل بر سه مرحله به شرح زیر بود:

۱- مرحله اول به روش کیفی و در راستای شناسایی الگوهای رایج ارزیابی هیأت امنای دانشگاه و نظرات ذینفعان انجام گرفت. در گام اول این مرحله با انجام یک مرور جامع شواهد، تجارب سایر کشورها در خصوص الگوهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه بررسی شد. دامنه مرور، مطالعاتی با موضوع ارزیابی هیأت امنای سازمان‌های بخش سلامت و آموزش عالی/دانشگاه را که به دو زبان دربرداشت. براین اساس تنها مطالعات اولیه/تجربی که در محیط‌های مختلف بخش‌های سلامت و آموزش عالی طراحی و انجام شده بودند، و به دو زبان انگلیسی و فارسی تا پایان سال ۲۰۱۱ منتشر شده بودند، به مرور وارد شدند. به‌منظور اطمینان از بیش‌ترین بازیابی مطالعات واجد شرایط، از یک راهبرد جستجوی جامع استفاده شد. جستجو در فاصله زمانی آذر و دی ماه ۱۳۹۰ انجام و در مرداد ماه ۱۳۹۱ به‌روز شد. جهت سهولت در مدیریت منابع بازیابی شده، نرم‌افزار Endnote ویرایش ۱٦ مورد استفاده قرار گرفت. پس از جمع‌آوری تمام مطالعات مرتبط، گزینش مطالعات در دو مرحله انجام گرفت. انتخاب اولیه بر مبنای عناوین و در صورت دسترسی براساس چکیده‌ها انجام شد. در مرحله دوم اصل مطالعاتی که با معیارهای ورود هم‌خوانی داشت و یا مواردی که نتوانستیم تصمیم قطعی را بر اساس عنوان و چکیده آن‌ها اتخاذ کنیم، ارزیابی شدند. با توجه به نامتجانس بودن مطالعات وارده به مرور و عدم امکان استفاده از روش فراتحلیل، برای ترکیب و تحلیل داده‌ها، رویکرد داستان‌وار (نقل‌قولی) به‌کار گرفته شد. در گام دوم، با انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، وضعیت موجود الگوهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های موردمطالعه، تعیین گردید. همه‌ی ذینفعان فرایند ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور جامعه موردمطالعه را در این قسمت تشکیل دادند. این ذینفعان با توجه به اصل مشارکت ذینفعان در تدوین الگوی ارزیابی و نیز با درنظر داشتن روش‌های متداول ارزیابی (ارزیابی ۳٦۰ درجه توسط فرادستان، همکاران و زیردستان)، در سه سطح فرادست، همکار و زیردست تعیین شدند. معیار اصلی ورود مشارکت‌کنندگان، برخورداری از سابقه انجام کار در حوزه هیأت امناهای دانشگاه‌ها (حداقل یک سال) و اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه بود. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و گلوله برفی انجام شد. حجم واقعی نمونه

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

برای انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ۳۷ نفر بود. میانگین سابقه کاری این نمونه ۲۳ سال (کم‌ترین ۲/۵ و بیش‌ترین ٤٥ سال) و میانگین مدت زمان تعامل آن‌ها با نهاد هیأت امنا ١٤ سال (کم‌ترین ۲ و بیش‌ترین ۳۰ سال) بود. مصاحبه‌های انجام شده در این مرحله به صورت غیررسمی و با پرهیز از هرگونه نظر درباره درست یا غلط بودن پاسخ‌ها توسط یک نفر (ح.س.س) انجام شد. سه مورد از مصاحبه‌ها تلفنی و مابقی حضوری بود. زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان و هماهنگی‌های قبلی با آنان، تعیین گردید. مکان انجام همه مصاحبه‌ها دفاتر کاری مشارکت‌کنندگان بود. بعد از هماهنگی اولیه، فرم مطلع‌سازی مشارکت‌کنندگان با مراجعه حضوری، دورنما و یا پست الکترونیکی در اختیار افراد قرار گرفت. مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان توسط یک دستگاه MP3 ضبط شد. در انتهای مصاحبه، نحوه تماس با مشارکت‌کننده مشخص گردید تا در صورت نیاز امکان برقراری ارتباط‌های بعدی نیز فراهم گردد. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها از ۱۱ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود (میانگین مدت زمان مصاحبه: ٤٠ دقیقه). پس از پایان هر مصاحبه و گوش دادن به متن مصاحبه، عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌ی ضبط شده انجام و مصاحبه کلمه به کلمه برگردان گردید. روند انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت و در صورت نیاز، مصاحبه‌های تکمیلی نیز انجام گرفت. روش تحلیل چارچوبی روش تحلیل داده‌های مصاحبه بود. به منظور سهولت تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار Atlas Ti که قابلیت حمایت از متون فارسی را داراست، مورد استفاده قرار گرفت. علاوه بر مصاحبه، در راستای افزایش قابلیت اعتماد و اعتبار مطالعه، از روش یادداشت‌برداری، مشاهده و استفاده از اسناد، مدارک و گزارش‌های موجود نیز استفاده گردید. در پایان مرحله نخست مطالعه، فهرست جامعی از بخش‌های مختلف الگوی ارزیابی هیأت امنا همراه با ابعاد و نشانگرهای پیشنهادشده برای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌ها از دیدگاه ذینفعان تهیه شد.

۲- مرحله دوم مطالعه به روش کمی و در راستای تعیین اهمیت ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا انجام گرفت. در این مرحله تلاش شد ابعاد (خوشه‌ها) و نشانگرهای (نقاط) اصلی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و میزان اهمیت آن‌ها با استفاده از روش انگاره‌نگاری مفهومی تلفیقی تروکیم تعیین گردد. در تنها گام این مرحله، به‌منظور گروه‌بندی و رتبه‌بندی ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌ها از روش پیمایش استفاده شد. از آنجا که روش پیمایش مستلزم بهره‌گیری از ابزار مناسب برای جمع‌آوری داده‌ها

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

است و معمولاً جمع‌آوری داده‌ها در این روش با استفاده از پرسشنامه صورت می‌گیرد، لازم بود برای تحقق این مرحله پرسشنامه مناسب طراحی و براساس آن داده‌ها گردآوری شود. فهرست به‌دست آمده از ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امناها که بخشی از برون‌داد مرحله قبلی بود، مبنای طراحی سؤالات پرسشنامه پیمایش قرار گرفت. پرسشنامه اولیه پس از طراحی، با انجام آزمون ابزار و انجام اصلاحات لازم، نهایی و برای اجرای پیمایش استفاده گردید. ساختار پرسشنامه مشتمل بر دو بخش کلی بود. هر یک از این بخش‌ها دربردارنده سؤالاتی بود که نظر افراد را در مورد گروه‌بندی و رتبه‌بندی ٦٤ نشانگرهای ارزیابی جویا می‌شد. بدین ترتیب در بخش اول از پاسخ‌دهندگان خواسته شد نشانگرهای مشابه به یکدیگر را، بدون توجه به اهمیت هر یک از نشانگرها، در یک گروه قرار دهند (گروه‌بندی نشانگرها) و در بخش دوم اهمیت هر یک از نشانگرها را در مقایسه با نشانگرهای دیگر، در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت که ۵ نمایانگر بیش‌ترین و ۱ نمایانگر کم‌ترین اهمیت نشانگر در ارزیابی بود، مشخص نمایند (رتبه‌بندی نشانگرها). به‌منظور دستیابی به رتبه‌بندی معتبرتر، ترتیب نشانگرها در پرسشنامه به صورت تصادفی و براساس حروف الفبا بود. روایی محتوای پرسشنامه با استفاده از نظر صاحب‌نظران و خبرگان موضوع موردمطالعه بررسی و اصلاحات لازم اعمال گردید. تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پیمایش با کمک نرم‌افزار Concept System 4.0.175 و روش‌های آماری مقیاس‌بندی چندبعدی و تحلیل خوشه‌ای انجام گرفت. در این مرحله نیز مشابه مرحله اول، همه‌ی ذینفعان فرایند ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سه سطح فرادستان، همکاران و زیردستان جامعه موردمطالعه را تشکیل دادند. با درنظر داشتن حداقل نمونه لازم (که ۱۵ نفر عنوان شده است (٦٣)) و توجه به مشارکت سه گروه از ذینفعان، حجم نمونه موردنیاز در این مرحله ٤٥ نفر از خبرگان و صاحب‌نظران تعیین شد که به صورت هدفدار گزینش شدند. از میان ٤٥ پرسشنامه توزیع‌شده، ۲۲ پرسشنامه به پژوهشگر برگردانده شد که داده‌های ۲۰ پرسشنامه تأیید و وارد مرحله تحلیل شد.

۳- مرحله سوم مطالعه به روش کیفی و در راستای ارائه و اعتباریابی الگوی اولیه‌ی ارزیابی هیأت امنا انجام گرفت. گام اول این مرحله جهت نهایی کردن ابعاد و نشانگرهای کلیدی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی به روش کیفی و با استفاده از بحث گروهی متمرکز انجام گردید. در این بحث گروهی که متشکل از کارشناسان و صاحب‌نظران

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

آشنا به موضوع ارزیابی هیأت امنا بود، از اعضا خواسته شد در خصوص نام، اهمیت، تعداد و نشانگرهای هر یک از خوشه‌های (ابعاد) ارزیابی بحث و تبادل‌نظر نمایند و در نهایت با استفاده از قانون رأی اکثریت، ابعاد زیربنایی (خوشه‌ها) و نشانگرهای (نقاط) ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی تعیین شود. برای برگزاری این بحث گروهی، از افراد جهت شرکت در جلسه دعوت قبلی به عمل آمد و روز پیش از تشکیل جلسه، مجدداً یادآوری گردید. یک نفر تسهیل‌گر (ح.س.س) هدایت، رهبری و تسهیل ارتباطات را برعهده داشت. برگزاری جلسه بحث گروهی ۳ ساعت به‌طول انجامید و طی آن داده‌های موردنیاز جمع‌آوری شد. جلسه با رضایت مشارکت‌کنندگان توسط یک دستگاه MP3 ضبط شد. علاوه بر این، از روش یادداشت‌برداری نیز در حین جلسه استفاده گردید. برون‌داد این گام الگوی ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا بود که در کنار دیگر بخش‌های ارزیابی هیأت امنا، الگوی اولیه ارزیابی هیأت امنا را شکل داد. در دومین گام، به‌منظور به‌دست آوردن توافق صاحب‌نظران و ذینفعان ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی، اعتباریابی الگوی اولیه به روش کیفی و با استفاده از تکنیک گروه اسمی انجام شد. در این تکنیک که اول بار توسط دلبک و واندون در سال ۱۹۷۱ طراحی گردید، نظرات خبرگان، بدون نیاز برقراری ارتباط شفاهی بین آن‌ها، درباره موضوع موردنظر (الگوی اولیه‌ی ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌ها) در یک جلسه گردآوری شد (٦٤). برای برگزاری این جلسه از افراد برای شرکت در جلسه دعوت به‌عمل آمد. مدعوین در محلی مناسب که از قبل هماهنگ شده بود، دور یک میز نشستند. سپس تسهیل‌گر (ح.س.س) در محیط صمیمی جلسه را افتتاح و موضوع موردنظر را با دقت تشریح نمود. آن‌گاه هر یک از اعضا دیدگاه خود را در مورد موضوع موردنظر بصورت شفاهی، بیان کردند. بعد از گذشت ٤٥ دقیقه برای بیان نظرات، هر فرد قضاوت و رأی خود را در مورد هر گزینه مکتوب و در اختیار تسهیل‌کننده جلسه قرار داد. این جلسه نیز با رضایت مشارکت‌کنندگان توسط یک دستگاه MP3 ضبط شد. برون‌داد این گام ارائه الگوی نهایی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور همراه با ابعاد و نشانگرهای ارزیابی آن بود که با مشخص کردن اهمیت هر یک از ابعاد و نشانگرها، توانست چارچوبی را برای برنامه‌ریزی و ارزیابی اقدامات مربوط به ارتقا هیأت امناها فراهم آورد. خبرگان و صاحب‌نظران فرایند ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سه سطح فرادستان، همکاران و زیردستان جامعه موردمطالعه مرحله سوم را تشکیل دادند و نمونه لازم برای شرکت در بحث

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

گروهی و تکنیک گروه اسمی، براساس منابع موجود (٦٤، ٦٥)، از میان خبرگان آشنا به موضوع موردمطالعه و به تعداد ۱۰ نفر برای بحث گروهی و ۷ نفر برای گروه اسمی، به صورت هدفدار، انتخاب شد. در تحلیل داده‌های این مرحله از مطالعه از نرم‌افزار SPSS ویرایش ١٦ جهت تحلیل توصیفی داده‌ها استفاده شد.

کسب مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه، اخذ و ارائه معرفی‌نامه پژوهشی به مشارکت‌کنندگان مطالعه، توجیه مشارکت‌کنندگان در مورد اهداف و کلیات پژوهش، گرفتن رضایت‌نامه از مشارکت‌کنندگان و رعایت اصل حفظ محرمانگی در بیان نتایج و یافته‌های پژوهش از ملاحظات اخلاقی مطالعه بود.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در ۵ بخش به شرح زیر به دست آمد:

الف: الگوهای موجود ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

در خصوص شناسایی الگوهای موجود ارزیابی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تحلیل بخشی از یافته‌های مرحله کیفی نشان داد با وجود توافق همگانی بر اهمیت و ضرورت ارزیابی هیأت امنا و مزایایی که انجام این فعالیت به‌همراه دارد، الگوی مشخص و مدونی برای ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور وجود نداشت. در مطالعه‌ای که کسکه و همکارانش انجام داد، نبود چنین الگویی برای ارزیابی در هیأت امناهای دانشگاه‌های وزارت علوم نیز گزارش گردید (٣٤). یافته‌ها همچنین گویای وجود شواهد محدودی از ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌ها در کشور بود که بدون استفاده از الگو و تعیین اهداف ارزیابی، به‌صورت غیررسمی و مقطعی، ابعاد و نشانگرهای محدودی از هیأت امناهای دانشگاه‌ها را بررسی کرده بودند. از این گروه شواهد می‌توان به ارزیابی‌هایی که حیدری عبدی (٦٠)، آذرگشب و همکاران (۵)، کسکه و همکاران (٣٤) و دماری و همکاران (۵۹) از هیأت امناهای دانشگاه‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام داده‌اند، اشاره داشت. نتایج این بررسی‌ها نیز عمدتاً به‌شکل گزارش طرح پژوهشی و یا مقاله منتشر شده بود. مجموع این شواهد گرچه توانسته بود به ارائه تصویری کلی از ترکیب و چگونگی فعالیت هیأت امناهای دانشگاه‌ها کمک نماید، ولی به‌دلیل عدم برخورداری از الگویی مشخص و نهادینه نشدن انجام آن، نمی‌توانست همه انتظارات انجام ارزیابی هیأت امنا را پاسخگو باشد.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

عدم انجام و یا انجام محدود ارزیابی‌های رسمی از هیأت امنا در مطالعات خارجی نیز گزارش شده است. به‌عنوان نمونه کانگر و لاولور[۱] (٦٦) در مطالعه خود اظهار کردند با وجود مزایا و اهمیتی که بسیاری از سازمان‌ها برای ارزیابی هیأت امنا قائل هستند، تنها ٤٠ درصد از سازمان-های مهم آمریکای شمالی به انجام ارزیابی‌های رسمی از هیأت امنای سازمان‌هایشان مبادرت می‌ورزند. در علت‌یابی عدم انجام ارزیابی‌های رسمی از هیأت امناهای دانشگاه‌ها، اطلاع و آگاهی ناکافی از نحوه و چگونگی ارزیابی، مشخص نبودن اهداف ارزیابی و بالاخره دشواری انجام این ارزیابی از دلایلی شناخته شد که مانع انجام این فعالیت بودند. به‌علاوه انجام این فعالیت به‌دلیل جایگاه خاص نهاد هیأت امنا در دانشگاه‌ها و موقعیت‌های ویژه اعضای آن، دقت و ظرافت بسیاری را برای طراحی الگوی ارزیابی آن طلب می‌نماید. به‌نظر می‌رسد به-منظور فراهم آوردن زمینه انجام ارزیابی‌های رسمی و مداوم، لازم است با بهره گرفتن از نظرات و اندیشه‌های صاحب‌نظران و توجه به امکانات و منابع موجود، الگویی طراحی و ارائه شود که با پوشش همه ابعاد و جنبه‌های ارزیابی، بتواند نتایج موردانتظار از ارزیابی هیأت امنا را به‌همراه داشته باشد.

ب- تجارب سایر کشورها در خصوص الگوهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌ها

در راستای شناسایی تجارب سایر کشورها در خصوص الگوهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌ها، تحلیل یافته‌های مرور جامع مطالعات مرتبط، نخست نشان داد بسیاری از متون موجود درخصوص ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌ها (به صورت عام) و هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی (به صورت خاص)، ماهیتاً توصیفی بوده و داستان‌وار، براساس اظهارنظرها و سلایق شخصی نوشته شده است. تعداد مطالعات تجربی و اصیل انجام شده در این زمینه، محدود به‌دست آمد. این یافته در تأیید یافته‌های مطالعات قبلی بود. در این مطالعات ضمن اشاره به محدود بودن شواهد اصیل تجربی (۵۱)، بیان دیدگاه‌ها و نظرات شخصی، عدم بهره‌مندی از دیدگاه‌های افراد مطلع، به‌ویژه اعضای هیأت امناها، و عدم استفاده از روش‌های علمی و نظام‌مند، از متداول‌ترین ایرادات موجود در متون مرتبط با ارزیابی هیأت امناها در بخش‌های سلامت و آموزش عالی معرفی شده‌اند (۳٦، ٤٢، ٥٥، ٥٧). البته به‌نظر می‌رسد این محدودیت، خاص مطالعات هیأت امنای سازمان‌های بخش سلامت و آموزش عالی نبوده و

۱- Conger & Lawlor

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

همان‌گونه که کورنفورس و همکارانش متذکر شدند در هیأت‌های سازمان‌های غیرانتفاعی نیز، بخش زیادی از مطالعات توصیفی و منبعث از تجارب و نظرات پژوهشگران بوده است (٦٧). خوشبختانه این محدودیت در سال‌های اخیر مرتفع گردیده و توجه جامعه علمی به انجام پژوهش‌های نظام‌مند در این زمینه در بخش‌های مختلف افزایش یافته است. به‌گونه‌ای که تعداد مقالات تجربی انجام شده درباره هیأت امناهای سازمان‌های بخش‌های سلامت و آموزش عالی از سال ۲۰۰۰ میلادی (یافته همین مرور) و در سازمان‌های بخش غیرانتفاعی از اواخر دهه‌ی ۱۹۸۰، رشد قابل‌توجهی داشته است.

یافته دوم مرور جامع مطالعات مرتبط، به چارچوب ارزیابی هیأت امنا مربوط بود. شواهد موجود نشان داد الگوی واحد و جامعی که پژوهشگران برای ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌ها (به صورت عام) و هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی (به صورت خاص) در مورد آن توافق‌نظر داشته باشند، وجود ندارد. می‌توان گفت بیش‌تر پژوهشگران داخلی و خارجی در برنامه‌های ارزیابی خود از هیأت امنا تنها به محتوای ارزیابی و پاسخ به این سؤال که چه ابعاد و نشانگرهایی باید در نظر گرفته شود، پرداخته‌اند (۵، ٣٦، ٣٩-٤٢، ٤٤-٥٢، ٥٥-٦١). نتیجه-گیری مشابهی در مطالعه مینیچیلی[1] و همکارانش گزارش شده است (۳۸). در این مطالعه پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بیش‌تر برنامه‌های ارزیابی هیأت امناها بر محتوای ارزیابی متمرکز بوده و توجه به دیگر بخش‌ها و ارکان ارزیابی هیأت، هم در تئوری و هم در عمل، مغفول مانده است.

یافته سوم مرور جامع مطالعات مرتبط، نحوه و چگونگی ارزیابی‌های پیشنهاد یا استفاده شده برای هیأت امناهای دانشگاه‌ها (به صورت عام) و هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی (به صورت خاص) را نمایان گردانید. صرف‌نظر از عدم بکارگیری الگویی جامع برای ارزیابی هیأت امنا، یافته‌ها گویای آن بود با وجود ضرورت تدوین اهداف مشخص و مدون فرایند ارزیابی، کم‌تر مطالعه‌ای در برنامه ارزیابی خود به این مهم توجه کرده است. این در حالی است که مطالعات و پژوهش‌های قبلی بر اهمیت تدوین این اهداف در مراحل نخست ارزیابی هیأت امنا تأکید کرده‌اند (٢٦، ٤٣، ٥٣). به گفته این مطالعات با تدوین اهداف ارزیابی می‌توان از همان ابتدا با درنظرداشتن محدودیت‌ها و منابع سازمان، مشخص کرد برای ارزیابی چه فرایندی را باید انتخاب و اجرا کرد. همچنین یافته‌های این بخش گویای آن بود در ارزیابی-

---

۱- Minichilli

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

های پیشنهاد یا استفاده شده، به حیطه‌های مختلف هیأت امنا توجه شده، منابع و روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری داده‌های ارزیابی هیأت امناها به‌کار رفته، هر دو شکل ارزیابی داخلی و خارجی قابل‌استفاده بوده، نتایج ارزیابی به صور گوناگون منتشر گردیده و بالاخره تناوب-های متنوعی برای این منظور لحاظ شده است. این تنوع در موارد فوق که هر یک بخشی از فرایند ارزیابی هیأت امنا را پوشش می‌دهد، در مطالعات انجام شده پیشین گزارش شده است (۲٤، ۲٦، ۳۸، ٤۳، ۵۳، ۵٤). به نظر می‌رسد تنوع مذکور که موجب منحصربه‌فرد شدن ارزیابی هر هیأت می‌شود، به سه علت باشد. علت اول مربوط به هدف ارزیابی هیأت امنا است. این هدف در هر سازمانی متفاوت بوده و بسته به هدف تعیین‌شده‌ی فرایند و چگونگی انجام ارزیابی هیأت امنا می‌تواند متفاوت باشد. دومین علت به محیط و زمینه سازمانی برمی‌گردد که هیأت امنا مسؤولیت اداره آن را برعهده دارد. این محیط از سازمانی به سازمان دیگر تفاوت دارد. همین تفاوت، منشأ طراحی و اجرای فرایندهای مختلف ارزیابی هیأت امنا می‌گردد. علت سوم به امکانات و منابع هر سازمان مربوط می‌شود. این منابع و امکانات نیز مشابه دو مورد قبل در هر سازمانی منحصربه‌فرد بوده و از آنجا که در انتخاب چگونگی و نحوه ارزیابی هیأت توجه به امکانات و منابع موجود، ضرورت دارد، می‌تواند تنوع در فرایندهای ارزیابی هیأت امنای هر سازمان را موجب شود.

چهارمین و آخرین یافته مرور جامع مطالعات مرتبط، به ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌ها (به صورت عام) و هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی (به صورت خاص) اختصاص داشت. محتوای ارزیابی در بیش‌تر مطالعات توجه پژوهشگران را برای ارزیابی هیأت امنا معطوف خود ساخته است. تحلیل یافته‌های مربوط به ابعاد و نشانگرهای ارزیابی حکایت از وجود ابعاد و نشانگرهای مختلفی داشت که برای این منظور شناسایی و استفاده شده بودند. برای طبقه‌بندی این فهرست ابعاد و نشانگرها، الگوهای مختلفی به‌کار گرفته شده بود. رایج‌ترین و کاربردی‌ترین این الگوها، الگوی ارائه شده توسط انجمن هیأت-های حاکمه و الگوی چایت و همکارانش بود. مشابه همین وضعیت در مرور مطالعات محیط-های دیگر مشاهده شد. در این مطالعات نیز فهرست متنوعی از ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امناها شناسایی شده که طبقه‌بندی‌های متفاوت این فهرست، پیدایش الگوهای مختلفی را رقم زده است. الگوهای کارور، کانگر و رابینسون رایج‌ترین الگوهای پیش‌گفت بودند.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

تنوع چارچوب‌های ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا، که بسیاری از آن‌ها ویژگی‌های مشابهی را دارا بودند، می‌تواند متأثر از تنوع و اختلاف زمینه و محیط‌های فعالیت هیأت امناها باشد. زیرا زمینه‌ای که سازمان تحت اداره هر هیأت امنا دارد، پژوهشگران را به تمرکز بر جنبه-های خاصی رهنمون ساخته و چارچوب ارزیابی براساس این تمرکز، انتخاب و یا طراحی شده است. کارور و رابینسون نیز در مطالعات خود به نقش زمینه و محیط و ارتباط آن با هیأت امنا تأکید داشته‌اند (۳۱، ٦۸). براساس آنچه گذشت می‌توان، مشابه آن‌چه سلیم[1] و همکارانش (٦۹)، نتیجه‌گیری کردند هنوز در مورد مناسب‌ترین چارچوب شناسایی، سنجش و بحث درباره ویژگی‌ها و مشخصات یک هیأت امنای خوب و مؤثر توافقی‌جمعی حاصل نشده است. همین امر ضرورت طراحی و استفاده از یک الگوی جامع از ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا را برای دانشگاه‌ها می‌رساند. به‌نظر می‌رسد در پاسخ به این ضرورت، استفاده از الگوی درون‌داد، فرایند، برون‌داد مناسب باشد و با کمک این الگو بتوان در ارزیابی هیأت امنا، همه ابعاد و نشانگرها را درنظر گرفت.

با توجه به مزیت فوق الگوی درون‌داد، فرایند، برون‌داد، طبقه‌بندی ٦۰ نشانگر شناسایی شده برای ارزیابی هیأت امنا براساس همین الگو انجام شد. در این طبقه‌بندی ۲۸ نشانگر در سه بعد عضو هیأت امنا، رهبری هیأت و ساختار هیأت در بخش درون‌داد، ۲۳ نشانگر در یک بعد سیستم‌ها در بخش فرایندها و ۹ نشانگر در دو بعد نتایج و پیامدها در بخش برون‌داد قرار گرفت. چنین تقسیم‌بندی‌هایی با اندکی تفاوت، در مطالعات انجام شده در محیط‌های دیگری که از الگوی درون‌داد، فرایند، برون‌داد استفاده کرده‌اند، مشاهده شد. به‌عنوان نمونه کورنفورس در مرور مطالعات مربوط به هیأت امناهای سازمان‌های غیرانتفاعی به تقسیم‌بندی مشابهی از ابعاد و نشانگرهای ارزیابی با استفاده از الگوی فوق رسید. با این تفاوت که وی در بخش درون‌داد فقط بعد اعضا را شناسایی کرد، در بخش فرایندها دو بعد ساختار و فرایند را متمایز کرد و بالاخره در بخش برون‌داد به نتایج اشاره نمود (٦۷). در تقسیم‌بندی دیگری از ابعاد و نشانگرهای ارزیابی هیأت امنای سازمان‌های شراکتی، اپستین و روی[2] در بخش درون‌داد بعد ترکیب هیأت، در بخش فرایندها ابعاد سیستم‌ها و ساختار هیأت و در بخش برون‌داد بعد هیأت را متمایز کردند (۷۰). شایان ذکر است از آن‌جا که این تقسیم‌بندی‌ها براساس دیدگاه

۱- Selim et.al

۲- Epstein & Roy

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

پژوهشگران و تعریف آن‌ها از ابعاد مختلف صورت گرفته، این تفاوت در تقسیم‌بندی‌ها خیلی دور از انتظار نبود.

یافته‌های مربوط به ابعاد و نشانگرهای ارزیابی، همچنین نشان داد بیش‌تر نشانگرهای شناسایی‌شده برای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌ها مشابه نشانگرهای ارزیابی هیأت امناها در محیط‌های دیگر بودند. این تشابه در نشانگرهای ابعاد ساختار هیأت، سیستم‌ها و نتایج بیش‌تر بود. دلیل این تشابه می‌تواند تمرکز این گروه از نشانگرها بر ارزیابی هیأت به‌عنوان یک کل باشد. کم‌ترین تشابه در نشانگرهای ابعاد عضو هیأت امنا، رهبری هیأت و پیامدها مشاهده شد. به‌نحوی‌که تعداد نشانگرهایی که در مطالعات این مرور برای ابعاد عضو هیأت امنا و رهبری هیأت شناسایی شد در مقایسه با نشانگرهایی که برای این ابعاد در مطالعات انجام شده در محیط‌های دیگر معرفی شده بودند، بیش‌تر بود. شاید بتوان علت این تفاوت را در نقش بیش‌تر عضو و رهبری در هیأت امناهای محیط‌های دانشگاهی خلاصه کرد. به‌علاوه به‌نظر می‌رسد سهولت تعریف و سنجش نشانگرهای ابعاد عضو هیأت امنا و رهبری هیأت، در بالا بودن تعداد نشانگرهای این ابعاد بی‌تأثیر نباشد. در مورد نشانگرهای بعد پیامدها وضعیت عکس بود و نشانگرهای شناسایی شده در مطالعات انجام شده در محیط‌های دیگر بیش‌تر از نشانگرهای شناسایی شده این بعد در این مرور بود. علت این تفاوت را نیز می‌توان به دشواری تعریف و سنجش نشانگرهای بعد پیامدها در محیط‌های دانشگاهی نسبت داد. در مطالعات قبلی نیز گزارش شده است سختی تعیین و اندازه‌گیری نشانگرهای پیامد در سازمان‌های خدماتی و دولتی مانند دانشگاه، موجب شده بیش‌تر پژوهشگران در ارزیابی خود از هیأت امنا کم‌تر به نشانگرهای پیامدی توجه کنند. درحالی‌که در خارج از این بخش، و به‌ویژه در سازمان‌های تولیدی، چنین دشواری برای تعریف و اندازه‌گیری نشانگرهای پیامدی وجود ندارد (۳۶، ۷۱-۷۳).

ج- الگوی پیشنهادی ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از دیدگاه ذینفعان

تحلیل بخش دیگری از یافته‌های مرحله کیفی مطالعه، الگویی را برای ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد کرد که مشتمل بر ۸ بخش اصلی بود و هر یک از این بخش‌ها، پاسخ به یکی از ۸ سؤال اصلی ارزیابی هیأت امنا را در برداشت.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

براساس این یافته‌ها، نخستین سؤالی که در طراحی یک الگوی علمی و نظام‌مند ارزیابی هیأت امنای دانشگاه باید پاسخ داد، این است که ارزیابی هیأت امنا در تأمین کدام نیاز و به چه هدفی انجام می‌گیرد. تعیین چرایی ارزیابی علاوه بر بیان و تشریح اهداف ارزیابی و شفاف‌سازی حدود مسؤولیت‌ها و وظایف، می‌تواند محرک اصلی برای مشارکت افراد در این فرایند باشد. مرحله تدوین اهداف و تعیین چرایی ارزیابی در طراحی الگوی ارزیابی در محدودی از مطالعات قبلی دیده شده است (٤٣، ٥٣، ٥٤). بیان مشخص هدف، در ابتدای مراحل انجام ارزیابی هیأت امنا همان‌گونه که کیل و نیکلسون گفته‌اند (٢٦)، می‌تواند تصمیم‌گیری در خصوص این‌که چه حیطه‌هایی از هیأت ارزیابی شود، چه نشانگرهایی برای این ارزیابی لحاظ گردد، منبع و روش جمع‌آوری داده‌ها چگونه باشد و چه کسی ارزیابی را انجام دهد را آسان‌تر خواهد کرد. در این مطالعه برای تعیین اهداف و چرایی ارزیابی، مراجع مختلف درون و برون سازمانی معرفی شد که از میان گزینه‌های مختلف دو مرجع شورایعالی انقلاب فرهنگی و وزارت متبوع برای صدور الزام ارزیابی و تعیین اهداف آن مناسب‌تر از بقیه گزینه‌ها بودند.

دومین سؤال مهمی که در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه باید بدان پرداخت، حیطه‌های ارزیابی شناسایی شد. به‌عبارتی باید در این بخش مشخص شود هیأت امنا از چه جنبه‌هایی باید مورد واکاوی و تحلیل قرار گیرد. تک‌تک اعضا، کل هیأت و دانشگاه مربوطه سه حیطه‌ای بودند که در این مطالعه برای انجام یک ارزیابی جامع و کل‌نگر، بر توجه همزمان به آن‌ها تاکید شد. مرور مطالعات قبلی نشان داد در حالی‌که بیش‌تر مطالعات توجه به یک یا دو حیطه را مدنظر قرار داده‌اند (٥، ٢٤، ٣٦، ٤٠-٤٣، ٤٥، ٤٦، ٤٩-٥١، ٥٣، ٥٦، ٥٧، ٥٩-٦١)، تنها محدودی از مطالعات توجه همزمان به هر سه حیطه فوق را در برنامه ارزیابی هیأت امنا داشته‌اند (٣٩، ٤٤، ٤٧، ٤٨، ٥٢، ٥٤، ٥٥، ٥٨).

در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه، سومین سؤال مهم و اساسی، این سؤال بود که برنامه ارزیابی چه نشانگرهایی را دربرداشته باشد. این بخش از طراحی الگو، همان‌گونه که در منابع هم آمده، کلیدی‌ترین بخش طراحی الگوی ارزیابی به‌شمار می‌رفت. در مجموع ٦٤ نشانگر برای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه شناسایی شد. بیش‌تر این نشانگرها، مشابه نشانگرهایی بودند که در مطالعات مرتبط پیشین، استخراج گردیده بود. تنها برخی از نشانگرهای شناسایی شده در این مطالعه جزء مواردی بودند که سابقه‌ای در متون قبلی نداشت.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

در میان نشانگرهای مربوط به ویژگی‌های عضو هیأت امنا، نشانگرهای درک و آگاهی عضو از قوانین و مقررات و نیازهای منطقه تحت‌پوشش، دو نمونه از این نشانگرها بودند. به نظر می‌رسد علت توجه به این نشانگرها در این مطالعه، محیط و شرایط دانشگاه‌های علوم پزشکی باشد. دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور علاوه بر رسالت آموزش و پژوهش، مأموریت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه را نیز بر عهده دارند. محیط این گروه دانشگاه‌ها محیط پیچیده‌ای است. این محیط پیچیده و منحصربه‌فرد توجه به نشانگرهایی را ضروری می‌سازد که در محیط‌های دیگر مصداق ندارد. در میان نشانگرهای مربوط به رهبری هیأت، در حالی‌که در این مطالعه تعداد بیش‌تری نشانگر شناسایی شد، در مطالعات قبلی برای رهبری هیأت، تنها یک نشانگر استخراج شده بود. بیش‌تر بودن تعداد این نشانگرها می‌تواند به دلیل جایگاه خاص رئیس هیأت امنا در دانشگاه‌های کشور باشد. بر اساس مستندات قانونی موجود، رئیس هیأت امنا در دانشگاه‌های ایران اختیارات تامی داشته و حتی در برخی موارد، نظر و رأی وی بر نظر هیأت ارجحیت دارد (۳۳). در میان نشانگرهای مرتبط با سیستم‌های هیأت امنا، در حالی‌که وجه تشابه زیادی بین موارد استخراج شده از متون مرتبط و موارد شناسایی شده از دیدگاه ذینفعان وجود داشت، یافته‌ها توجه بیش‌تر به برخی نشانگرهای مربوط به برگزاری جلسات هیأت را از دیدگاه ذینفعان نشان داد. یافته مهم دیگر در این گروه از نشانگرها، به دو نشانگر فرایند انتخاب و چرخش رئیس هیأت امنا و رئیس دانشگاه مربوط بود. در مطالعات قبلی این دو نشانگر از نشانگرهای ارزیابی هیأت امنا شناسایی شده بودند. ولی در مطالعه حاضر به هیچ‌یک از این دو نشانگر برای ارزیابی هیأت امنا اشاره‌ای نشد. این تفاوت نیز ریشه در تفاوت‌های موجود در وظایف و اختیارات هیأت امناهای دانشگاه دارد. در کشور ما هیأت امنا نقشی در انتخاب رئیس هیأت و رئیس دانشگاه ندارد و بر همین اساس نمی‌توان دو نشانگر پیش‌گفت را در زمره نشانگرهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه قرار داد (٦). در نشانگرهای مربوط به نتایج و پیامدهای هیأت امنا، تنها نشانگر درجه استقلال دانشگاه‌ها موردی بود که در مطالعات قبلی گزارش نشده بود.

چهارمین سؤال مهمی که پاسخ دادن به آن در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه مهم شناخته شد، این سؤال بود که برای جمع‌آوری داده‌های ارزیابی به چه افرادی باید مراجعه کرد. برای پاسخ به این سؤال یافته‌های مطالعه، گزینه‌های مختلفی را معرفی کرد. در میان این گزینه‌ها، گزینه اعضای هیأت امنا مناسب‌ترین گزینه بود. انتخاب خود اعضای هیأت امنا برای

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

انجام ارزیابی تنها در مطالعه‌ی توماس پی هلند۱ و همکارانش (۱۹۸۹)، به عنوان منبع نامناسبی برای ارزیابی دقیق و عینی هیأت امنا به‌شمار رفته است (٤٢). بیش‌تر مطالعات این منبع را برای جمع‌آوری داده‌ها پیشنهاد داده یا به‌کار برده‌اند (٢٤، ٣٩، ٤١-٤٤، ٤٦-٤٨، ٥٠، ٥١، ٥٣، ٥٤، ٥٨-٦١). علاوه بر خود اعضا، رئیس و معاونین دستگاه نیز منبع مناسب جمع‌آوری داده‌ها شناخته شدند. شواهد قبلی کاربرد این منبع را برای جمع‌آوری داده‌های ارزیابی تأیید کرده‌اند (٣٩، ٤٠، ٤٣، ٤٤، ٤٧، ٥٠، ٥٤، ٥٥، ٥٨، ٥٩). دبیرخانه‌های هیأت امنای دانشگاه و وزارت، دیگر منابع پیشنهاد شده از سوی مشارکت‌کنندگان بودند که تنها در مطالعات دماری و همکاران (۱۱۸)، کزار (۹۳) و کینل (۱۰۹)، شواهدی دال بر استفاده از آن‌ها به‌دست آمد.

پنجمین سؤال اصلی در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه، روش جمع‌آوری داده‌های ارزیابی مربوط بود. در این بخش نیز یافته‌های مطالعه حاضر، انواعی از روش‌های کمی و کیفی را پیشنهاد کرد. مشابه مطالعات قبلی (٢٤، ٣٩-٤٢، ٤٦، ٤٧، ٥٠، ٥٣-٥٥، ٥٧، ٥٩-٦١)، پذیرش ابزار پرسشنامه بیش‌تر از ابزارهایی مانند مصاحبه، مشاهده و تحلیل مستندات بود.

پرسش چه کسی باید ارزیابی را انجام دهد، ششمین سؤالی بود که توصیه شد پاسخ به آن در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه مدنظر قرار گیرد. همانند مطالعات قبلی که استفاده از هر دو شکل مراجع برون‌سازمانی و درون‌سازمانی را برای انجام ارزیابی را پیشنهاد داده‌اند (٢٤، ٤٣، ٥١، ٥٣، ٥٤)، یافته‌های مطالعه حاضر گویای آن بود دو مرجع شورایعالی انقلاب و وزارت‌خانه، عاملین واجد صلاحیت و شایستگی برای انجام ارزیابی بودند. لازم به‌ذکر است در این مطالعه، حالت سومی نیز پیشنهاد گردید که بر اساس آن ارزیابی به صورت تلفیقی توسط هر دو مرجع انجام گیرد.

هفتمین سؤال قابل‌تأمل در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه، به چگونگی استفاده از نتایج ارزیابی مربوط بود. یافته‌ها در این بخش، ضمن تأکید بر مرحله انتشار نتایج در طراحی الگوی ارزیابی ، حکایت از آن داشت تهیه گزارشی مکتوب و مستند از نتایج ارزیابی‌ها نباید از نظر دور بماند. با تهیه چنین گزارشی می‌توان نقاط قوت و قابل‌بهبود در هیأت امنا را مشخص و براساس آن‌ها، راهکارهای بهبود را ارائه کرد. توصیه شد این گزارش در اختیار اعضای هیأت امنا، دانشگاه‌های ذیربط و وزارت متبوع قرار گیرد. تهیه گزارش از نتایج ارزیابی هیأت

۱- Thomas P. Holland

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

امنا و انعکاس آن به مراجع مربوطه، یافته‌ای بود که در مطالعات برخی از پژوهشگران به آن اشاره شده است (۲٤، ٤۳، ۵۳-۵۵).

یافته‌ها در این بخش همچنین کاربری‌های مختلف از نتایج ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌ها را نشان داد. مهم‌ترین این کاربری‌ها استفاده از نتایج جهت انتخاب هیأت امنای برتر بود. انتخاب هیأت امناهای برتر، همان‌گونه که در مطالعات قبلی نیز آمده است، می‌تواند به شناسایی تمایز هیأت امناهای مؤثر و نامؤثر کمک نماید (٤۲، ٤٤، ٤۸). یکی دیگر از کاربری‌های مهم نتایج ارزیابی، تصمیم‌گیری در مورد انتخاب اعضا بود. این شیوه‌ی استفاده از نتایج نیز در محدودی از مطالعات پیشین گزارش شده است (٤۹).

آخرین سؤال مهم در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنا، این پرسش بود که ارزیابی هر چند وقت یک‌بار انجام گیرد. مشابه مطالعات قبلی (۲٤، ٤۳، ۵۳، ۵٤)، در این مطالعه انجام ارزیابی به‌صورت سالانه مناسب‌ترین تناوب برای ارزیابی شناخته شد. ارزیابی‌های کم‌تر و بیش‌تر از یک‌سال و نیز ارزیابی تلفیقی دیگر گزینه‌های پیشنهاد شده از سوی مشارکت‌کنندگان برای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه بود.

د- اهمیت ابعاد و نشانگرهای پیشنهادی ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

در راستای تعیین میزان اهمیت ابعاد و نشانگرهای پیشنهادی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تحلیل یافته‌های مرحله کمی و قضاوت خبرگان، منجر به گروه‌بندی ٦٤ نشانگر شناسایی شده برای ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی در ۷ بعد شد. بدین‌ترتیب در بعد اول که بعد اعضای هیأت امنا نام داشت، ۲۲ نشانگر مربوط به ویژگی‌های عضو جای گرفت. در بعد دوم، بعد رهبری هیأت، ۳ نشانگر مربوط به ویژگی‌های رئیس هیأت امنا قرار داشت. بعد سوم یعنی بعد ساختار هیأت امنا مشتمل بر ٤ نشانگر مرتبط با ویژگی‌های سخت‌افزاری هیأت امنا بود. نشانگرهای مرتبط با ویژگی‌های نرم‌افزاری هیأت امنا در سه بعد گزینش، توسعه و ارزیابی هیأت (٤ نشانگر)، تعاملات هیأت (۸ نشانگر) و جلسه-های هیأت (۱۰ نشانگر) تقسیم‌بندی شدند. بعد آخر هم که ۱۳ نشانگر مربوط به خروجی‌های هیأت امنا را در برداشت، بعد نتایج نام گرفت. براساس این گروه‌بندی و با توجه به میانگین امتیاز اهمیت ابعاد مذکور، اهمیت بیش‌تر بعد نتایج در مقایسه با ابعاد دیگر مشاهده شد. در مطالعات قبلی، مطالعه‌ای که در آن رتبه‌بندی ابعاد به‌صورت عینی انجام شده باشد، مشاهده نشد. اما به‌صورت ضمنی مرور این مطالعات حکایت از آن داشت که نشانگرهای مربوط به

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

بعد نتایج به دلیل دشواری سنجش آن‌ها در محیط‌های خدماتی و دولتی مانند دانشگاه، کم‌تر موردتأکید و توجه بوده است (۳٦، ۷۱-۷۳). به‌نظر می‌رسد همخوانی نداشتن این یافته مطالعه، با یافته‌های پیشین به‌سبب نگرانی‌هایی باشد که برای تحقق رسالت اصلی هیأت امناها و پاسخگو بودن دانشگاه‌ها، در کشور وجود دارد. پس از بعد نتایج، ابعاد رهبری و جلسه‌های هیأت، بیش‌ترین اهمیت را نشان دادند. اهمیت بالای نشانگرهای این دو بعد نیز به‌صورت ضمنی در بسیاری از متون قبلی گزارش شده است (۳٦، ۳۹، ٤۳، ٤٥، ٤۹-٥۲، ٥٤، ٥٦، ٥۸). در میان ابعاد هفتگانه ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی، کم‌ترین اهمیت به بعد ساختار هیأت اختصاص داشت.

یافته‌ها همچنین در مقایسه اهمیت نشانگرهای مختلف ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی نشان داد در میان نشانگرهای بعد عضو هیأت امنا، نشانگر درک و آگاهی از قوانین و مقررات بیش‌ترین اهمیت را داشت. این نشانگر از نشانگرهایی بود که در این مطالعه شناسایی شد و شواهدی دال بر لحاظ کردن آن در برنامه ارزیابی هیأت امنا در مطالعات قبلی مشاهده نشد. همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد به‌نظر می‌رسد محیط خاص دانشگاه‌های علوم پزشکی، اهمیت بیش‌تر این نشانگر را موجب شده باشد. در میان نشانگرهای بعد رهبری داشتن تجربه و آشنایی با محیط دانشگاه‌های علوم پزشکی بیش‌ترین اهمیت را نشان داد که این اهمیت با توجه به اختیارات تام رئیس هیأت امنا در دانشگاه‌های ایران توجیه‌پذیر بود. در بعد ساختار هیأت امنا مشابه به آنچه در دو مطالعه دیویس[۱] و همکارانش و کینکل[۲] و همکارانش به‌صورت ضمنی اشاره شده است (۳۹، ٤٥)، بیش‌ترین اهمیت به وجود برنامه برای هیأت مربوط بود. بیش‌ترین اهمیت در بعد گزینش، توسعه و ارزیابی هیأت به نشانگرهای فرایند انتخاب عضو و ارزیابی هیأت اختصاص داشت. مرور مطالعات قبلی نیز شواهدی دال بر اهمیت نشانگرهای فرایند انتخاب عضو (٤٥، ٥۰، ٥۲، ٥۸، ٥۹) و ارزیابی هیأت (۳٦، ۳۹، ٤۳، ٤٥، ٥۰، ٥۳) به‌دست داد. در بعد جلسه‌های هیأت، مشابه با آن‌چه در برخی از مطالعات گذشته گزارش شده بود (۳۹، ٤۳، ٥۲، ٥٤)، مدیریت خوب جلسه‌های هیأت نشانگر اولی بود. در نهایت نیز نشانگر میزان اجرایی شدن مصوبه‌های هیأت امنا در بعد نتایج اهمیت بیش‌تر را در مقایسه با دیگر نشانگرهای این بعد نشان داد.

۱- Davis

۲- Kinkel

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

ه- اعتباریابی الگوی اولیه‌ی ارزیابی هیأت امنا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

در جهت اعتباریابی الگوی ارائه شده ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تحلیل یافته‌های مرحله پایانی مطالعه، الگوی نهایی ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را ارائه داد (شکل ۲). این الگو که اعتبار آن نیز تأیید گردید، ۸ بخش اصلی را شامل می‌شد که عبارت بودند از هدف ارزیابی، اقدامات موردنیاز ارزیابی، تناوب ارزیابی، حیطه‌ها/ارزیابی‌شونده‌ها، نشانگرهای ارزیابی، منبع جمع‌آوری داده‌های ارزیابی، روش جمع-آوری داده‌های ارزیابی و نحوه استفاده و انتشار نتایج ارزیابی.

در الگوی نهایی هدف از ارزیابی، شناسایی نقاط قوت و قابل بهبود و ارائه راهکارهای اصلاحی تعریف شد. صدور الزام به انجام ارزیابی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تشکیل کمیته‌ای در این وزارت، اقدامات موردنیاز اولیه برای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور شناخته شد. در این الگو همچنین انجام ارزیابی به‌صورت سالانه دیده شد.

حیطه‌های ارزیابی سه حیطه تک‌تک اعضای هیأت امنا، کل هیأت امنا و دانشگاه مربوطه را در برداشت. ٦٤ نشانگر در ۷ بعد متمایز با وزن‌های متفاوت، نشانگرهای مناسب ارزیابی هیأت امنا شناخته شدند. اعضای هیأت امنا، دبیرخانه هیأت امنای دانشگاه، دانشگاه مربوطه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منابع مناسب جمع‌آوری داده‌های ارزیابی بودند. از میان روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌های ارزیابی، ترکیبی از روش‌های کیفی و کمی با کمک ابزارهای مصاحبه، مشاهده، تحلیل مستندات و پرسشنامه، روش مناسب شناسایی شد. ارزیابی به شکل درون‌سازمانی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزینه مناسب برای انجام ارزیابی بود. در بخش استفاده از نتایج ارزیابی مقرر شد گزارش مستند و مکتوبی از نتایج ارزیابی تهیه و به اعضای هیأت امنای دانشگاه، وزارت متبوع و شورایعالی انقلاب فرهنگی ارسال شود. نتایج ارزیابی نیز برای معرفی هیأت امنای بهتر استفاده گردد.

این الگو از ویژگی‌هایی برخوردار بود که قابلیت آن را برای انجام یک فرایند ارزیابی کل‌نگر فراهم نمود. اهم این ویژگی‌ها در موارد زیر خلاصه می‌شود:

۱. الگوی ارائه شده با برخورداری از هشت بخش متمایز، پوشش‌دهنده موضوعات کلیدی و ابعاد اساسی بود که باید برای انجام یک ارزیابی جامع و عینی، مدنظر قرار گیرد. به گفته منابع توجه

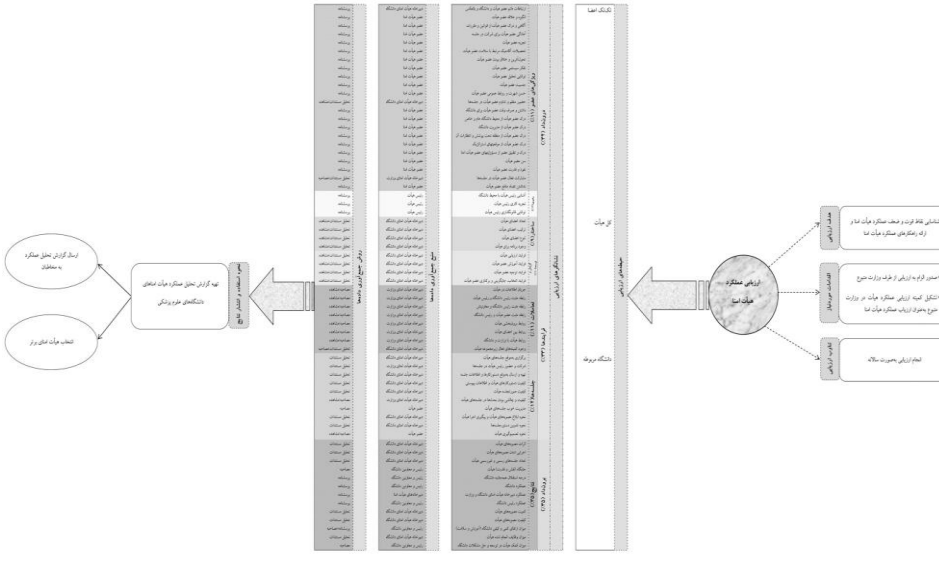
[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

به این موارد و تصمیم‌گیری در مورد آن‌ها، پیش‌شرط انجام یک ارزیابی علمی و نظام‌مند است (۲٦، ۳۸).

۲. از آنجا که یک رویکرد کلی و واحدی برای ارزیابی هیأت امنا وجود ندارد، در طراحی الگو تلاش شد در کنار استفاده از مطالعات پیشین، شرایط کشور و محیط دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز لحاظ شود. توجه به شرایط و زمینه هر سازمان در طراحی الگوی ارزیابی هیأت امنای آن سازمان، توصیه بیش‌تر مطالعات مرتبط با موضوع ارزیابی هیأت امنا بود (۹، ۳٦، ٤٥).

۳. طراحی الگو با بهره‌گیری از نظرات و ایده‌های ذینفعان مختلف و مطلع ارزیابی هیأت امنای دانشگاه انجام گردید. لزوم مشارکت ذینفعان در طراحی الگوی ارزیابی و تأثیر آن بر کارآمدی ارزیابی، از سوی بسیاری از مطالعات تأیید شده است (۳٦، ۵۳).

٤. الگوی ارائه شده در بخش نشانگرهای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه، ضمن معرفی فهرست نسبتاً کاملی از نشانگرهای ارزیابی، الگویی را برای این نشانگرها معرفی کرد که در آن نشانگرهای مشابه در ابعاد مختلف گروه‌بندی شدند. علاوه بر گروه‌بندی، وزن هر یک از ابعاد نیز مشخص شد.



شکل ۲: الگوی نهایی ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

نتیجه‌گیری

نقش حساس هیأت امنا در اداره امور دانشگاه‌های علوم پزشکی و اختیارات گسترده‌ای که این هیأت‌ها در سیاست‌گذاری و نظارت بر امور دانشگاه‌ها دارند، ارزیابی آن‌ها را جهت افزایش پاسخگویی و بهبود اداره سازمان ضروری نشان داد. با وجود این ضرورت، مرور شواهد موجود حکایت از محدود و پراکنده بودن مطالعات و پژوهش‌های انجام شده با موضوع ارزیابی هیأت امنای دانشگاه، به‌ویژه در سطح ملی، داشت. این محدودیت و در کنار آن، متفاوت بودن چگونگی ارزیابی هیأت امنا به‌دلیل تأثیرگذاری محیط و شرایط، لزوم انجام مطالعات بیش‌تر را در زمینه ارزیابی هیأت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی نمایان نمود. انجام چنین مطالعاتی می‌تواند گسترش مرزهای دانش را در زمینه هیأت امناها و در نهایت حاکمیت سازمانی همراه داشته باشد.

در این مطالعه با درک این نیاز و علم به دشواری و پیچیدگی طراحی یک فرایند ارزیابی عینی از هیأت امنا، طراحی الگوی مناسب و کاملی برای این مهم، موردتوجه قرار گرفت. در دستیابی به این هدف، تلاش شد با استفاده از روش‌های مطالعاتی مناسب و نظرات ذینفعان مختلف فرایند و توجه به مطالعات پیشین و شرایط و محیط دانشگاه‌های علوم پزشکی، مواردی را که لازم است برای سنجش و قضاوت در خصوص هیأت امنای دانشگاه مدنظر قرار داد را شناسایی کرد.

شناسایی این موارد، در نهایت ارائه الگویی برای ارزیابی هیأت امنای دانشگاه علوم پزشکی را نتیجه داد که دربردارنده‌ی جنبه‌های مختلف و مهم اندازه‌گیری هیأت امنای دانشگاه بود و جهت تولید ابزاری مناسب برای ارزیابی این هیأت امناها در کشور می‌توان از آن استفاده نمود. به‌نظر می‌رسد با ارائه الگوی پیش‌گفت، زمینه و بستر لازم برای ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌های علوم پزشکی فراهم شده باشد. از این روی انتظار می‌رود با مبنا قرار دادن این الگو، ارزیابی هیأت امناهای دانشگاه‌ها انجام گیرد و براساس نتایج ارزیابی و شناسایی نقاط قوت و قابل بهبود، راهکارهای اصلاحی جهت ارتقای هیأت‌ها و تعالی اداره‌ی دانشگاه‌ها طراحی و اجرا گردد.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

فهرست منابع:

Mehrdad R. Health System in Iran. International Medical Community. 2009;52(1):69-73.

Wietecha M, Lipstein SH, Rabkin MT. Governance of the Academic Health Center: Striking the Balance Between Service and Scholarship Academic Medicine. 2009;84(2):170-6.

Fielden J, Penelope P, Eva B, Barry M. The Changing Roles of University Governing Boards and Councils. International Encyclopedia of Education. Oxford: Elsevier. 2010; 273-8.

Ghourchiyan N, Araste H, Jafari P. Encyclopaedia of higher education, first edition, Tehran: The Great Persian Encyclopaedia Foundation; 2004. [Book in Persian]

Azargashb E, Arasteh H, Sabaghian Z, Towfighi J. An Evaluation of Boards of Trustees' Functions in Public Universities Affiliated to Ministry of Science, Research, and Technology (1991-2006). Quarterly journal of Research and Planning in Higher Education. 2008;13(4):1-20.

The law of formation of board of trustees of universities and institutions of higher education and research, approved in meeting number 181 (February 28 1989) and 183 (March 14 1989) by Cultural Revolution Council. [document in Persian]

The law of 4th program of economical, social and cultural development of Islamic Republic of Iran 2005-2009. Tehran: Management and Planning Organization; 2005. [book in Persian]

Management regulations for universities and higher education, research and technology institutions, approved in meeting number 684 (March 01 2011) by Cultural Revolution Council. [document in Persian]

Armstrong A, Unger Z. Assessment, evaluation and improvement of university council performance. Evaluation Journal of Australasia. 2009;9(1):46-54.

Collier J. Measuring and evaluating board performance. Measuring Business Excellence. 2004;8(3):12-7.

Morgan I. A formalised performance assessment process to improve audit committee performance in South Africa: a conceptual exploration. Southern African Business Review. 2010;14(2):89-117.

Swiecicki J. Trends in board performance. Trustee. 2011;64(4):24-6.

Nijmeddin W. Assessing governance effectiveness: a model for evaluating governance boards' performance in nonprofit organizations. United States -- California: Alliant International University, Fresno; 2007.

Northcott D, Smith J. Managing performance at the top: a balanced scorecard for boards of directors. Journal of Accounting & Organizational Change: Emerald Group Publishing Limited. 2010;7(1):33-56.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

Scissons EH. All numbers are not created equal: measurment issues in assessnig board governance. Corporate Governance. 2002;2(2):20-6.

Combes JR ,Totten MK. Board Member Evaluation Incorporates Core Competencies. Healthcare Executive. Sep/Oct 2010;25(5):70-1.

Combes JR. Effective boards begin with effective board members. Trustee: The Journal For Hospital Governing Boards 2009;62(9):26-9.

Curran CR, Totten MK. Enhancing Board Effectiveness. Nursing Economics. 2010;28(6):420-2.

Michael SO, Schwartz M, Cravcenco L. Evaluating higher education leadership: indicators of trustees' effectiveness. The International Journal of Educational Management. 2000;14(3):107-19.

Gautam K. Transforming hospital board meetings: guidelines for comprehensive change. Hospital Topics. 2005;83(3):25-31.

Stromstad D. High-Performing Boards Can Lead to CEO Success. Trustee. 2009;62(2):23.

Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Policy brief. 2003;15.

Rubenstein H, editor. Evaluating Boards of Directors: New standards and Factors to consider. The International Leadership Association Annual Conference; 2004; Guadalajara, Mexico.

Andrews NJ. Board self-evaluation process. Journal of Healthcare Management. 2006 Jan-Feb;51(1):60-6.

Epstein MJ, Roy MJ. Improving the performance of corporate boards: identifying and measuring the key drivers of success. Journal of General Management. 2004;29(3):1-23.

Kiel GC, Nicholson GJ. Evaluating boards and directors. Corporate Governance: An International Review. 2005;13(5):613-30.

Minichilli A, Gabrielsson J, Huse M. Board evaluations: making a fit between the purpose and the system. Corporate Governance: An International Review. 2007;15(4):609-22.

Murphy SA, McIntyre ML. Board of director performance: a group dynamics perspective. Corporate governance: Emerald Group Publishing Limited. 2007;7(2):209-24.

Orlikoff JE, Totten MK. Board self-evaluation turns 20: lessons learned and future trends. Trustee: The Journal For Hospital Governing Boards. 2005 58(10):17-20.

Nonprofit governing boards. Available from: http://www.sagepub.com/upm-data/23270_Chapter_3_Nonprofit_Governing_Boards.pdf.

Carver J. Boards that make a difference: A new design for leadership in nonprofit and public organizations. 3th edition, U.S.: Jossey-Bass; 2006.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

Davari A. The role of board of trustee in Iranian higher Education system, Parliament and research (Parliament and Strategy), 2009; 15 (59): 7-34. [article in Persian]

Aminlou H. Farzan H, Maftoun A, et al. The laws collection of board of trustee, Teharn: Ministry of Health and Medical Education, 2011. [book in Persian]

Kaske S, Mohebzadegan Y, Amirhosseini A. Performance Evaluation of the Board of Trustees of Iranian Universities and Research Centers, Research report, Reseach center of parliament, 2010. [report in Persian]

Steve OM, Michael S. Perceived role of trustees: A study of higher education institutions in Ohio. Library Consortium Management: An International Journal. 2000;2(2):54-72.

Kezar AJ. Rethinking Public Higher Education Governing Boards Performance: Results of a National Study of Governing Boards in the United States. Journal of Higher Education. 2006;77(6):968-1008.

Bevington J. Improving the performance of NHS boards. In View. 2005;19(September 2005).

Minichilli A, Gabrielsson J, Huse M. Board Evaluations: making a fit between the purpose and the system. Corporate Governance-an International Review. 2007 Jul;15(4):609-22.

Davis JA, Batchelor SA. The Effective College and University Board: A Report of a National Survey of Trustees and Presidents. Final Report. Association of Governing Boards of Universities and Colleges, One Dupont Circle, Suite 720, Washington, D.C., 1974.

Likins WH. Composition and performnace of governing boards of united methodist-affiliated colleges and universities az reported by chairpersons and presidents. Peabody college for teachers of Vanderbit University: Vanderbit University; 1979.

Chait R, Taylor B, editors. Evaluating Boards of Trustees: In Theory and in Practice. ASHE Annual Meeting Paper, 1987.

Holland TP, Chait RP, Taylor BE. Board effectiveness: Identifying and measuring trustee competencies. Research in Higher Education. 1989;30(4):435-53.

Williams SA, Hammons JO. An assessment plan for community college governing boards. Community/Junior College, Quarterly of Research and Practice. 1992;16(2):141-56.

Myers RE, Jr. Maintaining the public trust: Core competencies associated with effective governing boards of state multi-campus systems of higher education. United States - Maryland: University of Maryland College Park; 1997.

Kinkel AG. In search of trust: Identifying indicators of effective public higher education governing boards in the United States [9830257]. United States -- Minnesota: University of Minnesota; 1998.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

Michael SO, Schwartz M, Cravcenco L. Evaluating Higher Education Leadership: Indicators of Trustees' Effectiveness. International Journal of Educational Management. 2000;14(3):107-19.
Sortor JM. Trustee effectiveness at community colleges: Leadership in an externally controled environment: University of Massachusetts Boston; 2002.
Schenk DL. Identifying factors that contribute to the performance of campus-level boards in a multicampus system: Indiana State University; 2003.
CHEPA, Selection and Appoinment of Trustees to Public College and University Boards. Center for Higher Education Policy Analysis (CHEPA), University of Southern California, United Stated, 2006.
Gill M, Flynn RJ, Reissing E. The governance self-assessment checklist: An instrument for assessing board effectiveness. Nonprofit Management and Leadership. 2005;15(3):271-94.
Effective boards in the NHS? : a study of their behaviour and culture.
Fletcher KB. Improving board effectiveness: Suggestions from a recent study. Nonprofit world. 1991;9(4):24-6.
Blomberg R, Harmon R, Waldhoff S. One more time: improve your board through self-assessment. Hospital Topics. 2004;82(1):25-9.
Duncan-Marr A, Duckett SJ. Board self-evaluation: the Bayside Health experience. Australian Health Review. 2005;29(3):340-4.
McDonagh KJ, Umbdenstock RJ. Hospital Governing Boards: A Study of Their Effectiveness in Relation to Organizational Performance. Journal of Healthcare Management. 2006;51(6):377-89.
Kane NM, clark JR, Rivenson HL. The internal processes and behavioral dynamics of hospital boards: An exploration of differences between high- and low-performing hospitals. Health Care Management Review. 2008;34(1):80-91.
Langabeer JR, Galeener CA. Measuring board activity in governance of not-for-profit healthcare. TPHA Journal. 2008;60(1):22-5.
Chambers N, Benson L, Boyd A, Girling J. Assessing governance theory and practice in health-care organizations: a survey of UK hospices. Health Services Management Research. 2012;25:87-96.
Damari B, Aminlou H, Farzan H, Rahbari M, Alikhani S. Ways to improve the current performance of the boards of trustees of Medical Universities in Iran. Iranian J Publ Health. 2013;42(1):36-41.
Heydariabdi A. A study of attitude of member of university boards of trustees on board of trustees' Act and its consequences in university management. Tehran: Institute of research and planning for higher education, 2000.
Kaskeh S, Mohebzadegan Y. Strategic development of universities explanation of functional elements of board of trustees and trend analysis of

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]

function and combinition. Social Development and Welfare Planning. 2011;2(5):165-202.
Trochim WMK. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Evaluation and Program Planning. 1989;12(1):1-16.
Jabbar AM, Abelson J. Development of a framework for effective community engagement in Ontario, Canada. Health Policy. 2011;101:59-69.
Asgharpour, M. Group decision and games theory regarding operation research, Tehran: Tehran University; 2003. [book in Persian]
Salsali M, Parvizi S, Hajbagheri M. Qualitative research methods, Tehran: Boshra; 2003. [book in Persian]
Cogner JA, Lawler E. Indivitual director evaluations: The next step in boardroom effectiveness. IVEY Business Journal. 2003;67(7):28.
Cornforth C. What makes boards effective? An examination of the relationships between board inputs, structures, processes and effectiveness in non-profit organisations. Corporate Governance-an International Review. 2001 Jul;9(3):217-27.
Robinson M. Nonprofit boards that work: The end of one size fits all governance. New York: John Wiley; 2001.
Selim G, Verity J, Brewka E. Board Effectiveness: A literature review2009: p. 103.
Epstein MJ, Roy M. Improving the performance of corporate boards: Identifying and measuring the key drivers of success. Journal of General Management. 2004;29(3):1-23.
Minichilli A, Zattoni A, Zona F. Making Boards Effective: An Empirical Examination of Board Task Performance. British Journal of Management. 2009 Mar;20(1):55-74.
Duncan N, Victor D. Inside the "black box": the performance of boards of directors of unlisted companies. Corporate Governance. 2010;10(3):293-306.
Daley BJ, editor Using concept maps in qualitative research. Proceedings of the First International Conference on Concept Mapping. Universidad Pública de Navarra, Spain, 2004.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-11-23]