



## Journal of Research in Educational Systems

Volume 20, Issue 72, 2026  
Pp. 63-78

Print ISSN: 2383-1324  
Online ISSN: 2783-2341

Homepage: [www.jiera.ir](http://www.jiera.ir)

### Article Info:

#### Article Type:

Research Article

#### Article history:

Received November 25, 2025

Received in revised form

February 09, 2026

Accepted March 04, 2026

Published Online March 27,  
2026

#### 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 Heidari<sup>1</sup>, Nagi Kamali<sup>2</sup>, and Mohammd Mojtazadeh<sup>3</sup>

1. PhD Student in Educational Management, Department of Educational Sciences, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran. E-mail: [atefeh.heidari1010@iau.ac.ir](mailto:atefeh.heidari1010@iau.ac.ir)
2. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Educational Sciences, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran. E-mail: [Kamali\\_naghi@iau.ac.ir](mailto: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](mailto: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. (2026). An Integrated Model of Conditions, Processes, and Outcomes of Educational Quality: A Study of Universities of Medical Sciences. *Journal of Research in Educational Systems*, 20(72), 63-78. <https://doi.org/10.22034/jiera.2026.577700.3471>



© The Author(s)

Publisher: Iranian Educational Research Association

## 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***

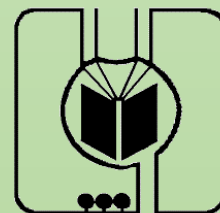
The study was conducted ethically, ensuring no data fabrication, falsification, plagiarism, or research misconduct occurred.

#### ***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 ۲۰، شماره ۷۲، ۱۴۰۵  
ص ۶۳-۷۸

شاپا (چاپی): ۱۳۲۴-۲۳۸۳

شاپا (الکترونیکی): ۲۳۴۱-۲۷۸۳

Homepage: [www.jiera.ir](http://www.jiera.ir)

## درباره مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۰۷

واژه‌های کلیدی:

الگو  
دانشگاه علوم پزشکی  
روش داده بنیاد  
کیفیت آموزشی

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

عاطفه حیدری<sup>۱</sup>، نقی کمالی<sup>۲</sup>، و محمد مجتبی زاده<sup>۳</sup>

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

۲. نویسنده مسئول، دانشیار گروه علوم تربیتی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. رایانامه: [Kamali\\_naghi@iau.ac.ir](mailto:Kamali_naghi@iau.ac.ir)

۳. استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی ۸۸۹-۱۴۶۶۵، تهران، ایران. رایانامه: [m.mojtazadeh@cfu.ac.ir](mailto:m.mojtazadeh@cfu.ac.ir)

## چکیده

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

**روش:** پژوهش حاضر، کاربردی، توصیفی و کیفی و مبتنی بر رویکرد نظریه داده بنیاد با الگوی اشتراوس و کوربین (۱۹۹۰) بود. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ۲۱ نفر از خبرگان گردآوری شد. نمونه گیری هدفمند و تا اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده ها در سه مرحله کُدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شد. برای اطمینان از اعتبار یافته ها، از معیارهای اعتمادپذیری، انتقال پذیری، تأییدپذیری و قابلیت اطمینان استفاده شد و پایایی کُدگذاری با ضریب کاپای کوهن ۰/۸۰۸ تأیید شد.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که کیفیت آموزشی پدیده ای چندبعدی، پویا و سیستمی است که از تعامل مستمر میان شرایط، راهبردها و پیامدها شکل می گیرد. 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 داده ای آموزشی سازمان دهی گردید. این مقوله ها در قالب الگویی جامع با عنوان «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» بازسازی شدند که پنج بُعد اصلی شرایط علی، شرایط زمینه ای، شرایط مداخله گر، راهبردهای تعاملی و پیامدها را در بر می گیرد.

**نتیجه گیری:** تحقق کیفیت آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی مستلزم اتخاذ رویکردی یکپارچه و نظام مند است که هم زمان به ابعاد ساختاری، مدیریتی، فرایندی، ارزشی و پیامدی توجه داشته باشد. الگوی ارائه شده می تواند به عنوان چهارچوبی بومی و مبتنی بر شواهد برای سیاست گذاری، بهبود عملکرد، ارتقای یادگیری بالینی و تقویت پاسخگویی اجتماعی مورداستفاده قرار گیرد.

**استناد به این مقاله:** حیدری، ع.، کمالی، ن.، و مجتبی زاده، م. (۱۴۰۵). الگوی یکپارچه شرایط، فرایند و پیامدهای کیفیت آموزشی (مورد مطالعه: دانشگاه های علوم پزشکی). پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۲۰(۷۲)، ۶۳-۷۸.

<https://doi.org/10.22034/jiera.2026.577700.3471>

ناشر: انجمن پژوهش‌های آموزشی ایران

© نویسندگان



### مقدمه

کیفیت آموزشی<sup>۱</sup> به عنوان یکی از مؤلفه های بنیادین نظام آموزش عالی، نقشی تعیین کننده در ارتقای اثربخشی فرایندهای یاددهی - یادگیری<sup>۲</sup>، توسعه شایستگی های حرفه ای دانش آموختگان و پاسخگویی اجتماعی<sup>۳</sup> دانشگاه ها ایفا می کند. در دانشگاه های 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، زمینه ساز تربیت نیروی انسانی متعهد، توانمند و برخوردار از صلاحیت های علمی، حرفه ای و اخلاقی است و می تواند به بهبود کیفیت پژوهش های آموزشی، ارتقای نوآوری های آموزشی و توسعه خدمات سلامت مبتنی بر شواهد منجر شود (Fatel et al., 2025; Ashwin, 2025). از این رو، توجه نظام مند به کیفیت آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی، نه تنها یک ضرورت آموزشی، بلکه یک الزام راهبردی برای تحقق مأموریت های کلان آموزش، پژوهش و خدمت در این دانشگاه ها محسوب می شود (Soltanifar et al., 2025).

در ادبیات آموزش عالی، کیفیت آموزشی مفهومی چندبعدی، پویا و وابسته به بافت تلقی می شود 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 بین المللی برای تبیین و ارزیابی کیفیت آموزشی ارائه شده اند که از جمله می توان به مدل های سروکوال<sup>۴</sup>، برنامه بهبود کیفیت آموزشی دانشگاهی<sup>۵</sup>، ارزیابی درونی<sup>۶</sup>، مدیریت جامع کیفیت<sup>۷</sup> و چهارچوب های 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 زیرساخت های آموزشی تأکید دارند. با این حال، مطالعات تطبیقی نشان می دهد که اثربخشی این مدل ها تا حد زیادی به انطباق آن ها با زمینه فرهنگی، نهادی و مأموریتی دانشگاه ها وابسته است و الگوهای اقتباسی بدون بومی سازی، با محدودیت های جدی مواجه می شوند (Guil Gorostidi & Rubio-Arostegui, 2026).

بررسی پژوهش های انجام شده در دانشگاه های علوم پزشکی ایران نشان می دهد که اگرچه اقدامات متعددی در زمینه ارزیابی و بهبود کیفیت آموزشی صورت گرفته است، اما این تلاش ها اغلب پراکنده، ابزارمحور و فاقد چهارچوب نظری یکپارچه بوده اند. 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 کرده اند (Soltanifar et al., 2025). افزون بر این، چالش هایی مانند عدم انسجام سیاست های کیفیت، ضعف نظام بازخورد، ناهماهنگی میان مأموریت های آموزشی و نیازهای نظام سلامت و فقدان الگوی بومی جامع، ضرورت بازاندیشی در رویکردهای موجود را برجسته می سازد (Saeedi & Panahi, 2025).

در بررسی Ashwin (2025) کیفیت آموزشی به عنوان میزان تحقق مؤثر، کارآمد و متوازن اهداف آموزشی دانشگاه ها در ابعاد ساختاری، فرایندی و پیامدی تعریف می شود؛ به گونه ای که منجر به ارتقای شایستگی های حرفه ای، اخلاقی و پژوهشی فراگیران و افزایش پاسخگویی اجتماعی دانشگاه گردد. به عبارتی، کیفیت آموزشی، ناظر بر مجموعه ای یکپارچه از مؤلفه ها شامل برنامه درسی مبتنی بر شواهد، کیفیت تدریس و یادگیری، محیط های آموزشی بالینی و مجازی، نظام ارزشیابی، توانمندسازی اعضای هیئت علمی و حکمرانی آموزشی<sup>۸</sup> است. کیفیت آموزشی از طریق شاخص ها و ابعادی سنجیده می شود که متناسب با زمینه، مأموریت ها و اقتضات دانشگاه ها طراحی و بر اساس دیدگاه خبرگان آموزش اعتباریابی می گردد (حسینی گرگانی و مجتبی زاده، ۱۴۰۰؛ Eliasi et al., 2025).

باتوجه به پیچیدگی مفهوم کیفیت آموزشی، تنوع ذی نفعان و ویژگی های خاص دانشگاه های علوم پزشکی، فقدان یک الگوی جامع، بومی و مبتنی بر اجماع خبرگان همچنان به عنوان یک خلأ اساسی در نظام آموزش پزشکی ایران مطرح است. براین اساس، هدف اصلی تحقیق، طراحی الگوی کیفیت آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس دیدگاه خبرگان است. دستیابی به چنین الگویی می تواند مبنایی علمی برای سیاست گذاری، بهبود عملکرد آموزشی - پژوهشی، ارتقای پاسخگویی نهادی و تقویت اعتماد اجتماعی به دانشگاه های علوم پزشکی فراهم آورد.

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
8. Educational governance

## روش

روش مطالعه در زمره تحقیقات کاربردی<sup>۱</sup>، توصیفی<sup>۲</sup> و کیفی<sup>۳</sup> با رویکرد نظریه داده بنیاد<sup>۴</sup> 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 هیئت علمی» (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 مشارکت کنندگان دارای مدرک دکتری تخصصی (۱۰۰٪) در رشته های آموزش پزشکی، مدیریت آموزشی، مدیریت آموزش عالی، برنامه ریزی درسی، پرستاری، پزشکی بالینی، داروسازی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و علوم آزمایشگاهی بودند. در بعد 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 سمت های مدیریتی آموزشی، ۷ نفر (۳۳/۳٪) عضو هیئت علمی، و ۷ نفر (۳۳/۳٪) در نقش های تخصصی شامل مشاوره و پژوهش در حوزه آموزش فعالیت داشتند. میانگین سابقه حرفه ای مرتبط مشارکت کنندگان در حوزه آموزش علوم پزشکی بین ۹ تا ۱۵ سال بود و بیشترین فراوانی مربوط به بازه ۱۰ تا ۱۲ سال سابقه حرفه ای بود. نمونه گیری به روش هدفمند غیرتصادفی<sup>۵</sup> انجام شد تا افرادی با تجربه و آگاهی کافی برای ارائه داده های غنی انتخاب شوند و فرایند نمونه گیری تا رسیدن به اشباع نظری<sup>۶</sup>، یعنی، مصاحبه با ۲۱ نفر، ادامه یافت.

معیارهای ورود شامل تحصیلات عالی مرتبط در مقطع دکتری مانند مدیریت آموزشی، آموزش پزشکی، برنامه ریزی درسی یا رفتار سازمانی، سابقه حرفه ای مرتبط با مدیریت و آموزش دانشگاهی و تمایل به مشارکت در مصاحبه های نیمه ساختاریافته بود، و معیارهای خروج شامل فقدان تجربه مرتبط، عدم تمایل به ادامه مشارکت، ارائه اطلاعات سطحی یا غیرقابل تحلیل و محدودیت های زمانی تعیین شد. ابزار اصلی گردآوری داده ها، مصاحبه های نیمه ساختاریافته اکتشافی بود که امکان دریافت داده های عمیق و منعطف را فراهم می کرد و سوالات آن به صورت باز، پیگیرانه و کاوشگرانه طراحی شدند تا دیدگاه ها، تجربیات و ارزش های مشارکت کنندگان درباره کیفیت آموزشی استخراج شود. تمامی مصاحبه ها با رضایت آگاهانه ضبط شدند و برای تحلیل آماده شدند. در سؤال محوری از مشارکت کنندگان خواسته شد توضیح دهند که «کیفیت آموزشی» در دانشگاه های علوم پزشکی ایران تحت تأثیر چه عوامل کلیدی قرار می گیرد و این عوامل چگونه در عمل تحقق می یابند؛ به ویژه اینکه کیفیت چگونه از طریق طراحی و اجرای برنامه های درسی، ارائه خدمات آموزشی، شیوه های تدریس و یادگیری به ویژه در محیط های بالینی و مجازی، نظام های ارزیابی و پایش کیفیت، عدالت و اخلاق آموزشی، حکمرانی و سیاست گذاری آموزشی، بهره گیری از داده ها و فناوری های نوین، و تعاملات حرفه ای میان مدیران، استادان و دانشجویان شکل می گیرد، تقویت می شود و تداوم می یابد. در ادامه از مشارکت کنندگان خواسته شد نقش برنامه های 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 حرفه ای، نقش مدیران و نظام حکمرانی آموزشی در سیاست گذاری و مدیریت منابع، اثر آموزش دیجیتال و زیرساخت های فناوری آموزشی، تجربه آنان در زمینه ارزیابی آموزشی، خودارزیابی درونی، پایش مستمر و بازنگری برنامه های آموزشی، نقش اصول اخلاقی، شفافیت و تعاملات حرفه ای، و نیز کارکرد داده ها و شواهد در بهبود تصمیم گیری های آموزشی تبیین شود. همچنین از مشارکت کنندگان خواسته شد توضیح دهند که به نظر آنان ترکیب چه مجموعه ای از عوامل آموزشی، مدیریتی، فناورانه و اخلاقی موجب می شود یک دانشگاه علوم پزشکی از نظر کیفیت آموزشی موفق و اثربخش تلقی شود. در بخش دوم مصاحبه نیز به شناسایی ملاک ها و شاخص های کیفیت آموزشی پرداخته شد و از مشارکت کنندگان خواسته شد بیان کنند چه معیارهای مشخص و قابل مشاهده ای نشان می دهد که یک دانشگاه علوم پزشکی به سطح مطلوب کیفیت آموزشی دست یافته است، این شاخص ها چگونه در عمل ارزیابی می شوند، چه شواهد و نشانه هایی در حوزه هایی همچون برنامه درسی، خدمات آموزشی، آموزش بالینی، ارزیابی آموزشی، زیرساخت های فناوری، عدالت آموزشی و اخلاق حرفه ای بیانگر تحقق کیفیت هستند، و کدام معیارها بیشترین نقش را در تمایز دانشگاه های با کیفیت آموزشی بالا از دانشگاه های با

1. Applied
2. Descriptive
3. Qualitative
4. Grounded Theory
5. Purposive non-probability sampling
6. Theoretical Saturation

کیفیت پایین ایفا می کنند. در پایان، مشارکت کنندگان تشویق شدند نمونه های واقعی از تجربه های خود را در تأیید یا نقد کیفیت آموزشی بیان کنند.

تحلیل داده ها بر اساس نظریه داده بنیاد و در سه مرحله انجام شد: ابتدا با کُدگذاری باز، متن مصاحبه ها خط به خط بررسی شد و مفاهیم اولیه استخراج گردید، سپس با کُدگذاری محوری، کُدهای اولیه در قالب مقوله های گسترده تر سازمان دهی شدند و روابط میان عوامل زمینه ای، راهبردها و پیامدها شناسایی شد، و در آخر با کُدگذاری گزینشی، مقوله ها یکپارچه شدند و الگوی کیفیت آموزشی با سه بُعد اصلی شامل عوامل شرایطی (شرایط علی، شرایط زمینه ای و شرایط مداخله گر)، راهبردها/تعاملات و پیامدهای کیفیت آموزشی تدوین شد (مجتبی زاده و دیگران، ۱۳۹۷).

### یافته‌ها

در این پژوهش، داده های کیفی از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ۲۱ نفر از مدیران، اعضای هیئت علمی و متخصصان دانشگاه های علوم پزشکی جمع آوری شد و با استفاده از رویکرد داده بنیاد و مدل استقرایی (Strauss & Corbin 1990) تحلیل شد. و فرایند تحلیل شامل سه مرحله کُدگذاری باز، کُدگذاری محوری و کُدگذاری گزینشی بود.

در مرحله کُدگذاری باز، متن مصاحبه ها به صورت خط به خط بررسی شد و مفاهیم اولیه استخراج شد. پس از پالایش و سازمان دهی داده ها، ۹۰ مفهوم اولیه شناسایی شد که دامنه گسترده ای از عناصر کیفیت آموزشی را شامل می شد. این مفاهیم عناصر مختلفی از جمله کیفیت برنامه درسی، شایستگی و مهارت تدریس اساتید، انسجام و به روزرسانی برنامه، امکانات و منابع آموزشی، روش های ارزشیابی، یادگیری بالینی و سایر عوامل مرتبط با تجربه آموزشی دانشجویان را دربرمی گرفت. نمونه ای از نقل قول های مشارکت کنندگان و کُدهای استخراج شده از مرحله کُدگذاری باز در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. جدول نقل قول های تفصیلی مصاحبه ها و کُدهای استخراج شده

ردیف	کُدهای استخراج شده	مصاحبه شونده	شماره
		اصل نقل قول (متن مصاحبه)	
۱	هم راستایی اهداف و محتوا، انسجام ساختاری برنامه، به روز بودن برنامه درسی	۱۴، ۳	از نظر من زمانی می توان گفت برنامه درسی باکیفیت است که اهداف آموزشی با محتوای دروس هم راستایی کامل داشته باشند و بین اجزای مختلف آن یک انسجام ساختاری منطقی و مرحله ای وجود داشته باشد. اگر دروس پراکنده و بدون پیوستگی ارائه شوند، یادگیری عمیق شکل نمی گیرد. علاوه بر این، بسیار مهم است که برنامه درسی به روز باشد و متناسب با تحولات علمی و نیازهای جدید بازنگری شود.
۲	دسترسی به امکانات آموزشی، پشتیبانی اداری و آموزشی، رضایت مندی 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 می کند. در کنار آن، وجود پشتیبانی اداری و آموزشی کارآمد نقش تسهیل گر دارد، زیرا اگر امور اجرایی به درستی مدیریت نشود، فرایند آموزش دچار اختلال می شود. مجموع این شرایط در نهایت بر رضایت مندی دانشجویان از تجربه آموزشی اثر مستقیم می گذارد.
۳	شایستگی علمی تخصصی، مهارت های تدریس، تعامل استاد - دانشجو	۲۰، ۵	کیفیت آموزش وابسته به شایستگی علمی تخصصی استادان است، زیرا دانشجو باید اطمینان داشته باشد که مطالب ارائه شده مبتنی بر دانش روز است. علاوه بر این، مهارت های تدریس استادان در انتقال مفاهیم پیچیده اهمیت زیادی دارد. همچنین زمانی که تعامل سازنده میان استاد و دانشجو برقرار باشد، مشارکت فعال و یادگیری عمیق تری شکل می گیرد.
۴	استانداردسازی آزمون ها، تنوع روش های سنجش، بازخورد آموزشی مؤثر	۸، ۱۶، ۲	برای ارتقای کیفیت آموزش لازم است آزمون ها تا حد امکان استانداردسازی شوند تا عدالت در سنجش حفظ شود. از سوی دیگر باید از تنوع روش های سنجش مانند آزمون های کتبی، عملی و پروژه ای 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، فرصت های یادگیری عملی، راهنمایی و نظارت بالینی	۲۱، ۶	در آموزش پزشکی، کیفیت محیط بالینی اهمیت اساسی دارد، زیرا بسیاری از مهارت ها در فضای واقعی درمانی شکل می گیرد. اگر فرصت های یادگیری عملی کافی برای دانشجویان فراهم شود، آن ها می توانند دانش نظری خود را در عمل به کار گیرند. در کنار آن، وجود راهنمایی و نظارت بالینی مستمر از سوی استادان باعث می شود تجربه عملی به یادگیری مؤثر تبدیل شود.
۶	سیاست گذاری آموزشی، مدیریت منابع آموزشی، هماهنگی ساختاری	۱۷، ۴	برای عملکرد اثربخش نظام آموزشی، وجود سیاست گذاری آموزشی شفاف و هدفمند ضروری است. همچنین مدیریت صحیح منابع آموزشی باعث استفاده بهینه از امکانات می شود. در کنار این موارد، اگر هماهنگی ساختاری بین بخش های مختلف آموزشی برقرار باشد، اجرای برنامه ها با موفقیت بیشتری همراه خواهد بود.

ردیف	گدهای استخراج شده	شماره مصاحبه شونده	اصل نقل قول (متن مصاحبه)
۷	زیرساخت فناوری آموزشی، کیفیت آموزش مجازی، تعامل دیجیتال یادگیرندگان	۱۲، ۱۵	امروزه وجود زیرساخت مناسب فناوری آموزشی یکی از پیش نیازهای اساسی ارتقای کیفیت آموزش است. این زیرساخت امکان ارائه آموزش مجازی با کیفیت مطلوب را فراهم می کند. علاوه بر آن، باید شرایطی ایجاد شود که تعامل دیجیتال یادگیرندگان در محیط آنلاین تقویت گردد تا یادگیری فعال شکل بگیرد.
۸	خودارزیابی آموزشی، پیش مستمر کیفیت، بازنگری برنامه ها	۷، ۱۳	یکی از راهکارهای مهم ارتقای کیفیت، اجرای منظم فرایند خودارزیابی آموزشی در دانشگاه است. در کنار آن، انجام پایش مستمر کیفیت برنامه ها کمک می کند نقاط ضعف و قوت به موقع شناسایی شوند. نتایج این اقدامات باید به بازنگری و اصلاح برنامه های آموزشی منجر شود تا چرخه بهبود کیفیت تکمیل گردد.
۹	عدالت در فرصت های آموزشی، رعایت اصول اخلاقی، شفافیت آموزشی	۹، ۱۰	در نظام آموزشی لازم است عدالت در فرصت های 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 می شود.
۱۰	تحلیل داده های آموزشی، تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، کاربرد هوش مصنوعی	۱۱، ۱۹	استفاده از تحلیل داده های آموزشی می تواند الگوهای یادگیری و نقاط ضعف منظومه را آشکار کند. این امر زمینه را برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در سطح مدیریتی فراهم می کند. همچنین به کارگیری فناوری های نوین مانند هوش مصنوعی در تحلیل داده های آموزشی می تواند دقت و کارآمدی تصمیم های آموزشی را افزایش دهد.

در مرحله گدگذاری محوری، مفاهیم مشابه در قالب ۳۰ مقوله عمده سازماندهی شدند و این مقوله ها در سطحی بالاتر به ۱۰ مقوله هسته ای 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 داده ای آموزشی بودند. پس از گدگذاری محوری، خط داستان مقوله های هسته ای به منظور تبیین روابط میان آن ها تدوین شد. خط داستان، روایتی تحلیلی است که نشان می دهد مقوله های هسته ای استخراج شده چگونه در قالب یک نظام پویا و به هم پیوسته، کیفیت آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی را شکل می دهند. یافته ها نشان داد که کیفیت آموزشی پدیده ای چندبعدی و فرایندی است که از تعامل مستمر میان عناصر برنامه ای، اجرایی، انسانی، مدیریتی و ارزشیابی حاصل می شود. بر اساس داده های مصاحبه، خط داستان از «کیفیت برنامه درسی» آغاز شد. مشارکت کنندگان برنامه درسی را زیربنای اصلی کیفیت آموزشی دانستند و تأکید کردند که هم راستایی اهداف، محتوا، روش های یاددهی - یادگیری و پیامدهای آموزشی، شرط اساسی تحقق کیفیت است. همچنین یافته ها نشان داد که برنامه درسی زمانی اثربخش تلقی می شود که به صورت مستمر و متناسب با نیازهای حرفه ای نظام سلامت بازنگری شود. کیفیت برنامه درسی در عمل، از طریق «خدمات آموزشی جامع» تحقق می یابد. داده ها نشان داد که خدمات آموزشی شامل دسترسی عادلانه به منابع یادگیری، امکانات آموزشی، پشتیبانی اداری و پاسخ گویی آموزشی است و نقش واسطه ای میان طراحی برنامه و تجربه یادگیری دانشجو ایفا می کند. مشارکت کنندگان بیان کردند که ضعف در خدمات آموزشی، حتی در صورت وجود برنامه درسی مناسب، منجر به کاهش ادراک کیفیت آموزش می شود.

در ادامه خط داستان، «مهارت اساتید» به عنوان یکی از مقوله های هسته ای کلیدی شناسایی شد. یافته ها نشان داد که توانمندی علمی، مهارت های تدریس و کیفیت تعامل استاد - دانشجو، نقش تعیین کننده ای در انتقال اثربخش برنامه درسی و تحقق اهداف آموزشی دارد. مهارت اساتید به عنوان نقطه اتصال میان برنامه درسی، خدمات آموزشی و تجربه یادگیری دانشجو عمل می کند. مهارت اساتید، بستر شکل گیری «ارزیابی آموزشی» اثربخش را فراهم می سازد. نتایج نشان داد که ارزیابی آموزشی زمانی موجب ارتقای کیفیت می شود که مبتنی بر اهداف برنامه درسی، متنوع، استاندارد و همراه با بازخورد سازنده باشد. مشارکت کنندگان تأکید کردند که ارزیابی های صرفاً نمره محور، یادگیری سطحی را تقویت کرده و نقش محدودی در بهبود کیفیت آموزش ایفا می کند. ارزیابی آموزشی اثربخش، زمینه ساز ارتقای «یادگیری بالینی» شد. یافته ها نشان داد که یادگیری بالینی به عنوان هسته مرکزی آموزش علوم پزشکی، به کیفیت محیط بالینی، فرصت های یادگیری عملی و نظارت و راهنمایی اساتید بالینی وابسته است. هرگونه ضعف در این مؤلفه ها، به طور مستقیم کیفیت آموزش حرفه ای دانشجویان را تحت تأثیر قرار می دهد.

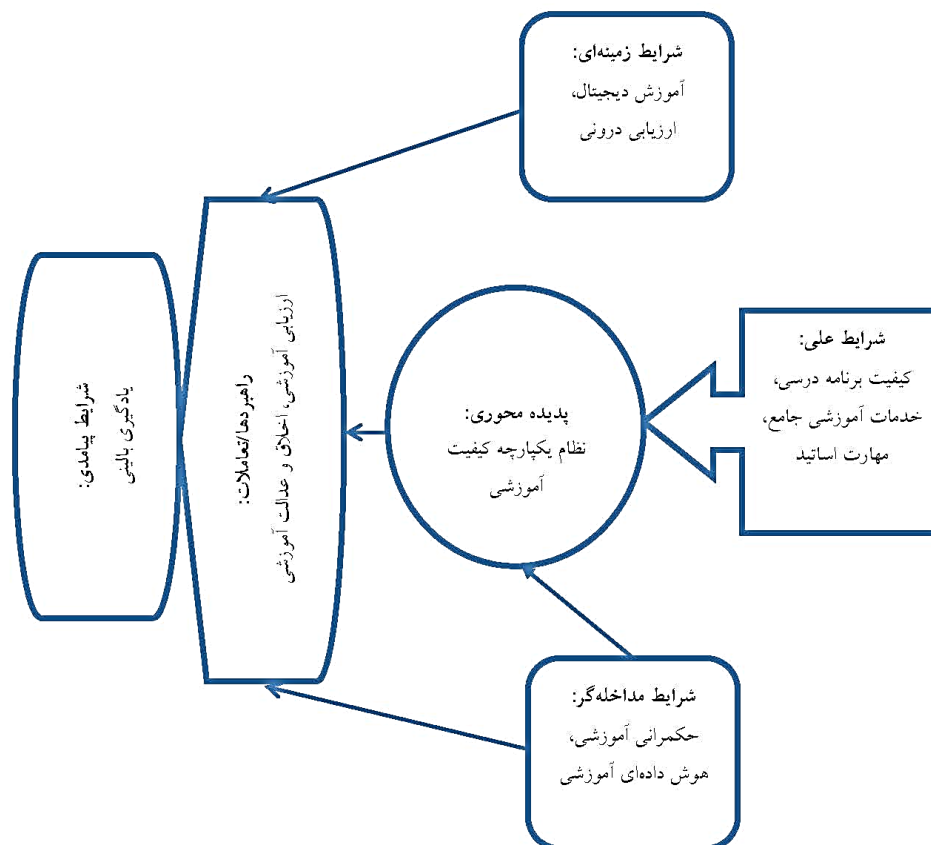
در سطح کلان تر، تحقق یادگیری بالینی با کیفیت در گرو «حکمرانی آموزشی» کارآمد است. داده ها نشان داد که حکمرانی آموزشی از طریق سیاست گذاری منسجم، مدیریت منابع و هماهنگی ساختاری، انسجام و پایداری کیفیت آموزش را تضمین می کند. مشارکت کنندگان نقش تصمیمات مدیریتی را در تنظیم و هدایت کل نظام آموزشی تعیین کننده ارزیابی کردند. در بستر حکمرانی آموزشی، «آموزش دیجیتال» به عنوان

یکی از مقوله های هسته نوظهور شناسایی شد. یافته ها نشان داد که آموزش دیجیتال فراتر از یک ابزار آموزشی، به عنوان رویکردی مکمل در فرایند یاددهی - یادگیری عمل می کند و مبتنی بر زیرساخت های فناورانه، کیفیت آموزش مجازی و تعامل دیجیتال یادگیرندگان است. این رویکرد امکان پایش و مستندسازی فرایندهای آموزشی را تقویت می کند. 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 برنامه ها، چرخه بهبود مستمر را در نظام آموزشی فعال می کند و دانشگاه را به سمت سازمانی یادگیرنده سوق می دهد.

جدول ۲. مقوله های عمده و هسته مجدداً بازسازی شده همراه با چرایی نام گذاری

ردیف	کُدگذاری باز		چرایی نام گذاری مقوله
	کُدگذاری محوری	کُدگذاری گزینشی	
	مقوله های هسته	نوع مقوله	
۱	کیفیت برنامه درسی	بعد شرایطی / شرایط علی	این مقوله از کدهایی شکل گرفته که به ساختار و محتوای برنامه درسی (هم راستایی اهداف، انسجام، روزآمدی) مربوط اند. ماهیت مشترک آن ها «کیفیت ساختاری و محتوایی» است؛ بنابراین عنوان انتخاب شده بازتاب دهنده جوهره آن است. این مقوله در نقش یک علت اولیه مطرح می شود، زیرا وضعیت برنامه درسی منشأ و محرک بسیاری از کنش های آموزشی است.
۲	خدمات آموزشی جامع	بعد شرایطی / شرایط علی	مجموعه کدهای مرتبط با امکانات، پشتیبانی و رضایت مندی دانشجویان حول مفهوم خدمات آموزشی می چرخند؛ بنابراین نام «خدمات آموزشی جامع» بیانگر پوشش چندبعدی این خدمات است. این عوامل به عنوان علت شکل دهنده تجربه آموزشی عمل کرده و پیش زمینه رخدادهای بعدی هستند.
۳	مهارت های تخصصی، مهارت های تدریس، تعامل استاد - دانشجو	بعد شرایطی / شرایط علی	این مقوله از کدهای مربوط به توان علمی، مهارت تدریس و تعامل استاد حاصل شده است. چون هسته مشترک آن ها توانمندی حرفه ای استاد است، «مهارت اساتید» عنوان دقیق و جامع محسوب می شود. این مقوله علت اثرگذار بر کیفیت آموزش بوده و بسیاری از تحولات آموزشی از آن سرچشمه می گیرند.
۴	استانداردسازی آزمون ها، تنوع روش های سنجش، بازخورد آموزشی مؤثر	بعد راهبردی / تعاملی	کدهای این گروه به اقداماتی مانند استاندارد کردن آزمون، تنوع روش های سنجش و بازخورددهی مربوط اند. 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 می کند، در دسته راهبردی - تعاملی قرار می گیرد.
۵	کیفیت محیط بالینی، فرصت های یادگیری عملی، راهنمایی و نظارت بالینی	بعد پیامدی	این مقوله از کدهایی شکل گرفته که تجربه یادگیری در محیط واقعی را توضیح می دهند (فرصت عملی، کیفیت محیط بالینی، نظارت). عنوان «یادگیری بالینی» دقیق و مستقیم ماهیت آن را نشان می دهد. چون این مقوله نتیجه نهایی تعامل شرایط و راهبردهاست، در گروه پیامدی قرار می گیرد.
۶	سیاست گذاری آموزشی، مدیریت منابع آموزشی، هماهنگی ساختاری	بعد شرایطی / شرایط مداخله گر	کدهای مربوط به سیاست گذاری، مدیریت منابع و هماهنگی ساختاری جنبه کلان مدیریتی دارند. این هويت سبب انتخاب عنوان «حکمرانی آموزشی» شده است. نقش این مقوله تسهیل گر یا محدودکننده سایر عوامل است و به عنوان یک عامل مداخله گر جهت و شدت اثرات دیگر متغیرها را تغییر می دهد.
۷	زیرساخت فناوری آموزشی، کیفیت آموزش مجازی، تعامل دیجیتال یادگیرندگان	بعد شرایطی / شرایط زمینه ای	کدهایی چون زیرساخت فناوری، کیفیت آموزش مجازی و تعامل دیجیتال، همگی فضای یادگیری دیجیتال را توصیف می کنند؛ بنابراین عنوان «آموزش دیجیتال» انتخاب شده است. این مقوله زمینه وقوع کنش های آموزشی بوده و محیط فناوری محور را شکل می دهد.
۸	خودارزیابی آموزشی، پایش مستمر کیفیت، بازنگری برنامه ها	بعد شرایطی / شرایط زمینه ای	این مقوله به فرایندهای واپایش کیفیت داخلی (بازنگری، خودارزیابی، پایش) اشاره دارد. به همین دلیل عنوان «ارزیابی درونی» انتخاب شده است. این عوامل زمینه مدیریتی داخلی را فراهم می کنند که بر نحوه اجرای راهبردها اثرگذار است.
۹	عدالت در فرصت های آموزشی، رعایت اصول اخلاقی، شفافیت آموزشی	بعد راهبردی / تعاملی	کدهای شفافیت، رعایت اصول اخلاقی و عدالت، همگی نوعی رفتار و کنش اخلاقی در آموزش را نشان می دهند؛ از این رو عنوان «اخلاق و عدالت آموزشی» انتخاب شده است. چون این عناصر نحوه تعامل و رفتار کنشگران را نشان می دهند، در دسته راهبردی/تعاملی قرار می گیرند.
۱۰	تحلیل داده های آموزشی، تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، کاربرد هوش مصنوعی	بعد شرایطی / شرایط مداخله گر	کدهای تصمیم گیری مبتنی بر داده، تحلیل داده ها و استفاده از هوش مصنوعی بیانگر نقش ابزارهای هوشمند در آموزش اند؛ بنابراین «هوش داده ای آموزشی» عنوان مناسبی است. این مقوله نقش تسهیل گر و جهت دهنده دارد و شدت و مسیر راهبردهای آموزشی را تحت تأثیر قرار می دهد.

در مرحله کُدگذاری گزینشی، این مقوله های هسته ای در اطراف یک مقوله مرکزی به نام «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» تلفیق شدند. این نظام تمامی عوامل هسته ای را در چهارچوبی منسجم و پویا کنار هم قرار می دهد و کیفیت آموزشی را به عنوان یک منظومه یکپارچه با پنج بُعد اصلی معرفی می کند. بُعد شرایطی یا علی شامل کیفیت برنامه درسی، خدمات آموزشی جامع و مهارت اساتید است و زیربنای هنجاری، ساختاری و انسانی آموزش را تشکیل می دهد. بُعد شرایط مداخله گر شامل حکمرانی آموزشی و هوش داده ای آموزشی است و هدایت کلان، مدیریت منابع و تصمیم گیری هوشمند را نمایندگی می کند. بُعد شرایط زمینه ای شامل آموزش دیجیتال، ارزیابی درونی است و زمینه های فناورانه و ظرفیت یادگیری سازمانی را تقویت می کند. بُعد راهبردی - تعاملی شامل ارزیابی آموزشی و اخلاق و عدالت آموزشی است و کنش های هدایتگر، ارزش محور و بازخورددهنده را پوشش می دهد. سرانجام، بُعد پیامدی به یادگیری بالینی اختصاص دارد که نتیجه نهایی و خروجی عملی نظام آموزشی را نشان می دهد. در شکل ۱، الگوی کیفیت آموزشی برای دانشگاه های علوم پزشکی ایران به مثابه «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» ارائه شده است.



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

تضمین اعتبار علمی داده ها و تحلیل ها از معیارهای اعتمادپذیری، انتقال پذیری، تأییدپذیری و قابلیت اطمینان استفاده شد (حسینی لرگانی و مجتبی زاده، ۱۴۰۰). به منظور افزایش اعتمادپذیری، پژوهشگران خلاصه کدها و برداشت های تحلیلی را برای مشارکت کنندگان ارسال کردند تا صحت مفاهیم تأیید شود، برای قابلیت اطمینان تمامی مراحل گردآوری و تحلیل داده ها را مستندسازی کردند، برای انتقال پذیری نمونه گیری هدفمند انجام دادند و مشخصات مشارکت کنندگان را به طور جامع توصیف کردند، و برای تأییدپذیری فرایند تحلیل داده ها را به طور کامل مستندسازی کردند تا سوگیری پژوهشگر به حداقل برسد. برای ارزیابی پایایی داده ها، از روش بازآزمون و بررسی میزان توافق بین دو کدگذار استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح توافق قابل قبول است؛ به طوری که ضریب کاپای کوهن ۰/۸۰۸ به دست آمد که بیانگر هماهنگی مناسب میان کدگذاران است (فاضلی و دیگران، ۱۴۰۰). جدول ۳ میزان توافق و عدم توافق بین دو کدگذار را نشان می دهد و جدول ۴ مقدار ضریب کاپای کوهن و سطح معناداری آن را ارائه می کند.

جدول ۳. میزان توافق نظر بین دو کُدگذار

کُدگذار دوم			
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 معنا داری
میزان توافق	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
تعداد	۹۰	

شکل ۱ الگوی نهایی کیفیت آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی ایران را در قالب یک «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» نمایش می دهد که بر اساس نتایج کُدگذاری گزینشی و تلفیق مقوله های هسته ای استخراج شده از داده های کیفی ترسیم شده است. این الگو کیفیت آموزشی را نه به عنوان مجموعه ای از عوامل منفرد، بلکه به مثابه نظامی پویا، چندبُعدی و تعاملی تبیین می کند که از برهم کنش مستمر میان شرایط، راهبردها و پیامدها شکل می گیرد. در این الگو، ابعاد شرایطی به عنوان زیربنای تحقق کیفیت آموزشی عمل می کنند. بُعد شرایط علی شامل کیفیت برنامه درسی، خدمات آموزشی جامع و مهارت اساتید است که بنیان های ساختاری و انسانی نظام آموزشی را تشکیل می دهند. کیفیت برنامه درسی با ایجاد هم راستایی میان اهداف، محتوا و ساختار آموزشی، جهت گیری کل نظام را مشخص می کند. خدمات آموزشی جامع، امکان تحقق عملی برنامه ها را فراهم می سازد و مهارت اساتید، کیفیت تعاملات آموزشی و اثربخشی فرایند یاددهی-یادگیری را تضمین می کند. این سه مقوله، به صورت هم زمان بستر اولیه شکل گیری کیفیت آموزشی را فراهم می آورند. در کنار شرایط علی، شرایط زمینه ای شامل آموزش دیجیتال و ارزیابی درونی در الگو نقش تسهیل گر و تقویت کننده دارند. آموزش دیجیتال با اتکا بر زیرساخت های فناوری و تعاملات یادگیری مجازی، انعطاف پذیری و دسترس پذیری آموزش را افزایش می دهد و امکان پاسخ گویی به تحولات محیطی را فراهم می سازد. ارزیابی درونی نیز با تمرکز بر خودارزیابی، پایش مستمر و بازنگری برنامه ها، چرخه یادگیری سازمانی و بهبود مستمر کیفیت را فعال می کند. این دو مقوله، بستر فرهنگی و فناورانه لازم برای پویایی نظام کیفیت آموزشی را فراهم می کنند.

بُعد شرایط مداخله گر در الگو شامل حکمرانی آموزشی و هوش داده ای آموزشی است که نقش تنظیم کننده و هدایتگر نظام را ایفا می کند. حکمرانی آموزشی از طریق سیاست گذاری منسجم، مدیریت منابع و هماهنگی ساختاری، انسجام و پایداری نظام کیفیت آموزشی را تضمین می کند. هوش داده ای آموزشی نیز با تحلیل داده ها، تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و بهره گیری از ابزارهای نوین مانند هوش مصنوعی، فرایندهای آموزشی را هدفمند کرده و امکان پیش بینی، اصلاح و بهینه سازی عملکرد آموزشی را فراهم می سازد. این بُعد، پیوند میان داده، تصمیم و اقدام را در نظام کیفیت آموزشی برقرار می کند. در بُعد راهبردی - تعاملی، ارزیابی آموزشی و اخلاق و عدالت آموزشی در تعامل با یکدیگر عمل می کنند. ارزیابی آموزشی با استانداردسازی سنجش، تنوع روش های ارزیابی و ارائه بازخورد مؤثر، مسیر یادگیری را هدایت می کند و نقش کنترلی - اصلاحی در نظام دارد. اخلاق و عدالت آموزشی نیز با تأکید بر شفافیت، رعایت اصول اخلاقی و برابری فرصت ها، اعتماد، تعامل سازنده و تعهد حرفه ای را در میان ذی نفعان تقویت می کند. این بُعد نشان می دهد که کیفیت آموزشی تنها از طریق ابزارهای فنی محقق نمی شود، بلکه نیازمند نهادینه سازی ارزش ها و اصول اخلاقی در کنش های آموزشی است. همچنین، بُعد پیامدی الگو با تمرکز بر یادگیری بالینی، نتایج و آثار تحقق کیفیت آموزشی را بازنمایی می کند. یادگیری بالینی نشان دهنده توانمندی دانشجویان در به کارگیری دانش و مهارت ها در موقعیت های واقعی حرفه ای است و به عنوان شاخص عینی اثربخشی نظام کیفیت آموزشی تلقی می شود. این بُعد، بازتاب دهنده عملکرد هماهنگ سایر ابعاد الگو و نتیجه نهایی استقرار نظام یکپارچه کیفیت آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، طراحی الگوی یکپارچه شرایط، فرایندها و پیامدهای کیفیت آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی ایران بر اساس دیدگاه خبرگان آموزش پزشکی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده های کیفی و کُدگذاری سه مرحله ای نشان داد که کیفیت آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی پدیده ای چندبُعدی، سیستمی و زمینه مند است که از تعامل پویا میان ابعاد ساختاری، مدیریتی، فرایندی، ارزشی و پیامدی شکل می گیرد. الگوی استخراج شده در قالب «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» تبیین می شود که در آن، شرایط علی، زمینه ای و مداخله گر از طریق راهبردهای تعاملی به پیامدهای آموزشی منجر می شوند.

یافته ها نشان داد که «کیفیت برنامه درسی»، «خدمات آموزشی جامع» و «مهارت اساتید» به عنوان شرایط علی، زیربنای اصلی تحقق کیفیت آموزشی را تشکیل می دهند. این یافته با ادبیات پژوهش هم خوانی دارد؛ به گونه ای که مطالعات متعدد، هم راستایی اهداف، محتوا و پیامدهای یادگیری را عامل کلیدی کیفیت آموزش معرفی کرده اند (Derouich, 2025; Ashwin, 2025). در پژوهش های داخلی نیز برنامه درسی منسجم و به روز به عنوان عنصر محوری کیفیت آموزشی گزارش شده است (حسینی لرگانی و مجتبی زاده، ۱۴۰۰). افزون بر این، نقش خدمات آموزشی جامع در واسطه گری میان طراحی برنامه و تجربه یادگیری دانشجویان، با یافته های مطالعات مبتنی بر مدل سروکوال هم راستا است که شکاف میان انتظارات و ادراک دانشجویان از خدمات آموزشی را یکی از چالش های اساسی دانشگاه های علوم پزشکی ایران گزارش کرده اند (صفاپادینا و دیگران، ۱۴۰۴). در این الگو، مهارت اساتید به عنوان عامل انسانی کلیدی، نقش پیونددهنده میان برنامه درسی، خدمات آموزشی و فرایند یاددهی - یادگیری را ایفا می کند. این یافته با مطالعاتی که کیفیت تدریس، تعامل استاد - دانشجو و شایستگی های حرفه ای اعضای هیئت علمی را مهم ترین عامل ادراک کیفیت آموزشی معرفی کرده اند، هم سو است (Capote Garcia, 2025). همچنین پژوهش های داخلی نشان داده اند که ارتقای مهارت های آموزشی اساتید به طور مستقیم با بهبود کیفیت یادگیری و رضایت مندی دانشجویان مرتبط است (جهانیان و دیگران، ۱۳۹۹). یافته های پژوهش نشان داد که «حکمرانی آموزشی» و «هوش داده ای آموزشی» به عنوان شرایط مداخله گر، نقش تنظیم کننده و هدایتگر نظام کیفیت آموزشی را بر عهده دارند. این نتایج با مطالعاتی که بر اهمیت حکمرانی خوب، سیاست گذاری منسجم و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در ارتقای کیفیت آموزش پزشکی تأکید کرده اند، هم خوانی دارد (Guil Gorostidi & Rubio-Arostegui, 2026). افزون بر این، ظهور هوش داده ای آموزشی در الگوی حاضر، هم راستا با پژوهش های جدیدی است که کاربرد تحلیل داده ها و هوش مصنوعی را در بهبود کیفیت آموزش، پایش عملکرد و پیش بینی پیامدهای یادگیری برجسته کرده اند (Baby et al., 2025; Mahdi et al., 2025). در بُعد شرایط زمینه ای، «آموزش دیجیتال» و «ارزیابی درونی» به عنوان عوامل تسهیل گر و ظرفیت ساز شناسایی شدند. یافته ها نشان داد که آموزش دیجیتال، فراتر از یک ابزار فناورانه، به عنوان رویکردی مکمل در نظام کیفیت آموزشی عمل می کند. این نتیجه با مطالعات انجام شده در دوره پاندمی کووید-۱۹ هم سو است که نقش آموزش مجازی و ترکیبی را در افزایش انعطاف پذیری و تداوم کیفیت آموزش پزشکی تأیید کرده اند (خانپور و دیگران، ۱۴۰۱؛ Allameh et al., 2025). همچنین ارزیابی درونی به عنوان سازوکاری برای پایش مستمر، یادگیری سازمانی و بهبود تدریجی کیفیت آموزشی، با یافته های پژوهش های داخلی و خارجی هم خوانی دارد (بازرگان هرنندی 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 می کنند. نتایج نشان داد که ارزیابی آموزشی اثربخش، زمانی محقق می شود که متنوع، استاندارد، مبتنی بر اهداف برنامه درسی و همراه با بازخورد سازنده باشد. این یافته با ادبیات پژوهش در زمینه ارزیابی آموزشی و سنجش پیامدهای یادگیری هم راستا است (Duarte et al., 2025; Olave Astorga, 2025; & González-Carrasco, 2025). از سوی دیگر، تأکید بر اخلاق و عدالت آموزشی در الگوی حاضر، با پژوهش هایی که عدالت آموزشی، شفافیت و رعایت اصول اخلاقی را شرط اعتماد نهادی و کیفیت پایدار آموزش معرفی کرده اند، هم خوانی دارد (Eliasi et al., 2025). همچنین، «یادگیری بالینی» به عنوان بُعد پیامدی و خروجی نهایی نظام کیفیت آموزشی شناسایی شد. این یافته با پژوهش های متعدد داخلی و خارجی هم سو است که کیفیت محیط های بالینی، فرصت های یادگیری عملی و نظارت اساتید بالینی را شاخص اصلی اثربخشی آموزش علوم پزشکی دانسته اند (Soltanifar et al., 2025). بدین ترتیب، الگوی حاضر نشان می دهد که تحقق یادگیری بالینی باکیفیت، مستلزم هماهنگی و انسجام تمامی ابعاد نظام کیفیت آموزشی است.

باوجود تلاش برای رعایت دقت روش شناختی، پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود. ماهیت کیفی و استفاده از رویکرد داده بنیاد، تعمیم پذیری آماری یافته ها را به بافت های مشابه محدود می کند. همچنین داده ها مبتنی بر مصاحبه با خبرگان آموزش پزشکی بوده و احتمال سوگیری پاسخ دهندگان و تفاسیر پژوهشگر در تحلیل داده ها وجود دارد. محدودیت زمانی و دشواری دسترسی به برخی از خبرگان کلیدی نیز از دیگر چالش های پژوهش بود. افزون بر این، پویایی محیط آموزش علوم پزشکی و تحولات سریع فناوریانه ممکن است موجب شود برخی یافته ها در بلندمدت نیازمند بازنگری باشند.

بر اساس نتایج پژوهش، پیشنهاد می شود در سطح نظری، الگوی «نظام یکپارچه کیفیت آموزشی» در مطالعات آینده از منظر نظریه های نوین حکمرانی آموزشی، یادگیری سازمانی و هوش مصنوعی آموزشی بسط داده شود. در سطح کاربردی، مدیران دانشگاه های علوم پزشکی می توانند از الگوی ارائه شده به عنوان چهارچوبی عملی برای بازنگری برنامه های درسی، استقرار نظام های ارزیابی کیفی، توسعه آموزش دیجیتال و تقویت اخلاق و عدالت آموزشی بهره گیرند. در سطح پژوهشی، انجام مطالعات کمی، ترکیبی و طولی برای اعتباریابی الگو، سنجش روابط میان ابعاد آن و بررسی میزان تأثیر هر یک از مقوله ها بر یادگیری بالینی پیشنهاد می شود. در نهایت، در سطح توسعه ای، طراحی نظام های هوش داده ای آموزشی، توسعه زیرساخت های فناوریانه و تدوین سیاست های ملی تضمین کیفیت مبتنی بر شواهد می تواند به تعمیم و نهادینه سازی نتایج این پژوهش در نظام آموزش علوم پزشکی کشور کمک کند.

### تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی در رابطه با نتایج پژوهش ندارند.

### سپاسگزاری

از تمام مشارکت کنندگان پژوهش به خاطر همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری می شود.

## منابع

- بازرگان هرندی، ع.، فتح آبادی، ج.، و عین اللهی، بهرام. (۱۳۷۹). رویکرد مناسب ارزیابی درونی برای ارتقای مستمر کیفیت گروه های آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی. *روان شناسی و علوم تربیتی*، ۳۰(۲)، ۱-۲۶. <https://sid.ir/paper/55672/fa>
- جهانیان، ا.، عادل، ف.، شعبانی، م.، و گل افشانی، 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 مجتبی زاده، م. (۱۴۰۰). طراحی و اعتباریابی الگوی کیفیت آموزشی برای دانشگاه های کشور. مدیریت و برنامه ریزی در نظام های 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 مهارت آموزی الکترونیکی در دوره پاندمی کرونا بر ارتقای کیفیت آموزشی دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی کلان منطقه یک. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۲۳، 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.، عباس پور، ع.، رحیمیان، ح.، و دلاور، ع. (۱۴۰۰). شناسایی و اعتباریابی مؤلفه های تصمیم گیری مدیران آموزشی سازمان آموزش و پرورش. *پژوهش در نظام های آموزشی*، ۱۵(۵۳)، ۲۳-۴۱. <https://doi.org/20.1001.1.23831324.1400.15.53.2.6>
- مجتبی زاده، م.، عباس پور، ع.، ملکی، ح.، و فراستخواه، م. (۱۳۹۷). الگوی اعتبارسنجی و تضمین کیفیت نظام آموزش عالی ایران از دیدگاه خبرگان. *پژوهش در نظام های 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., Amdeslasie, 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/educ.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)
- Jahani, 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-Rezaiyan, 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.iums.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>