

Keywords:

Educational Quality
Grounded Theory Method
Medical University
Model

An Integrated Model of Conditions, Processes, and Outcomes of Educational Quality: A Study of Universities of Medical Sciences

Atefeh Heidari¹, Nagi Kamali², and Mohammad Mojtazadeh³

1. PhD Student in Educational Management, Department of Educational Sciences, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran. E-mail: atefeh.heidari1010@iau.ac.ir
2. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Educational Sciences, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran. E-mail: Kamali_naghi@iau.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Educational Administration, Farhangian University, P.O. Box 14665-889, Tehran, Iran. E-mail: m.mojtabazadeh@cfu.ac.ir

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to design an integrated model of the conditions, processes, and outcomes of educational quality in universities of medical sciences.

Method: This applied, descriptive, and qualitative study was conducted using the grounded theory approach based on the Strauss and Corbin (1990) model. Data were collected through semi-structured interviews with 21 experts. Purposeful sampling was employed and continued until theoretical saturation was achieved. Data analysis was carried out in three stages: open, axial, and selective coding. To ensure the trustworthiness of the findings, credibility, transferability, confirmability, and dependability criteria were applied. The reliability of the coding process was confirmed using Cohen's kappa coefficient (0.808).

Results: The findings indicated that educational quality is a multidimensional, dynamic, and systemic phenomenon shaped through continuous interaction among conditions, strategies, and outcomes. In total, 90 initial concepts were extracted and organized into 30 major categories and 10 core categories, including curriculum quality, comprehensive educational services, faculty competencies, educational evaluation, clinical learning, educational governance, digital education, internal evaluation, educational ethics and justice, and educational data intelligence. These categories were integrated into a comprehensive model entitled the "Integrated Educational Quality System," encompassing five main dimensions: causal conditions, contextual conditions, intervening conditions, interactive strategies, and consequences.

Conclusions: Achieving educational quality in universities of medical sciences requires adopting an integrated and systematic approach that simultaneously addresses structural, managerial, procedural, value-based, and outcome-oriented dimensions. The proposed model provides a context-based and evidence-informed framework for policymaking, performance improvement, enhancement of clinical learning, and strengthening social accountability.

Cite this article: Heidari, A., Kamali, N., & Mojtazadeh, M. (2025). An Integrated Model of Conditions, Processes, and Outcomes of Educational Quality: A Study of Universities of Medical Sciences. *Journal of Research in Educational Systems*, 19 (X), 1-20. <http://doi.org/0000000000000000>



Introduction

In higher education research, educational quality is commonly described as a multidimensional, dynamic, and context-dependent concept influenced by approaches such as quality assurance, continuous improvement, total quality management, and accreditation frameworks (Martínez-Rojas et al., 2026). Various national and international models have been developed to assess educational quality, focusing on dimensions such as curriculum design, teaching effectiveness, learning environments, assessment systems, human resources, and educational infrastructure (Nara, 2025). However, research indicates that the effectiveness of these models depends largely on their alignment with institutional missions, cultural contexts, and disciplinary characteristics. Models adopted without contextual adaptation often fail to reflect the complexity of local educational systems, particularly in medical education (Guil Gorostidi & Rubio-Arostegui, 2026). In Iran, initiatives such as internal evaluation, SERVQUAL-based assessments, and accreditation programs have been implemented in Universities of Medical Sciences. Nevertheless, these activities are often fragmented, tool-oriented, and not sufficiently grounded in a coherent theoretical framework. Empirical studies also report gaps between the current and desirable states of educational quality, especially in teaching effectiveness, educational justice, clinical learning environments, and support services (Soltanifar et al., 2025). These challenges highlight the need for a comprehensive, context-sensitive model of educational quality tailored to Iranian medical universities. Therefore, this study aimed to identify the key dimensions and components of an educational quality model for Iranian Universities of Medical Sciences based on expert perspectives.

Method

This study used a qualitative, applied, descriptive design to develop a conceptual model of educational quality in Universities of Medical Sciences. The qualitative approach was selected because educational quality is complex, multidimensional, context-dependent, and requires deep exploration of experts' experiences and perceptions.

Research Design

Grounded theory, based on Strauss and Corbin (1990), was employed. This method, suitable for areas with limited or fragmented theory, enabled inductive

identification of concepts, categories, and relationships related to educational quality and their integration into a coherent theoretical model.

Study Population and Sampling

Participants were experts in medical education, educational management, and quality assurance in Iranian Universities of Medical Sciences, including: (1) educational managers and policymakers, (2) faculty members with expertise in education or curriculum, and (3) researchers in educational quality and evaluation. Purposive theoretical sampling was used to select information-rich cases, and continued until theoretical saturation was reached after 21 semi-structured interviews, when no new concepts emerged (Radackrian, 2014; Homan, 2024).

Inclusion and Exclusion Criteria

Inclusion criteria were: doctoral degree in relevant fields, professional experience in higher education or medical education management, and willingness to participate. Individuals with insufficient experience, unwillingness to continue, superficial responses, or serious time constraints were excluded.

Data Collection

Data were gathered through semi-structured exploratory interviews with open-ended questions focusing on participants' experiences and evaluations of educational quality. All interviews were conducted with informed consent, audio-recorded, and transcribed verbatim.

Data Analysis

Data analysis followed the three-stage coding process of grounded theory. During open coding, interview transcripts were examined line by line, and initial concepts were identified. This process resulted in the extraction of 90 initial concepts representing diverse aspects of educational quality. In axial coding, related concepts were grouped into broader categories, leading to the identification of 30 major categories and their integration into 10 core categories. Finally,

selective coding involved integrating these core categories around a central phenomenon and developing a theoretical model that explained the relationships among conditions, strategies, and outcomes (Strauss & Corbin, 1990; Mojtabaizadeh et al., 2018).

Validity and Reliability

Rigor was ensured using credibility, transferability, dependability, and confirmability criteria. Credibility was enhanced through member checking; transferability through purposive sampling and thick description; and dependability and confirmability through systematic documentation of data collection and analysis procedures (Hosseini Largani & Mojtabaizadeh, 2021).

Results

The findings showed that educational quality in Universities of Medical Sciences is a multidimensional, dynamic, and systemic phenomenon arising from continuous interactions among structural, human, managerial, technological, and ethical components. Analysis of the interviews led to the extraction of 90 initial concepts, which were condensed into 30 major categories and finally integrated into 10 core categories: curriculum quality, comprehensive educational services, faculty competencies, educational assessment, clinical learning, educational governance, digital education, internal evaluation, ethics and educational justice, and educational data intelligence. Through selective coding, these core categories were integrated into a central phenomenon labeled the “Integrated Educational Quality System.” This system consists of five main dimensions: (1) causal conditions, including curriculum quality, comprehensive educational services, and faculty competencies; (2) contextual conditions, including digital education and internal evaluation; (3) intervening conditions, including educational governance and educational data intelligence; (4) interactive strategies, including educational assessment and ethics and educational justice; and (5) educational outcomes, represented by clinical learning. Curriculum quality emerged as the foundational element, emphasizing alignment among objectives, content, teaching methods, and learning outcomes (Ashwin, 2025; Derouich, 2025). Comprehensive educational services translated

curriculum design into students’ actual learning experiences, while faculty competencies were central to effective teaching–learning interactions. At the systemic level, educational governance and educational data intelligence supported policy coherence, resource management, and evidence-based decision-making (Baby et al., 2025). Digital education and internal evaluation promoted flexibility, organizational learning, and continuous quality improvement (Allameh et al., 2025; Arero et al., 2025). Educational assessment and ethics and educational justice guided learning through feedback, transparency, and fairness (Duarte et al., 2025; Eliasi et al., 2025). Ultimately, clinical learning was identified as the core educational outcome, reflecting students’ ability to apply knowledge and skills in real professional contexts (Soltanifar et al., 2025).

Conclusions

This study developed a comprehensive, context-sensitive model of educational quality for Iranian Universities of Medical Sciences based on expert insights and empirical data. The findings show that improving educational quality requires an integrated, systemic approach that addresses structural, managerial, technological, ethical, and outcome-oriented dimensions simultaneously. The proposed Integrated Educational Quality System provides a practical framework to guide educational policymaking, institutional development, and quality assurance. It emphasizes that sustainable quality cannot be achieved through isolated actions but through coherent alignment of curriculum, faculty development, governance, assessment, digital infrastructure, and ethical principles. Overall, this model supports enhanced educational effectiveness, improved clinical learning, and greater social accountability within Iran’s medical education system.

Author Contributions

The authors’ roles in this research, derived from a doctoral dissertation, were as follows: the first author managed data collection, analysis, and the initial manuscript draft; the second author supervised the project, reviewed findings, and finalized the manuscript; and the third author contributed to the research design, oversight, and manuscript refinement.

Data Availability Statement

The data supporting the findings of this study are available from the authors upon reasonable request.

Acknowledgements

The authors sincerely thank all participants who contributed to this study.

Ethical Considerations

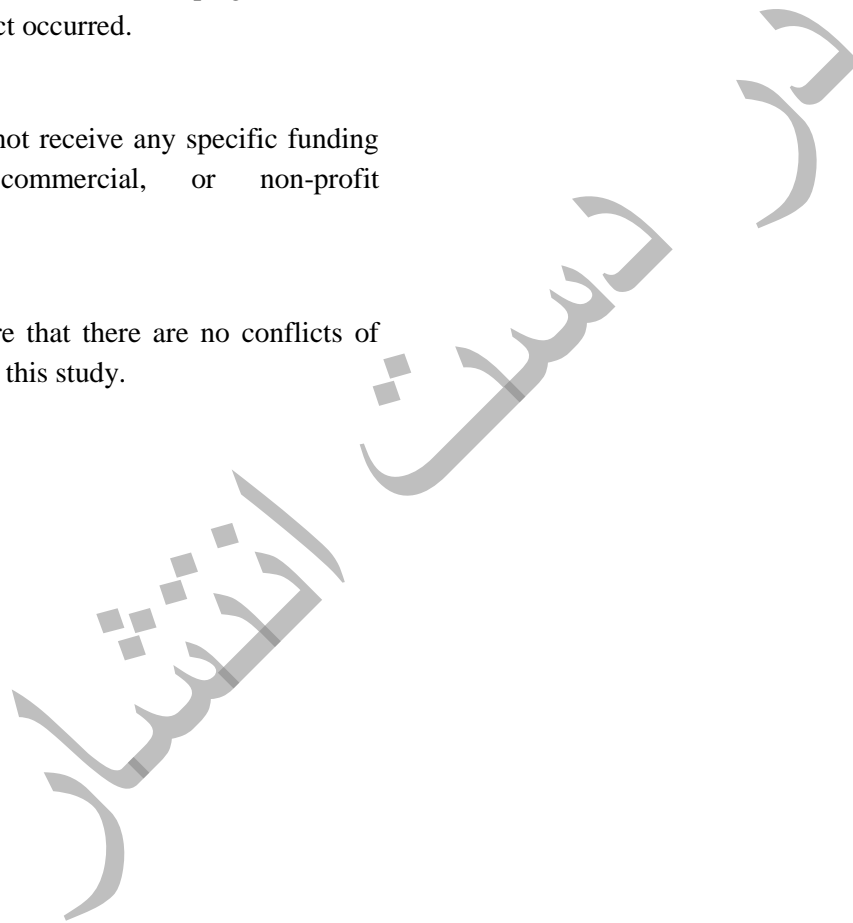
The study was conducted ethically, ensuring no data fabrication, falsification, plagiarism, or research misconduct occurred.

Funding

This research did not receive any specific funding from public, commercial, or non-profit organizations.

Conflict of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest concerning this study.





پژوهش در نظام‌های آموزشی

دوره 19، شماره 68، 1404
ص 5-20

شاپا (چاپی): 2783-2341
شاپا (الکترونیکی): 2383-1324

Homepage: www.wjier.ir

درباره مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: 1404/02/07
تاریخ بازنگری: 1404/00/00
تاریخ پذیرش: 1404/00/00
تاریخ انتشار: 1404/00/00

واژه‌های کلیدی:

الگو
دانشگاه علوم پزشکی
روش داده‌بنیاد
کیفیت آموزشی

الگوی یکپارچه شرایط، فرایند و پیامدهای کیفیت آموزشی (مورد مطالعه: دانشگاه‌های علوم پزشکی)

عاطفه حیدری^۱، نقی کمالی^۲، و محمد مجتبی‌زاده^۳

۱. دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. رایانامه: atefeh.eidari1010@iau.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، دانشیار گروه علوم تربیتی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. رایانامه: Kamali_naghi@iau.c.ir

۳. استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی ۸۸۹-۱۴۶۶۵، تهران، ایران. رایانامه: m.mojtabazadeh@cfu.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش طراحی الگوی یکپارچه شرایط، فرایندها و پیامدهای کیفیت آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی بود.

روش: پژوهش حاضر، کاربردی، توصیفی و کیفی و مبتنی بر رویکرد نظریه داده‌بنیاد با الگوی اشتراوس و کورین (۱۹۹۰) بود. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۱ نفر از خبرگان گردآوری شد. نمونه‌گیری هدفمند و تا اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شد. برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، از معیارهای اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و قابلیت اطمینان استفاده شد و پایایی کدگذاری با ضریب کاپای کوهن ۰/۸۰۸ تأیید شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که کیفیت آموزشی پدیده‌ای چندبعدی، پویا و سیستمی است که از تعامل مستمر میان شرایط، راهبردها و پیامدها شکل می‌گیرد. در مجموع، ۹۰ مفهوم اولیه استخراج شد که در قالب ۳۰ مقوله عمده و ۱۰ مقوله هسته‌ای شامل کیفیت برنامه درسی، خدمات آموزشی جامع، مهارت اساتید، ارزیابی آموزشی، یادگیری بالینی، حکمرانی آموزشی، آموزش دیجیتال، ارزیابی درونی، اخلاق و عدالت آموزشی و هوش داده‌ای آموزشی سازمان‌دهی گردید. این مقوله‌ها در قالب الگویی جامع با عنوان «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» بازسازی شدند که پنج بُعد اصلی شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردهای تعاملی و پیامدها را در بر می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: تحقق کیفیت آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی مستلزم اتخاذ رویکردی یکپارچه و نظام‌مند است که هم‌زمان به ابعاد ساختاری، مدیریتی، فرایندی، ارزشی و پیامدی توجه داشته باشد. الگوی ارائه‌شده می‌تواند به‌عنوان چهارچوبی بومی و مبتنی بر شواهد برای سیاست‌گذاری، بهبود عملکرد، ارتقای یادگیری بالینی و تقویت پاسخگویی اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

استناد به این مقاله: حیدری، ع.، کمالی، ن.، و مجتبی‌زاده، م. (۱۴۰۴). الگوی یکپارچه شرایط، فرایند و پیامدهای کیفیت آموزشی (مورد مطالعه: دانشگاه‌های علوم پزشکی). پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۹(۶۸)، ۱-۲۰.
<http://doi.org/00000000000000000000000000000000>

ناشر: انجمن پژوهش‌های آموزشی ایران

© نویسندگان



مقدمه

کیفیت آموزشی^۱ به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بنیادین نظام آموزش عالی، نقشی تعیین‌کننده در ارتقای اثربخشی فرایندهای یاددهی - یادگیری^۲، توسعه شایستگی‌های حرفه‌ای دانش‌آموختگان و پاسخگویی اجتماعی^۳ دانشگاه‌ها ایفا می‌کند. در دانشگاه‌های علوم پزشکی، اهمیت کیفیت آموزشی دوچندان است؛ زیرا خروجی این نظام آموزشی مستقیماً با سلامت جامعه، ایمنی بیماران و کارآمدی نظام سلامت پیوند دارد. آموزش با کیفیت، زمینه‌ساز تربیت نیروی انسانی متعهد، توانمند و برخوردار از صلاحیت‌های علمی، حرفه‌ای و اخلاقی است و می‌تواند به بهبود کیفیت پژوهش‌های آموزشی، ارتقای نوآوری‌های آموزشی و توسعه خدمات سلامت مبتنی بر شواهد منجر شود (Fatel et al., 2025; Ashwin, 2025). از این‌رو، توجه نظام‌مند به کیفیت آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، نه تنها یک ضرورت آموزشی، بلکه یک الزام راهبردی برای تحقق مأموریت‌های کلان آموزش، پژوهش و خدمت در این دانشگاه‌ها محسوب می‌شود (Soltanifar et al., 2025).

در ادبیات آموزش عالی، کیفیت آموزشی مفهومی چندبُعدی، پویا و وابسته به بافت تلقی می‌شود که از رویکردهای گوناگونی همچون تضمین کیفیت، بهبود مستمر، مدیریت جامع کیفیت و اعتباربخشی متأثر است (Martínez-Rojas et al., 2026). الگوهای متعددی در سطح ملی و بین‌المللی برای تبیین و ارزیابی کیفیت آموزشی ارائه شده‌اند که از جمله می‌توان به مدل‌های سروکوال^۴، برنامه بهبود کیفیت آموزشی دانشگاهی^۵، ارزیابی درونی^۶، مدیریت جامع کیفیت^۷ و چهارچوب‌های مبتنی بر پیامدهای یادگیری اشاره کرد (Nara, 2025). این الگوها عموماً بر ابعادی مانند برنامه درسی، کیفیت تدریس، محیط یادگیری، نظام ارزشیابی، منابع انسانی و زیرساخت‌های آموزشی تأکید دارند. با این حال، مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که اثربخشی این مدل‌ها تا حد زیادی به انطباق آن‌ها با زمینه فرهنگی، نهادی و مأموریتی دانشگاه‌ها وابسته است و الگوهای اقتباسی بدون بومی‌سازی، با محدودیت‌های جدی مواجه می‌شوند (Guil Gorostidi & Rubio-Arostegui, 2026).

بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران نشان می‌دهد که اگرچه اقدامات متعددی در زمینه ارزیابی و بهبود کیفیت آموزشی صورت گرفته است، اما این تلاش‌ها اغلب پراکنده، ابزارمحور و فاقد چهارچوب نظری یکپارچه بوده‌اند. مطالعات مبتنی بر ارزیابی درونی و مدل سروکوال، وجود شکاف معنادار میان وضعیت موجود و مطلوب کیفیت آموزشی را در ابعادی مانند کیفیت تدریس، عدالت آموزشی، محیط یادگیری بالینی و خدمات آموزشی گزارش کرده‌اند (Soltanifar et al., 2025). افزون بر این، چالش‌هایی مانند عدم انسجام سیاست‌های کیفیت، ضعف نظام بازخورد، ناهماهنگی میان مأموریت‌های آموزشی و نیازهای نظام سلامت و فقدان الگوی بومی جامع، ضرورت بازاندیشی در رویکردهای موجود را برجسته می‌سازد (Saeedi & Panahi, 2025).

در بررسی Ashwin (2025) کیفیت آموزشی به‌عنوان میزان تحقق مؤثر، کارآمد و متوازن اهداف آموزشی دانشگاه‌ها در ابعاد ساختاری، فرایندی و پیامدی تعریف می‌شود؛ به‌گونه‌ای که منجر به ارتقای شایستگی‌های حرفه‌ای، اخلاقی و پژوهشی فراگیران و افزایش پاسخگویی اجتماعی دانشگاه گردد. به عبارتی، کیفیت آموزشی، ناظر بر مجموعه‌ای یکپارچه از مؤلفه‌ها شامل برنامه درسی

1. educational quality

2. teaching-learning processes

3. social accountability

4. SERVQUAL model

5. Academic Quality Improvement Program (AQIP)

6. internal evaluation

7. total quality management

مبتنی بر شواهد، کیفیت تدریس و یادگیری، محیط‌های آموزشی بالینی و مجازی، نظام ارزشیابی، توانمندسازی اعضای هیئت‌علمی و حکمرانی آموزشی^۱ است. کیفیت آموزشی از طریق شاخص‌ها و ابعادی سنجیده می‌شود که متناسب با زمینه، مأموریت‌ها و اقتضات دانشگاه‌ها طراحی و بر اساس دیدگاه خبرگان آموزش اعتباریابی می‌گردد (حسینی گرگانی و مجتبی‌زاده، ۱۴۰۰؛ Eliasi et al., 2025).

باتوجه به پیچیدگی مفهوم کیفیت آموزشی، تنوع ذی‌نفعان و ویژگی‌های خاص دانشگاه‌های علوم پزشکی، فقدان یک الگوی جامع، بومی و مبتنی بر اجماع خبرگان همچنان به‌عنوان یک خلأ اساسی در نظام آموزش پزشکی ایران مطرح است. براین‌اساس، هدف اصلی تحقیق، طراحی الگوی کیفیت آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس دیدگاه خبرگان است. دستیابی به چنین الگویی می‌تواند مبنایی علمی برای سیاست‌گذاری، بهبود عملکرد آموزشی - پژوهشی، ارتقای پاسخگویی نهادی و تقویت اعتماد اجتماعی به دانشگاه‌های علوم پزشکی فراهم آورد.

روش

روش مطالعه در زمره تحقیقات کاربردی^۲، توصیفی^۳ و کیفی^۴ با رویکرد نظریه داده‌بنیاد^۵ مبتنی بر الگوی Strauss & Corbin (1990) بود.

جامعه هدف پژوهش شامل خبرگان، متخصصان و افراد مطلع در حوزه آموزش علوم پزشکی، مدیریت آموزشی و تضمین کیفیت بود که مجموعاً ۲۱ نفر در سه گروه «مدیران» (۷ نفر)، «اعضای هیئت‌علمی» (۷ نفر) و «متخصصان» (۷ نفر) مشارکت داشتند. از نظر جنس، ترکیب نمونه شامل ۱۵ مرد (۷۱/۴٪) و ۶ زن (۲۸/۶٪) بود. از نظر مدرک تحصیلی، تمامی مشارکت‌کنندگان دارای مدرک دکتری تخصصی (۱۰۰٪) در رشته‌های آموزش پزشکی، مدیریت آموزشی، مدیریت آموزش عالی، برنامه‌ریزی درسی، پرستاری، پزشکی بالینی، داروسازی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و علوم آزمایشگاهی بودند. در بُعد مرتبه علمی، افراد در سه سطح «استادیار» (۹ نفر، ۴۲/۹٪)، «دانشیار» (۹ نفر، ۴۲/۹٪) و «استاد» (۳ نفر، ۱۴/۲٪) قرار داشتند. از نظر جایگاه شغلی، ۷ نفر (۳۳/۳٪) در سمت‌های مدیریتی آموزشی، ۷ نفر (۳۳/۳٪) عضو هیئت‌علمی، و ۷ نفر (۳۳/۳٪) در نقش‌های تخصصی شامل مشاوره و پژوهش در حوزه آموزش فعالیت داشتند. میانگین سابقه حرفه‌ای مرتبط مشارکت‌کنندگان در حوزه آموزش علوم پزشکی بین ۹ تا ۱۵ سال بود و بیشترین فراوانی مربوط به بازه ۱۰ تا ۱۲ سال سابقه حرفه‌ای بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند غیرتصادفی^۶ انجام شد تا افرادی با تجربه و آگاهی کافی برای ارائه داده‌های غنی انتخاب شوند و فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری^۷، یعنی، مصاحبه با ۲۱ نفر، ادامه یافت.

معیارهای ورود شامل تحصیلات عالی مرتبط در مقطع دکتری مانند مدیریت آموزشی، آموزش پزشکی، برنامه‌ریزی درسی یا رفتار سازمانی، سابقه حرفه‌ای مرتبط با مدیریت و آموزش دانشگاهی و تمایل به مشارکت در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود، و معیارهای خروج شامل فقدان تجربه مرتبط، عدم تمایل به ادامه مشارکت، ارائه اطلاعات سطحی یا غیرقابل تحلیل و محدودیت‌های زمانی تعیین شد. ابزار اصلی گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته اکتشافی بود که امکان دریافت داده‌های عمیق و

1. Educational governance

2. Applied

3. Descriptive

4. Qualitative

5. Grounded Theory

6. Purposive non-probability sampling

7. Theoretical Saturation

منعطف را فراهم می‌کرد و سؤالات آن به‌صورت باز، پیگیرانه و کاوشگرانه طراحی شدند تا دیدگاه‌ها، تجربیات و ارزش‌های مشارکت‌کنندگان درباره کیفیت آموزشی استخراج شود. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانه ضبط شدند و برای تحلیل آماده شدند. در سؤال محوری از مشارکت‌کنندگان خواسته شد توضیح دهند که «کیفیت آموزشی» در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران تحت‌تأثیر چه عوامل کلیدی قرار می‌گیرد و این عوامل چگونه در عمل تحقق می‌یابند؛ به‌ویژه اینکه کیفیت چگونه از طریق طراحی و اجرای برنامه‌های درسی، ارائه خدمات آموزشی، شیوه‌های تدریس و یادگیری به‌ویژه در محیط‌های بالینی و مجازی، نظام‌های ارزیابی و پایش کیفیت، عدالت و اخلاق آموزشی، حکمرانی و سیاست‌گذاری آموزشی، بهره‌گیری از داده‌ها و فناوری‌های نوین، و تعاملات حرفه‌ای میان مدیران، استادان و دانشجویان شکل می‌گیرد، تقویت می‌شود و تداوم می‌یابد. در ادامه از مشارکت‌کنندگان خواسته شد نقش برنامه‌های درسی (از نظر اهداف، محتوا، انسجام و روزآمدی)، کیفیت خدمات آموزشی و میزان رضایت دانشجویان، نحوه تحقق عدالت آموزشی و تأثیر آن بر کیفیت، کیفیت آموزش بالینی و عوامل اثرگذار بر یادگیری حرفه‌ای، نقش مدیران و نظام حکمرانی آموزشی در سیاست‌گذاری و مدیریت منابع، اثر آموزش دیجیتال و زیرساخت‌های فناوری آموزشی، تجربه آنان در زمینه ارزیابی آموزشی، خودارزیابی درونی، پایش مستمر و بازنگری برنامه‌های آموزشی، نقش اصول اخلاقی، شفافیت و تعاملات حرفه‌ای، و نیز کارکرد داده‌ها و شواهد در بهبود تصمیم‌گیری‌های آموزشی تبیین شود. همچنین از مشارکت‌کنندگان خواسته شد توضیح دهند که به نظر آنان ترکیب چه مجموعه‌ای از عوامل آموزشی، مدیریتی، فناورانه و اخلاقی موجب می‌شود یک دانشگاه علوم پزشکی از نظر کیفیت آموزشی موفق و اثربخش تلقی شود. در بخش دوم مصاحبه نیز به شناسایی ملاک‌ها و شاخص‌های کیفیت آموزشی پرداخته شد و از مشارکت‌کنندگان خواسته شد بیان کنند چه معیارهای مشخص و قابل مشاهده‌ای نشان می‌دهد که یک دانشگاه علوم پزشکی به سطح مطلوب کیفیت آموزشی دست‌یافته است، این شاخص‌ها چگونه در عمل ارزیابی می‌شوند، چه شواهد و نشانه‌هایی در حوزه‌هایی همچون برنامه درسی، خدمات آموزشی، آموزش بالینی، ارزیابی آموزشی، زیرساخت‌های فناوری، عدالت آموزشی و اخلاق حرفه‌ای بیانگر تحقق کیفیت هستند، و کدام معیارها بیشترین نقش را در تمایز دانشگاه‌های با کیفیت آموزشی بالا از دانشگاه‌های با کیفیت پایین ایفا می‌کنند. در پایان، مشارکت‌کنندگان تشویق شدند نمونه‌های واقعی از تجربه‌های خود را در تأیید یا نقد کیفیت آموزشی بیان کنند.

تحلیل داده‌ها بر اساس نظریه داده‌بنیاد و در سه مرحله انجام شد: ابتدا با کُدگذاری باز، متن مصاحبه‌ها خط‌به‌خط بررسی شد و مفاهیم اولیه استخراج گردید، سپس با کُدگذاری محوری، گُد‌های اولیه در قالب مقوله‌های گسترده‌تر سازمان‌دهی شدند و روابط میان عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها شناسایی شد، و در آخر با کُدگذاری گزینشی، مقوله‌ها یکپارچه شدند و الگوی کیفیت آموزشی با سه بُعد اصلی شامل عوامل شرایطی (شرایط علی، شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر)، راهبردها/تعاملات و پیامدهای کیفیت آموزشی تدوین شد (مجتبی‌زاده و دیگران، ۱۳۹۷).

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، داده‌های کیفی از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۱ نفر از مدیران، اعضای هیئت‌علمی و متخصصان دانشگاه‌های علوم پزشکی جمع‌آوری شد و با استفاده از رویکرد داده‌بنیاد و مدل استقرایی (Strauss & Corbin (1990) تحلیل شد. فرایند تحلیل شامل سه مرحله کُدگذاری باز، کُدگذاری محوری و کُدگذاری گزینشی بود. در مرحله کُدگذاری باز، متن مصاحبه‌ها به‌صورت خط‌به‌خط بررسی شد و مفاهیم اولیه استخراج شد. پس از پالایش و سازمان‌دهی داده‌ها، ۹۰ مفهوم اولیه شناسایی شد که دامنه گسترده‌ای از عناصر کیفیت آموزشی را شامل می‌شد. این مفاهیم عناصر

مختلفی از جمله کیفیت برنامه درسی، شایستگی و مهارت تدریس اساتید، انسجام و به‌روزرسانی برنامه، امکانات و منابع آموزشی، روش‌های ارزشیابی، یادگیری بالینی و سایر عوامل مرتبط با تجربه آموزشی دانشجویان را دربرمی‌گرفت. نمونه‌ای از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان و گداهای استخراج‌شده از مرحله کدگذاری باز در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. جدول نقل قول‌های تفصیلی مصاحبه‌ها و گداهای استخراج‌شده

ردیف	گداهای استخراج‌شده	شماره مصاحبه‌شونده	اصل نقل قول (متن مصاحبه)
۱	هم‌راستایی اهداف و محتوا، انسجام ساختاری برنامه، به‌روز بودن برنامه درسی	۱۴، ۳	از نظر من زمانی می‌توان گفت برنامه درسی باکیفیت است که اهداف آموزشی با محتوای دروس هم‌راستایی کامل داشته باشند و بین اجزای مختلف آن یک انسجام ساختاری منطقی و مرحله‌ای وجود داشته باشد. اگر دروس پراکنده و بدون پیوستگی ارائه شوند، یادگیری عمیق شکل نمی‌گیرد. علاوه بر این، بسیار مهم است که برنامه درسی به‌روز باشد و متناسب با تحولات علمی و نیازهای جدید بازنگری شود.
۲	دسترسی به امکانات آموزشی، پشتیبانی اداری و آموزشی، رضایت‌مندی دانشجویان	۱۸، ۱	در تجربه ما، وقتی دسترسی دانشجویان به امکانات آموزشی مانند منابع علمی، فضاهای یادگیری و تجهیزات فراهم باشد، کیفیت یادگیری ارتقا پیدا می‌کند. در کنار آن، وجود پشتیبانی اداری و آموزشی کارآمد نقش تسهیل‌گر دارد، زیرا اگر امور اجرایی به‌درستی مدیریت نشود، فرایند آموزش دچار اختلال می‌شود. مجموع این شرایط در نهایت بر رضایت‌مندی دانشجویان از تجربه آموزشی اثر مستقیم می‌گذارد.
۳	شایستگی علمی تخصصی، مهارت‌های تدریس، تعامل استاد - دانشجو	۲۰، ۵	کیفیت آموزش وابسته به شایستگی علمی تخصصی استادان است، زیرا دانشجو باید اطمینان داشته باشد که مطالب ارائه‌شده مبتنی بر دانش روز است. علاوه بر این، مهارت‌های تدریس استادان در انتقال مفاهیم پیچیده اهمیت زیادی دارد. همچنین زمانی که تعامل سازنده میان استاد و دانشجو برقرار باشد، مشارکت فعال و یادگیری عمیق‌تری شکل می‌گیرد.
۴	استانداردسازی آزمون‌ها، تنوع روش‌های سنجش، بازخورد آموزشی مؤثر	۸، ۱۶، ۲	برای ارتقای کیفیت آموزش لازم است آزمون‌ها تا حد امکان استانداردسازی شوند تا عدالت در سنجش حفظ شود. از سوی دیگر باید از تنوع روش‌های سنجش مانند آزمون‌های کتبی، عملی و پروژه‌ای استفاده شود تا ابعاد مختلف یادگیری ارزیابی گردد. نکته مهم دیگر ارائه بازخورد آموزشی مؤثر به دانشجویان است تا بتوانند عملکرد خود را اصلاح کنند.
۵	کیفیت محیط بالینی، فرصت‌های یادگیری عملی، راهنمایی و نظارت بالینی	۲۱، ۶	در آموزش پزشکی، کیفیت محیط بالینی اهمیت اساسی دارد، زیرا بسیاری از مهارت‌ها در فضای واقعی درمانی شکل می‌گیرد. اگر فرصت‌های یادگیری عملی کافی برای دانشجویان فراهم شود، آن‌ها می‌توانند دانش نظری خود را در عمل به کار گیرند. در کنار آن، وجود راهنمایی و نظارت بالینی مستمر از سوی استادان باعث می‌شود تجربه عملی به یادگیری مؤثر تبدیل شود.
۶	سیاست‌گذاری آموزشی، مدیریت منابع آموزشی، هماهنگی ساختاری	۱۷، ۴	برای عملکرد اثربخش نظام آموزشی، وجود سیاست‌گذاری آموزشی شفاف و هدفمند ضروری است. همچنین مدیریت صحیح منابع آموزشی باعث استفاده بهینه از امکانات می‌شود. در کنار این موارد، اگر هماهنگی ساختاری بین بخش‌های مختلف آموزشی برقرار باشد، اجرای برنامه‌ها با موفقیت بیشتری همراه خواهد بود.
۷	زیرساخت فناوری آموزشی، کیفیت آموزش مجازی، تعامل دیجیتال یادگیرندگان	۱۵، ۱۲	امروزه وجود زیرساخت مناسب فناوری آموزشی یکی از پیش‌نیازهای اساسی ارتقای کیفیت آموزش است. این زیرساخت امکان ارائه آموزش مجازی با کیفیت مطلوب را فراهم می‌کند. علاوه بر آن، باید شرایطی ایجاد شود که تعامل دیجیتال یادگیرندگان در محیط آنلاین تقویت گردد تا یادگیری فعال شکل بگیرد.
۸	خودارزیابی آموزشی، پایش مستمر کیفیت، بازنگری برنامه‌ها	۱۳، ۷	یکی از راهکارهای مهم ارتقای کیفیت، اجرای منظم فرایند خودارزیابی آموزشی در دانشگاه است. در کنار آن، انجام پایش مستمر کیفیت برنامه‌ها کمک می‌کند نقاط ضعف و قوت به‌موقع شناسایی شوند. نتایج این اقدامات باید به بازنگری و اصلاح برنامه‌های آموزشی منجر شود تا چرخه بهبود کیفیت تکمیل گردد.

ردیف	کدهای استخراج شده	شماره مصاحبه شونده	اصل نقل قول (متن مصاحبه)
۹	عدالت در فرصت‌های آموزشی، رعایت اصول اخلاقی، شفافیت آموزشی	۹، ۱۰	در نظام آموزشی لازم است عدالت در فرصت‌های آموزشی برای همه دانشجویان رعایت شود تا دسترسی برابر به امکانات فراهم گردد. همچنین رعایت اصول اخلاقی در تعاملات آموزشی بسیار اهمیت دارد. افزون بر این، وجود شفافیت در فرایندهای آموزشی و ارزیابی موجب افزایش اعتماد و احساس عدالت در میان دانشجویان می‌شود.
۱۰	تحلیل داده‌های آموزشی، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، کاربرد هوش مصنوعی	۱۹، ۱۱	استفاده از تحلیل داده‌های آموزشی می‌تواند الگوهای یادگیری و نقاط ضعف منظومه را آشکار کند. این امر زمینه را برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در سطح مدیریتی فراهم می‌کند. همچنین به‌کارگیری فناوری‌های نوین مانند هوش مصنوعی در تحلیل داده‌های آموزشی می‌تواند دقت و کارآمدی تصمیم‌های آموزشی را افزایش دهد.

در مرحله کُدگذاری محوری، مفاهیم مشابه در قالب ۳۰ مقوله عمده سازماندهی شدند و این مقوله‌ها در سطحی بالاتر به ۱۰ مقوله هسته‌ای یا عوامل اصلی کیفیت آموزشی تجمیع گردیدند. این عوامل شامل کیفیت برنامه درسی، خدمات آموزشی جامع، مهارت اساتید، ارزیابی آموزشی، یادگیری بالینی، حکمرانی آموزشی، آموزش دیجیتال، ارزیابی درونی، اخلاق و عدالت آموزشی و هوش داده‌ای آموزشی بودند. پس از کُدگذاری محوری، خط داستان مقوله‌های هسته‌ای به‌منظور تبیین روابط میان آن‌ها تدوین شد. خط داستان، روایتی تحلیلی است که نشان می‌دهد مقوله‌های هسته‌ای استخراج شده چگونه در قالب یک نظام پویا و به‌هم‌پیوسته، کیفیت آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی را شکل می‌دهند. یافته‌ها نشان داد که کیفیت آموزشی پدیده‌ای چندبُعدی و فرایندی است که از تعامل مستمر میان عناصر برنامه‌ای، اجرایی، انسانی، مدیریتی و ارزشیابی حاصل می‌شود. بر اساس داده‌های مصاحبه، خط داستان از «کیفیت برنامه درسی» آغاز شد. مشارکت‌کنندگان برنامه درسی را زیربنای اصلی کیفیت آموزشی دانستند و تأکید کردند که هم‌راستایی اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی - یادگیری و پیامدهای آموزشی، شرط اساسی تحقق کیفیت است. همچنین یافته‌ها نشان داد که برنامه درسی زمانی اثربخش تلقی می‌شود که به‌صورت مستمر و متناسب با نیازهای حرفه‌ای نظام سلامت بازنگری شود. کیفیت برنامه درسی در عمل، از طریق «خدمات آموزشی جامع» تحقق می‌یابد. داده‌ها نشان داد که خدمات آموزشی شامل دسترسی عادلانه به منابع یادگیری، امکانات آموزشی، پشتیبانی اداری و پاسخ‌گویی آموزشی است و نقش واسطه‌ای میان طراحی برنامه و تجربه یادگیری دانشجو ایفا می‌کند. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که ضعف در خدمات آموزشی، حتی در صورت وجود برنامه درسی مناسب، منجر به کاهش ادراک کیفیت آموزش می‌شود.

در ادامه خط داستان، «مهارت اساتید» به‌عنوان یکی از مقوله‌های هسته‌ای کلیدی شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که توانمندی علمی، مهارت‌های تدریس و کیفیت تعامل استاد - دانشجو، نقش تعیین‌کننده‌ای در انتقال اثربخش برنامه درسی و تحقق اهداف آموزشی دارد. مهارت اساتید به‌عنوان نقطه اتصال میان برنامه درسی، خدمات آموزشی و تجربه یادگیری دانشجو عمل می‌کند. مهارت اساتید، بستر شکل‌گیری «ارزیابی آموزشی» اثربخش را فراهم می‌سازد. نتایج نشان داد که ارزیابی آموزشی زمانی موجب ارتقای کیفیت می‌شود که مبتنی بر اهداف برنامه درسی، متنوع، استاندارد و همراه با بازخورد سازنده باشد. مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که ارزیابی‌های صرفاً نمره محور، یادگیری سطحی را تقویت کرده و نقش محدودی در بهبود کیفیت آموزش ایفا می‌کند. ارزیابی آموزشی اثربخش، زمینه‌ساز ارتقای «یادگیری بالینی» شد. یافته‌ها نشان داد که یادگیری بالینی به‌عنوان هسته مرکزی آموزش علوم پزشکی، به کیفیت محیط بالینی، فرصت‌های یادگیری عملی و نظارت و راهنمایی اساتید بالینی وابسته است. هرگونه ضعف در این مؤلفه‌ها، به‌طور مستقیم کیفیت آموزش حرفه‌ای دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

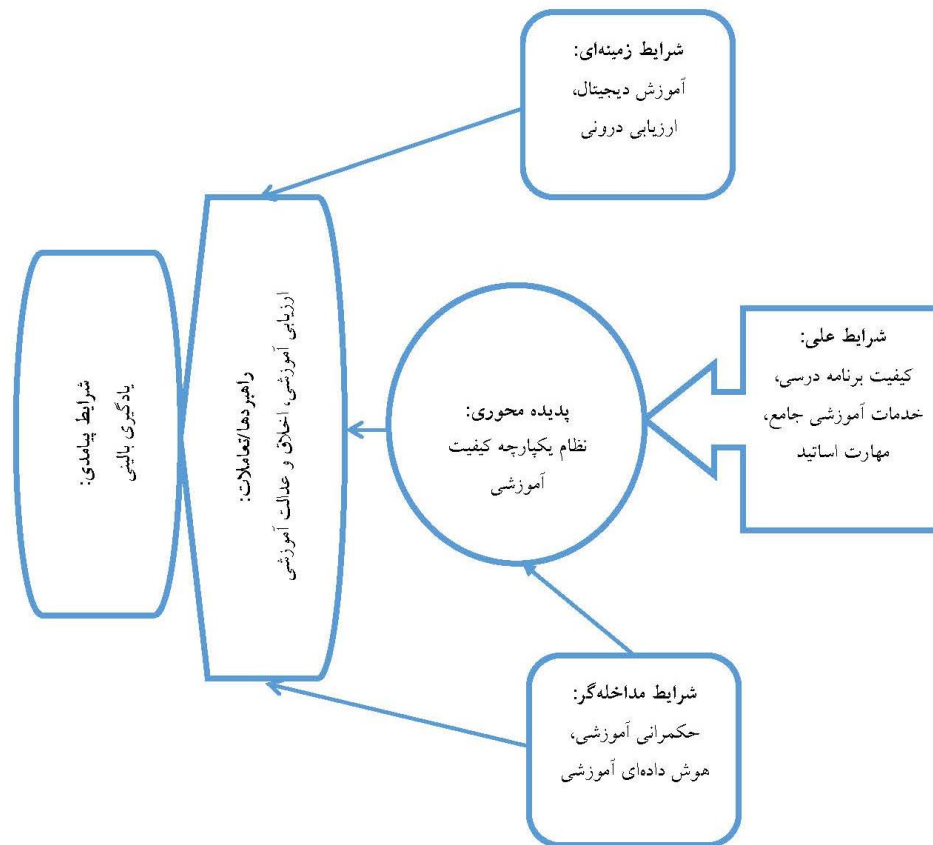
در سطح کلان‌تر، تحقق یادگیری بالینی با کیفیت در گرو «حکمرانی آموزشی» کارآمد است. داده‌ها نشان داد که حکمرانی آموزشی از طریق سیاست‌گذاری منسجم، مدیریت منابع و هماهنگی ساختاری، انسجام و پایداری کیفیت آموزش را تضمین می‌کند. مشارکت‌کنندگان نقش تصمیمات مدیریتی را در تنظیم و هدایت کل نظام آموزشی تعیین‌کننده ارزیابی کردند. در بستر حکمرانی آموزشی، «آموزش دیجیتال» به‌عنوان یکی از مقوله‌های هسته نوظهور شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که آموزش دیجیتال فراتر از یک ابزار آموزشی، به‌عنوان رویکردی مکمل در فرایند یاددهی - یادگیری عمل می‌کند و مبتنی بر زیرساخت‌های فناورانه، کیفیت آموزش مجازی و تعامل دیجیتال یادگیرندگان است. این رویکرد امکان پایش و مستندسازی فرایندهای آموزشی را تقویت می‌کند. گسترش آموزش دیجیتال، زمینه را برای «ارزیابی درونی» فراهم ساخت. نتایج نشان داد که ارزیابی درونی از طریق خودارزیابی آموزشی، پایش مستمر کیفیت و بازنگری برنامه‌ها، چرخه بهبود مستمر را در نظام آموزشی فعال می‌کند و دانشگاه را به سمت سازمانی یادگیرنده سوق می‌دهد.

جدول ۲. مقوله‌های عمده و هسته مجدداً بازسازی‌شده همراه با چرایی نام‌گذاری

ردیف	کُدگذاری باز	کُدگذاری	کُدگذاری	چرایی نام‌گذاری مقوله
		محوری	گزینشی	
	مقوله‌های عمده	مقوله‌های هسته	نوع مقوله	
۱	هم‌راستایی اهداف و محتوای، انسجام ساختاری برنامه، به‌روز بودن برنامه درسی	کیفیت برنامه درسی	بُعد شرایطی / شرایط علی	این مقوله از کُدهایی شکل‌گرفته که به ساختار و محتوای برنامه درسی (هم‌راستایی اهداف، انسجام، روزآمدی) مربوط‌اند. ماهیت مشترک آن‌ها «کیفیت ساختاری و محتوایی» است؛ بنابراین عنوان انتخاب‌شده بازتاب‌دهنده جوهره آن است. این مقوله در نقش یک علت اولیه مطرح می‌شود، زیرا وضعیت برنامه درسی منشأ و محرک بسیاری از کنش‌های آموزشی است.
۲	دسترسی به امکانات آموزشی، پشتیبانی اداری و آموزشی، رضایت‌مندی دانشجویان	خدمات آموزشی جامع	بُعد شرایطی / شرایط علی	مجموعه کُد‌های مرتبط با امکانات، پشتیبانی و رضایت‌مندی دانشجویان حول مفهوم خدمات آموزشی می‌چرخند؛ بنابراین نام «خدمات آموزشی جامع» بیانگر پوشش چندبعدی این خدمات است. این عوامل به‌عنوان علل شکل‌دهنده تجربه آموزشی عمل کرده و پیش‌زمینه رخدادهای بعدی هستند.
۳	شایستگی علمی تخصصی، مهارت‌های تدریس، تعامل استاد - دانشجو	مهارت اساتید	بُعد شرایطی / شرایط علی	این مقوله از کُد‌های مربوط به توان علمی، مهارت تدریس و تعامل استاد حاصل شده است. چون هسته مشترک آن‌ها توانمندی حرفه‌ای استاد است، «مهارت اساتید» عنوان دقیق و جامع محسوب می‌شود. این مقوله علت اثرگذار بر کیفیت آموزش بوده و بسیاری از تحولات آموزشی از آن سرچشمه می‌گیرند.
۴	استانداردسازی آزمون‌ها، تنوع روش‌های سنجش، بازخورد آموزشی مؤثر	ارزیابی آموزشی	بُعد راهبردی / تعاملی	کُد‌های این گروه به اقداماتی مانند استاندارد کردن آزمون، تنوع روش‌های سنجش و بازخورددهی مربوط‌اند. ماهیت این عناصر «عمل و کنش آموزشی» است؛ بنابراین عنوان «ارزیابی آموزشی» انتخاب شده است. از آنجاکه این مقوله رفتار و تصمیمات عملی معلمان را منعکس می‌کند، در دسته راهبردی - تعاملی قرار می‌گیرد.
۵	کیفیت محیط بالینی، فرصت‌های یادگیری عملی، راهنمایی و نظارت بالینی	یادگیری بالینی	بُعد پیامدی	این مقوله از کُد‌هایی شکل‌گرفته که تجربه یادگیری در محیط واقعی را توضیح می‌دهند (فرصت عملی، کیفیت محیط بالینی، نظارت). عنوان «یادگیری بالینی» دقیق و مستقیم ماهیت آن را نشان می‌دهد. چون این مقوله نتیجه نهایی تعامل شرایط و راهبردهاست، در گروه پیامدی قرار می‌گیرد.

ردیف	کُدگذاری باز	کُدگذاری محوری	کُدگذاری گزینشی	چرایی نام‌گذاری مقوله
	مقوله‌های عمده	مقوله‌های هسته	نوع مقوله	
۶	سیاست‌گذاری آموزشی، مدیریت منابع آموزشی، هماهنگی ساختاری	حکمرانی آموزشی	بُعد شرایط / شرایط مداخله‌گر	کُد‌های مربوط به سیاست‌گذاری، مدیریت منابع و هماهنگی ساختاری جنبه کلان‌مدیریتی دارند. این هويت سبب انتخاب عنوان «حکمرانی آموزشی» شده است. نقش این مقوله تسهیل‌گر یا محدودکننده سایر عوامل است و به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر جهت و شدت اثرات دیگر متغیرها را تغییر می‌دهد.
۷	زیرساخت فناوری آموزشی، کیفیت آموزش مجازی، تعامل دیجیتال یادگیرندگان	آموزش دیجیتال	بُعد شرایط / شرایط زمینه‌ای	کُد‌هایی چون زیرساخت فناوری، کیفیت آموزش مجازی و تعامل دیجیتال، همگی فضای یادگیری دیجیتال را توصیف می‌کنند؛ بنابراین عنوان «آموزش دیجیتال» انتخاب شده است. این مقوله زمینه وقوع کنش‌های آموزشی بوده و محیط فناوری‌محور را شکل می‌دهد.
۸	خودارزیابی آموزشی، پیش‌مستمر کیفیت، بازنگری برنامه‌ها	ارزیابی درونی	بُعد شرایط / شرایط زمینه‌ای	این مقوله به فرایندهای واپایش کیفیت داخلی (بازنگری، خودارزیابی، پیش) اشاره دارد. به همین دلیل عنوان «ارزیابی درونی» انتخاب شده است. این عوامل زمینه‌مدیریتی داخلی را فراهم می‌کنند که بر نحوه اجرای راهبردها اثرگذار است.
۹	عدالت در فرصت‌های آموزشی، رعایت اصول اخلاقی، شفافیت آموزشی	اخلاق و عدالت آموزشی	بُعد راهبردی / تعاملی	کُد‌های شفافیت، رعایت اصول اخلاقی و عدالت، همگی نوعی رفتار و کنش اخلاقی در آموزش را نشان می‌دهند؛ از این رو عنوان «اخلاق و عدالت آموزشی» انتخاب شده است. چون این عناصر نحوه تعامل و رفتار کنشگران را نشان می‌دهند، در دسته راهبردی/تعاملی قرار می‌گیرند.
۱۰	تحلیل داده‌های آموزشی، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، کاربرد هوش مصنوعی	هوش داده‌ای آموزشی	بُعد شرایط / شرایط مداخله‌گر	کُد‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر داده، تحلیل داده‌ها و استفاده از هوش مصنوعی بیانگر نقش ابزارهای هوشمند در آموزش‌اند؛ بنابراین «هوش داده‌ای آموزشی» عنوان مناسبی است. این مقوله نقش تسهیل‌گر و جهت‌دهنده دارد و شدت و مسیر راهبردهای آموزشی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد.

در مرحله کُدگذاری گزینشی، این مقوله‌های هسته‌ای در اطراف یک مقوله مرکزی به نام «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» تلفیق شدند. این نظام تمامی عوامل هسته‌ای را در چهارچوبی منسجم و پویا کنار هم قرار می‌دهد و کیفیت آموزشی را به‌عنوان یک منظومه یکپارچه با پنج بُعد اصلی معرفی می‌کند. بُعد شرایطی یا علی شامل کیفیت برنامه درسی، خدمات آموزشی جامع و مهارت اساتید است و زیربنای هنجاری، ساختاری و انسانی آموزش را تشکیل می‌دهد. بُعد شرایط مداخله‌گر شامل حکمرانی آموزشی و هوش داده‌ای آموزشی است و هدایت کلان، مدیریت منابع و تصمیم‌گیری هوشمند را نمایندگی می‌کند. بُعد شرایط زمینه‌ای شامل آموزش دیجیتال و ارزیابی درونی است و زمینه‌های فناورانه و ظرفیت یادگیری سازمانی را تقویت می‌کند. بُعد راهبردی - تعاملی شامل ارزیابی آموزشی و اخلاق و عدالت آموزشی است و کنش‌های هدایتگر، ارزش‌محور و بازخورددهنده را پوشش می‌دهد. سرانجام، بُعد پیامدی به یادگیری بالینی اختصاص دارد که نتیجه نهایی و خروجی عملی نظام آموزشی را نشان می‌دهد. در شکل ۱، الگوی کیفیت آموزشی برای دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران به‌مثابه «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» ارائه شده است.



شکل ۱. الگوی کیفیت آموزشی برای دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران به مثابه «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی»

تضمین اعتبار علمی داده‌ها و تحلیل‌ها از معیارهای اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و قابلیت اطمینان استفاده شد (حسینی لرگانی و مجتبی‌زاده، ۱۴۰۰). به‌منظور افزایش اعتمادپذیری، پژوهشگران خلاصه‌گدها و برداشت‌های تحلیلی را برای مشارکت‌کنندگان ارسال کردند تا صحت مفاهیم تأیید شود، برای قابلیت اطمینان تمامی مراحل گردآوری و تحلیل داده‌ها را مستندسازی کردند، برای انتقال‌پذیری نمونه‌گیری هدفمند انجام دادند و مشخصات مشارکت‌کنندگان را به‌طور جامع توصیف کردند، و برای تأییدپذیری فرایند تحلیل داده‌ها را به‌طور کامل مستندسازی کردند تا سوگیری پژوهشگر به حداقل برسد. برای ارزیابی پایایی داده‌ها، از روش بازآزمون و بررسی میزان توافق بین دو کدگذار استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح توافق قابل قبول است؛ به‌طوری که ضریب کاپای کوهن ۰/۸۰۸ به‌دست آمد که بیانگر هماهنگی مناسب میان کدگذاران است (فاضلی و دیگران، ۱۴۰۰). جدول ۳ میزان توافق و عدم توافق بین دو کدگذار را نشان می‌دهد و جدول ۴ مقدار ضریب کاپای کوهن و سطح معناداری آن را ارائه می‌کند.

جدول ۳. میزان توافق نظر بین دو کُدگذار

کُدگذار دوم		کُدگذار اول	
وضعیت کُدگذاری	عدم توافق	توافق	جمع کل
عدم توافق	۱۰	۳	۱۳
توافق	۱	۷۶	۷۷
جمع کل	۱۱	۷۹	۹۰

جدول ۴. میزان ضریب کاپای کوهن

شاخص	میزان ضریب	سطح معناداری
میزان توافق	۰/۸۰۸	
تعداد	۹۰	۰/۰۰۰

شکل ۱ الگوی نهایی کیفیت آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران را در قالب یک «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» نمایش می‌دهد که بر اساس نتایج کُدگذاری گزینشی و تلفیق مقوله‌های هسته‌ای استخراج شده از داده‌های کیفی ترسیم شده است. این الگو کیفیت آموزشی را نه به‌عنوان مجموعه‌ای از عوامل منفرد، بلکه به‌مثابه نظامی پویا، چندبُعدی و تعاملی تبیین می‌کند که از برهم‌کنش مستمر میان شرایط، راهبردها و پیامدها شکل می‌گیرد. در این الگو، ابعاد شرایطی به‌عنوان زیربنای تحقق کیفیت آموزشی عمل می‌کنند. بُعد شرایط علی شامل کیفیت برنامه درسی، خدمات آموزشی جامع و مهارت اساتید است که بنیان‌های ساختاری و انسانی نظام آموزشی را تشکیل می‌دهند. کیفیت برنامه درسی با ایجاد هم‌راستایی میان اهداف، محتوا و ساختار آموزشی، جهت‌گیری کل نظام را مشخص می‌کند. خدمات آموزشی جامع، امکان تحقق عملی برنامه‌ها را فراهم می‌سازد و مهارت اساتید، کیفیت تعاملات آموزشی و اثربخشی فرایند یاددهی-یادگیری را تضمین می‌کند. این سه مقوله، به‌صورت هم‌زمان بستر اولیه شکل‌گیری کیفیت آموزشی را فراهم می‌آورند. در کنار شرایط علی، شرایط زمینه‌ای شامل آموزش دیجیتال و ارزیابی درونی در الگو نقش تسهیل‌گر و تقویت‌کننده دارند. آموزش دیجیتال با اتکا بر زیرساخت‌های فناوری و تعاملات یادگیری مجازی، انعطاف‌پذیری و دسترس‌پذیری آموزش را افزایش می‌دهد و امکان پاسخ‌گویی به تحولات محیطی را فراهم می‌سازد. ارزیابی درونی نیز با تمرکز بر خودارزیابی، پایش مستمر و بازنگری برنامه‌ها، چرخه یادگیری سازمانی و بهبود مستمر کیفیت را فعال می‌کند. این دو مقوله، بستر فرهنگی و فناورانه لازم برای پویایی نظام کیفیت آموزشی را فراهم می‌کنند.

بُعد شرایط مداخله‌گر در الگو شامل حکمرانی آموزشی و هوش داده‌ای آموزشی است که نقش تنظیم‌کننده و هدایتگر نظام را ایفا می‌کند. حکمرانی آموزشی از طریق سیاست‌گذاری منسجم، مدیریت منابع و هماهنگی ساختاری، انسجام و پایداری نظام کیفیت آموزشی را تضمین می‌کند. هوش داده‌ای آموزشی نیز با تحلیل داده‌ها، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و بهره‌گیری از ابزارهای نوین مانند هوش مصنوعی، فرایندهای آموزشی را هدفمند کرده و امکان پیش‌بینی، اصلاح و بهینه‌سازی عملکرد آموزشی را فراهم می‌سازد. این بُعد، پیوند میان داده، تصمیم و اقدام را در نظام کیفیت آموزشی برقرار می‌کند. در بُعد راهبردی - تعاملی، ارزیابی آموزشی و اخلاق و عدالت آموزشی در تعامل با یکدیگر عمل می‌کنند. ارزیابی آموزشی با استانداردسازی سنجش، تنوع روش‌های ارزیابی و ارائه بازخورد مؤثر، مسیر یادگیری را هدایت می‌کند و نقش کنترلی - اصلاحی در نظام دارد. اخلاق و عدالت آموزشی نیز با تأکید بر شفافیت، رعایت اصول اخلاقی و برابری فرصت‌ها، اعتماد، تعامل سازنده و تعهد حرفه‌ای را در میان

ذی‌نفعان تقویت می‌کند. این بُعد نشان می‌دهد که کیفیت آموزشی تنها از طریق ابزارهای فنی محقق نمی‌شود، بلکه نیازمند نهادینه‌سازی ارزش‌ها و اصول اخلاقی در کنش‌های آموزشی است. همچنین، بُعد پیامدی الگو با تمرکز بر یادگیری بالینی، نتایج و آثار تحقق کیفیت آموزشی را بازنمایی می‌کند. یادگیری بالینی نشان‌دهنده توانمندی دانشجویان در به‌کارگیری دانش و مهارت‌ها در موقعیت‌های واقعی حرفه‌ای است و به‌عنوان شاخص عینی اثربخشی نظام کیفیت آموزشی تلقی می‌شود. این بُعد، بازتاب‌دهنده عملکرد هماهنگ سایر ابعاد الگو و نتیجه نهایی استقرار نظام یکپارچه کیفیت آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، طراحی الگوی یکپارچه شرایط، فرایندها و پیامدهای کیفیت آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران بر اساس دیدگاه خبرگان آموزش پزشکی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های کیفی و گدگذاری سه‌مرحله‌ای نشان داد که کیفیت آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی پدیده‌ای چندبُعدی، سیستمی و زمینه‌مند است که از تعامل پویا میان ابعاد ساختاری، مدیریتی، فرایندی، ارزشی و پیامدی شکل می‌گیرد. الگوی استخراج‌شده در قالب «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» تبیین می‌شود که در آن، شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر از طریق راهبردهای تعاملی به پیامدهای آموزشی منجر می‌شوند.

یافته‌ها نشان داد که «کیفیت برنامه درسی»، «خدمات آموزشی جامع» و «مهارت اساتید» به‌عنوان شرایط علی، زیربنای اصلی تحقق کیفیت آموزشی را تشکیل می‌دهند. این یافته با ادبیات پژوهش هم‌خوانی دارد؛ به‌گونه‌ای که مطالعات متعدد، هم‌راستایی اهداف، محتوا و پیامدهای یادگیری را عامل کلیدی کیفیت آموزش معرفی کرده‌اند (Derouich, 2025; Ashwin, 2025). در پژوهش‌های داخلی نیز برنامه درسی منسجم و به‌روز به‌عنوان عنصر محوری کیفیت آموزشی گزارش شده است (حسینی لرگانی و مجتبی‌زاده، ۱۴۰۰). افزون بر این، نقش خدمات آموزشی جامع در واسطه‌گری میان طراحی برنامه و تجربه یادگیری دانشجویان، با یافته‌های مطالعات مبتنی بر مدل سروکوال هم‌راستا است که شکاف میان انتظارات و ادراک دانشجویان از خدمات آموزشی را یکی از چالش‌های اساسی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران گزارش کرده‌اند (صفاپادینا و دیگران، ۱۴۰۴). در این الگو، مهارت اساتید به‌عنوان عامل انسانی کلیدی، نقش پیونددهنده میان برنامه درسی، خدمات آموزشی و فرایند یاددهی - یادگیری را ایفا می‌کند. این یافته با مطالعاتی که کیفیت تدریس، تعامل استاد - دانشجو و شایستگی‌های حرفه‌ای اعضای هیئت‌علمی را مهم‌ترین عامل ادراک کیفیت آموزشی معرفی کرده‌اند، هم‌سو است (Capote Garcia, 2025). همچنین پژوهش‌های داخلی نشان داده‌اند که ارتقای مهارت‌های آموزشی اساتید به‌طور مستقیم با بهبود کیفیت یادگیری و رضایت‌مندی دانشجویان مرتبط است (جهانیان و دیگران، ۱۳۹۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد که «حکمرانی آموزشی» و «هوش داده‌ای آموزشی» به‌عنوان شرایط مداخله‌گر، نقش تنظیم‌کننده و هدایتگر نظام کیفیت آموزشی را بر عهده دارند. این نتایج با مطالعاتی که بر اهمیت حکمرانی خوب، سیاست‌گذاری منسجم و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در ارتقای کیفیت آموزش پزشکی تأکید کرده‌اند، هم‌خوانی دارد (Guil Gorostidi & Rubio, 2026; Arostegui, 2026). افزون بر این، ظهور هوش داده‌ای آموزشی در الگوی حاضر، هم‌راستا با پژوهش‌های جدیدی است که کاربرد تحلیل داده‌ها و هوش مصنوعی را در بهبود کیفیت آموزش، پایش عملکرد و پیش‌بینی پیامدهای یادگیری برجسته کرده‌اند (Baby et al., 2025; Mahdi et al., 2025). در بُعد شرایط زمینه‌ای، «آموزش دیجیتال» و «ارزیابی درونی» به‌عنوان عوامل تسهیل‌گر و ظرفیت‌ساز شناسایی شدند. یافته‌ها نشان داد که آموزش دیجیتال، فراتر از یک ابزار فناورانه، به‌عنوان رویکردی مکمل در نظام کیفیت آموزشی عمل می‌کند. این نتیجه با مطالعات انجام‌شده در دوره پاندمی کووید-۱۹ هم‌سو است که نقش آموزش مجازی و

ترکیبی را در افزایش انعطاف‌پذیری و تداوم کیفیت آموزش پزشکی تأیید کرده‌اند (خانپور و دیگران، ۱۴۰۱؛ Allameh et al., 2025). همچنین ارزیابی درونی به‌عنوان سازوکاری برای پیش‌مستمر، یادگیری سازمانی و بهبود تدریجی کیفیت آموزشی، با یافته‌های پژوهش‌های داخلی و خارجی هم‌خوانی دارد (بازرگان هرندی و دیگران، ۱۳۷۹؛ Arero et al., 2025).

در بُعد راهبردی - تعاملی، «ارزیابی آموزشی» و «اخلاق و عدالت آموزشی» نقش محوری در هدایت فرایندهای یادگیری ایفا می‌کنند. نتایج نشان داد که ارزیابی آموزشی اثربخش، زمانی محقق می‌شود که متنوع، استاندارد، مبتنی بر اهداف برنامه‌درسی و همراه با بازخورد سازنده باشد. این یافته با ادبیات پژوهش در زمینه ارزشیابی آموزشی و سنجش پیامدهای یادگیری هم‌راستا است (Duarte et al., 2025; Olave Astorga & González-Carrasco, 2025). از سوی دیگر، تأکید بر اخلاق و عدالت آموزشی در الگوی حاضر، با پژوهش‌هایی که عدالت آموزشی، شفافیت و رعایت اصول اخلاقی را شرط اعتماد نهادی و کیفیت پایدار آموزش معرفی کرده‌اند، هم‌خوانی دارد (Eliasi et al., 2025). همچنین، «یادگیری بالینی» به‌عنوان بُعد پیامدی و خروجی نهایی نظام کیفیت آموزشی شناسایی شد. این یافته با پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی هم‌سو است که کیفیت محیط‌های بالینی، فرصت‌های یادگیری عملی و نظارت اساتید بالینی را شاخص اصلی اثربخشی آموزش علوم پزشکی دانسته‌اند (Soltanifar et al., 2025). بدین ترتیب، الگوی حاضر نشان می‌دهد که تحقق یادگیری بالینی باکیفیت، مستلزم هماهنگی و انسجام تمامی ابعاد نظام کیفیت آموزشی است.

با وجود تلاش برای رعایت دقت روش‌شناختی، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. ماهیت کیفی و استفاده از رویکرد داده‌بنیاد، تعمیم‌پذیری آماری یافته‌ها را به بافت‌های مشابه محدود می‌کند. همچنین داده‌ها مبتنی بر مصاحبه با خبرگان آموزش پزشکی بوده و احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان و تفاسیر پژوهشگر در تحلیل داده‌ها وجود دارد. محدودیت زمانی و دشواری دسترسی به برخی از خبرگان کلیدی نیز از دیگر چالش‌های پژوهش بود. افزون بر این، پویایی محیط آموزش علوم پزشکی و تحولات سریع فناورانه ممکن است موجب شود برخی یافته‌ها در بلندمدت نیازمند بازنگری باشند.

بر اساس نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود در سطح نظری، الگوی «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» در مطالعات آینده از منظر نظریه‌های نوین حکمرانی آموزشی، یادگیری سازمانی و هوش مصنوعی آموزشی بسط داده شود. در سطح کاربردی، مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌توانند از الگوی ارائه‌شده به‌عنوان چهارچوبی عملی برای بازنگری برنامه‌های درسی، استقرار نظام‌های ارزیابی کیفی، توسعه آموزش دیجیتال و تقویت اخلاق و عدالت آموزشی بهره‌گیرند. در سطح پژوهشی، انجام مطالعات کمی، ترکیبی و طولی برای اعتباریابی الگو، سنجش روابط میان ابعاد آن و بررسی میزان تأثیر هر یک از مقوله‌ها بر یادگیری بالینی پیشنهاد می‌شود. در نهایت، در سطح توسعه‌ای، طراحی نظام‌های هوش داده‌ای آموزشی، توسعه زیرساخت‌های فناورانه و تدوین سیاست‌های ملی تضمین کیفیت مبتنی بر شواهد می‌تواند به تعمیم و نهادینه‌سازی نتایج این پژوهش در نظام آموزش علوم پزشکی کشور کمک کند.

سپاسگزاری

از تمام مشارکت‌کنندگان پژوهش به‌خاطر همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود.

منابع

بازرگان هرندی، ع.، فتح‌آبادی، ج.، و عین‌اللهی، بهرام. (۱۳۷۹). رویکرد مناسب ارزیابی درونی برای ارتقای مستمر کیفیت گروه‌های آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی. *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۰(۲)، ۱-۲۶. <https://sid.ir/paper/55672/fa>

- جهانیان، ا.، عادل، ف.، شعبانی، م.، و گل‌افشانی، ع. (۱۳۹۹). ارزیابی کیفیت خدمات آموزشی و تسهیلات دانشگاه علوم پزشکی بابل از دیدگاه دانشجویان تحصیلات تکمیلی. *مجله آموزش پزشکی*، ۸(۲)، ۷-۱۵. <http://mededj.ir/article-1-336-fa.html>
- حسینی لرگانی، س. م.، و مجتبی‌زاده، م. (۱۴۰۰). طراحی و اعتباریابی الگوی کیفیت آموزشی برای دانشگاه‌های کشور. مدیریت و برنامه‌ریزی در نظام‌های آموزشی، ۱۴(۲)، ۲۲۱-۲۵۸. <https://doi.org/10.52547/MPES.14.2.221>
- خانپور، س.، شجاعی، ع. ا.، و حسینی درونکلایی، س. ز. (۱۴۰۱). تأثیر مهارت‌آموزی الکترونیکی در دوره پاندمی کرونا بر ارتقای کیفیت آموزشی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کلان منطقه یک. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۲۲، ۹۸-۱۰۹. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-5407-fa.html>
- صفا، پ.، جعفری، ا.، بابایی همتی، ی.، و فلاح چای، م. (۱۴۰۴). تحلیل کیفیت خدمات آموزشی در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان: یک مطالعه با مدل سروکوال. *مجله علوم پزشکی گیلان*، ۳۴(۲)، ۱۴۲-۱۵۷. <http://journal.gums.ac.ir/article-1-2775-fa.html>
- فاضلی، ح.، عباس‌پور، ع.، رحیمیان، ح.، و دلاور، ع. (۱۴۰۰). شناسایی و اعتباریابی مؤلفه‌های تصمیم‌گیری مدیران آموزشی سازمان آموزش و پرورش. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۱۵(۵۳)، ۲۳-۴۱. <https://doi.org/20.1001.1.23831324.1400.15.53.2.6>
- مجتبی‌زاده، م.، عباس‌پور، ع.، ملکی، ح.، و فراستخواه، م. (۱۳۹۷). الگوی اعتبارسنجی و تضمین کیفیت نظام آموزش عالی ایران از دیدگاه خبرگان. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۱۲(۴۲)، ۷-۲۴. <https://doi.org/10.22034/jiera.2018.78680>

References

- Allameh, S. F., Zolfaghari, M., Alizadeh, M., MehrPooya, M., Emadi, N., & Bahramnezhad, F. (2025). Designing a virtual learning framework in medical education: Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *BMC Medical Education*, 25, 1666. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-08167-7>
- Arero, G., Amdeaslase, F., & Mwesigwa, C. (2025, June). Evaluating internal accreditation quality in medical education: perspectives of students, faculties, and stakeholders at Adama Hospital Medical College, Adama, Ethiopia, 2024. In *Frontiers in Education* (Vol. 10, p. 1552865). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/educ.2025.1552865>
- Ashwin, P. (2025). The definition of educational quality in a quasi-marketised higher education system: Stumbling towards a knowledge crisis. *Oxford Review of Education*, 51(6), 851-867. <https://doi.org/10.1080/03054985.2025.2500943>
- Baby, A., Kannammal, A., & Keerthy, A. S. (2025). Enhancing educational quality through AI and data science: A study on motivational factors and interventional impact. In *driving quality education through AI and data science* (pp. 1-24). IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-8292-9.ch001>
- Bazargan Herandi, A., Fathabadi, J., & Einollahi, B. (2000). An appropriate internal evaluation approach for continuous improvement of educational group quality in universities of medical sciences. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 30(2), 1-26. <https://sid.ir/paper/55672/fa> (in Persian)
- Capote Garcia, J. (2025). Features of a good teacher, the key to quality in medical education. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/15098>
- Derouich, M. (2025). Ensuring outcome-based curriculum coherence through systematic CLO-PLO alignment and feedback loops. *Discover Education Journal*, 4, Article 486. <https://doi.org/10.1007/s44217-025-00915-7>
- Duarte, D. T., Ceratti, M. M., Siqueira, F. P., Liberato, P. A., & de Oliveira, C. A. C. (2025). Assessing the Quality of Examination Questions in Medical Education: A Classical Test and Item Response Theory Approach in a Morphology Course. *Creative Education*, 16(6), 932-946. <https://doi.org/10.5220/001343380000392910.4236/ce.2025.166058>
- Eliasi, K., Davoodi, R., & Zakaryaei, M. (2025). A model for ethical universities in medical sciences universities: A qualitative study. *Journal of Medical Education Development*, 18(1), 10-22. <http://edujournal.zums.ac.ir/article-1-2241-en.html>
- Fatel, Q. H., Silva, F. G., Avena, K. M., Menezes, R. C., Andrade, B. B., & Quintanilha, L. F. (2025). Shaping Tomorrow's Doctors: The Impact of Socioeconomic and Institutional Factors on Medical Education Quality in Brazil: An Ecological Study. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 12, 23821205251360521. <https://doi.org/10.1177/23821205251360521>

- Fazeli, H., Abbaspour, A., Rahimian, H., & Delavar, A. (2021). Identifying and validating decision-making components of educational managers in the Ministry of Education. *Research in Educational Systems*, 15(53), 23–41. <https://doi.org/20.1001.1.23831324.1400.15.53.2.6> (in Persian)
- Guil Gorostidi, S. C., & Rubio-Arostegui, J. A. (2026). Quality management in higher education from the perspective of institutional isomorphism: A scoping review. *Frontiers in Education*, 10, Article 1720224. <https://doi.org/10.3389/feduc.2025.1720224>
- Hosseini Largani, S. M., & Mojtazadeh, M. (2021). Designing and validating an educational quality model for universities in Iran. *Management and Planning in Educational Systems*, 14(2), 221–258. <https://doi.org/10.52547/MPES.14.2.221> (in Persian)
- Jahanian, A., Adel, F., Shabani, M., & Golafshani, A. (2020). Evaluation of the quality of educational services and facilities of Babol University of Medical Sciences from the perspective of postgraduate students. *Journal of Medical Education*, 8(2), 7–15. <http://mededj.ir/article-1-336-fa.html> (in Persian)
- Khanpour, S., Shojaei, A. A., & Hosseini Daroonkalai, S. Z. (2022). The effect of e-learning during the COVID-19 pandemic on improving the educational quality of students in universities of medical sciences in Macro-Region One. *Iranian Journal of Medical Education*, 22, 98–109. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-5407-fa.html> (in Persian)
- Mahdi, R., Keykha, A., Kaliisa, R., & Darabi, F. (2025). Exploring applications of artificial intelligence in enhancing the quality of medical education: a mixed methods research synthesis. *Journal of Medical Education Development*, 18(4), 119-139. <http://edujournal.zums.ac.ir/article-1-2480-en.html>
- Martínez-Rojas, E., Martínez-Quezada, A., & Zahn-Muñoz, C. (2026). Quality assurance models in higher education: A systematic review of international approaches, standards, and practices. *Management (Montevideo)*, 4, 351. <https://doi.org/10.62486/agma2026351>
- Mojtabazadeh, M., Abbaspour, A., Maleki, H., & Farasatkah, M. (2018). An accreditation and quality assurance model for Iran's higher education system from experts' viewpoints. *Research in Educational Systems*, 12(42), 7–24. <https://doi.org/10.22034/jiera.2018.78680> (in Persian)
- Nara, N. (2025). Impact of accreditation on medical education quality improvement in 82 medical schools in Japan: a descriptive study. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 22. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2025.22.22>
- Olave Astorga, J. M., & González-Carrasco, F. (2025). Evaluative Judgment: A Validation Process to Measure Teachers' Professional Competencies in Learning Assessments. *Education Sciences*, 15(5), 624. <https://doi.org/10.3390/educsci15050624>
- Saeedi, M., & Panahi, M. (2025). Strategies for enhancing the quality of virtual education: Perspectives of medical sciences faculty and students – a qualitative study. *BMC Medical Education*, 25(1), 1105. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07713-7>
- Safa, P., Jafari, A., Babaei Hemmati, Y., & Fallah Chay, M. (2025). Analysis of educational service quality at the Faculty of Dentistry of Guilan University of Medical Sciences: A SERVQUAL-based study. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 34(2), 142–157. <http://journal.gums.ac.ir/article-1-2775-fa.html> (in Persian)
- Soltanifar, A., Vatankhah, R., Majidi Talab, S. M., & Khadem-Rezaian, M. (2025). The quality of clinical education environment based on the DREEM model in medical universities of Iran from students' and professors' perspectives: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 39(1), 1207–1212. <http://mjiri.iiums.ac.ir/article-1-9390-en.html>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Sage publications. <https://www.amazon.com/Basics-Qualitative-Research-Procedures-Techniques/dp/0803932510>