

توسعه ابزار ارزیابی مقبولیت فرایند اعتباربخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

رضا شجاعی پور^۱، عباس عباس پور^{۲*}، حمید رحیمیان^۳، نورعلی فرخی^۴، سمیه نوری حکمت^۵

۱. دانشجوی دکتری مدیریت آموزش عالی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ایران
۳. دانشیار، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ایران
۴. استاد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ایران
۵. دانشیار، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، کرمان، ایران

● دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۸/۲ آخرین اصلاح مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۴ ● پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۹

زمینه و هدف: فرآیندهای اعتباربخشی، پرکاربردترین سازوکار برای تضمین کیفیت مؤسسه‌های آموزش عالی است. پژوهش حاضر، با هدف توسعه ابزار ارزیابی مقبولیت فرایند اعتباربخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد.

روش کار: برای انجام این پژوهش، از روش تحقیق ترکیبی با طرح اکتشافی-مدل توسعه ابزار استفاده شد. قلمرو زمانی پژوهش در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. بخش کیفی پژوهش با استفاده از روش تحلیل محتوا از طریق مصاحبه با ۱۶ نفر از خبرگان اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد گرانهایم و لاتمن صورت گرفت؛ و تحلیل یافته‌های حاصل از بخش کیفی منجر به توسعه پرسشنامه‌ای با ۱۵ مقیاس و ۴۴ خرده-مقیاس گردید. روایی و پایایی آلفای کرونباخ (۰/۹۹۷) پرسشنامه توسط صاحب‌نظران تأیید شد. در بخش کمی از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های بخش کیفی نشان داد ۱۵ عامل خود-تأییدی ناگزیر، ضعف یاران و عواملان، سندسازی نهادینه‌شده، رفتارهای موسمی و ناپایدار، رفتارهای سلیقه‌ای، ماهیت غیر علمی و اجباری، دوگانه بوم‌گرایی/بوم‌گریزی، فرهنگ، آموزش، اعتباربخشی ناقص، سنجش ناپذیری، هیأت علمی، نظام ارزشیابی، ساختار اجرایی و بین‌المللی‌شدن شناسایی شد. با انجام تحلیل عاملی مرتبه اول، ابزار مزبور با ۱۵ مقیاس و ۴۴ خرده-مقیاس تأیید شد. نتایج آزمون‌های آماری، نیز نشان می‌دهد، مقیاس طراحی شده برای اندازه‌گیری مقبولیت فرایند اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از برازش بسیار مطلوبی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر با نگاهی نو الگوی اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور شناسایی شد. از طریق این مقیاس، می‌توان به ارزیابی وضعیت مقبولیت فرایند اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخت.

کلید واژه‌ها: اعتباربخشی، تحلیل عاملی تأییدی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، روش پژوهش ترکیبی، رویکرد متوالی اکتشافی، نظریه زمینه‌ای

نویسنده مسئول: گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ایران

● تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۲۷۸ ● نمابر: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۲۹۹

مقدمه

از بدو تأسیس نهاد دانشگاه تا امروز، کیفیت، همواره یکی از دغدغه‌های ذاتی دانشگاه‌ها بوده است. با این حال، به استثنای ایالات متحده، که بیش از یک قرن تجربه در زمینه کیفیت دانشگاهی در کارنامه خود دارد، آشنایی با سازوکارهای رسمی تضمین کیفیت، توسعه نوینی در بسیاری از نظام‌های آموزشی عالی به حساب می‌آید (۱). از اوایل دهه ۱۹۸۰، دغدغه کیفیت، در بین سیاست‌های اتخاذ شده از سوی دولت‌ها، تبدیل به هدف اصلی و محوری شد و سازوکار راهبری مهمی را در بین نظام‌های آموزش عالی جهان شکل داد (۶-۲). این توسعه، به واسطه پدیده‌های نوظهور و به هم پیوسته در بافت آموزش عالی قوت گرفت. علاوه بر این، کاهش استانداردهای دانشگاهی به دلیل توده‌ای شدن آموزش عالی، فقدان اعتماد نسبت به ظرفیت‌های مدیریت سنتی در حوزه کیفیت دانشگاهی، محدودیت‌های مربوط به بودجه دولت‌ها و بحران‌های مالی، مزید بر علت شد؛ و منجر به کاهش بودجه، فشار برای افزایش کارایی در هزینه‌های عمومی، تقاضا برای پاسخگویی روزافزون عمومی و تقاضای روزافزون عمومی برای شفافیت فزاینده شد (۸-۶، ۲). به این ترتیب، آموزش عالی در سرتاسر دنیا، در سه دهه اخیر، شاهد گسترش روزافزون، تنوع و پیچیدگی شد (۱). این امر، در کنار سایر اثرات خود، نهادینه‌سازی سازوکارها و فرایندهای گوناگون تضمین کیفیت را در پی داشت. گواه این مدعا، ایجاد نظام‌های نوین، نهادها، شبکه‌ها و انجمن‌های عهده‌دار تضمین کیفیت در سطوح ملی و مؤسسه‌ای است. به هر حال، امروزه، نظام‌های کیفیت، یک واقعیت انکارناپذیر و پیش‌رونده در نظام‌های آموزش عالی جهان است؛ و احتمال می‌رود این روند طی سال‌های آتی نیز به همین شکل باقی بماند (۶). اعتباربخشی در آموزش عالی، کارکردهای متعددی دارد که شامل سنجش کیفیت برنامه‌های دانشگاهی، فرهنگ‌سازی برای بهبود مستمر، ایجاد انگیزه برای ارتقای استانداردها، مشارکت دانشگاهیان در برنامه‌ریزی و ارزیابی و تعیین معیارهای صدور مجوزهای حرفه‌ای است. این فرآیند به تضمین کیفیت کمک می‌کند و به

ارتقای سطح آموزشی منجر می‌شود (۱۷). اعتباربخشی، روی کارکردها و سیاست‌های مؤسسه‌ای تأثیر می‌گذارد. به علاوه، آموزش با کیفیت بالا را تضمین می‌کند و نیازهای بیماران و جامعه را برآورده می‌کند (۱۸).

اعتباربخشی به دانشگاه‌ها این امکان را می‌دهد که با استفاده از استانداردها و معیارهای مشخص، خود-سنجی و ارزیابی دقیقی انجام دهند. این فرآیند به آن‌ها کمک می‌کند تا نقاط قوت و ضعف خود را شناسایی کرده و بهبود مستمر و دستیابی به اهداف آموزشی خود را تسریع کنند. اعتباربخشی نه تنها به عنوان پیشرفت مؤسسات آموزشی نیز محسوب می‌شود (۲۱). به موازات حصول اعتباربخشی، کیفیت و مشروعیت دانشگاه‌ها و برنامه‌های آن‌ها از سوی عموم به رسمیت شناخته می‌شود (۲۲). همچنین، سنجش بیرونی در فرآیند اعتباربخشی، سرعت تغییر را [در دانشگاه و برنامه]، به دلیل ترس ناشی از افشاگری عمومی، افزایش می‌دهد (۲۱). بنابراین، دریافت گواهی‌نامه اعتباربخشی، رسمیت یافتن برند (نشان دانشگاه) را افزایش می‌دهد (۲۳) و شهرت دانشگاه را بالا می‌برد (۲۴). در کنار این مزایا، اعتباربخشی، موجبات جذب اساتید و دانشجویانی می‌شود که از نظر کیفی بالاتر هستند (۲۳). در زمینه توسعه شاخص‌های اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، پژوهش‌هایی در ایران صورت گرفته است (۲۹-۲۶). اما مطالعاتی که برای ارزیابی مقبولیت اعتباربخشی انجام شده باشند محدود می‌باشند توسعه ابزارهای ارزیابی مقبولیت فرایند اعتباربخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به ارزیابی و بهبود کیفیت کمک می‌کنند. بررسی ادبیات نشان می‌دهد، هر چند، چارچوب‌های اعتباربخشی مختلفی برای اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، طراحی و اجرا شده است؛ ولیکن، شکاف‌های جدی در فرآیند اعتباربخشی کشور وجود دارد. برخی از این چارچوب‌ها، فاقد یکنواختی و هم‌ارزی؛ و نیز غیرشفاف هستند. برخی از این چارچوب‌ها، نسخه‌برداری ساده از نمونه‌های فراملی یا بین‌المللی بوده و مختصات زمینه‌ای دانشگاه‌های علوم پزشکی

کشور را نادیده گرفته‌اند. علاوه بر این، برخی از این چارچوب‌ها، همه عناصر لازم و ضروری در چرخه فرآیند آموزشی، یعنی ورودی، آموزش و یادگیری و خروجی را مورد ارزیابی قرار نمی‌دهند. لذا پژوهش حاضر به دنبال طراحی یک چارچوب ارزیابی مقبولیت فرایند اعتباربخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد. این ابزار به دانشگاه‌ها امکان می‌دهند تا نقاط قوت و ضعف اعتباربخشی خود را شناسایی کرده و برای پیشرفت و ارتقای استانداردهای آموزشی تلاش کنند.

روش کار

در این پژوهش، از روش تحقیق ترکیبی با طرح اکتشافی-مدل توسعه ابزار استفاده شد (۳۱-۳۰). بر این مبنای، از هر دو روش کیفی و کمی به طور متوالی و با اهمیت برابر از طریق شیوه ترکیب اتصال داده‌ها استفاده شد (۳۲). رویکرد کیفی از طریق تحلیل محتوا و و رویکرد کمی از طریق تحلیل عاملی تأییدی انجام شد (۳۳-۳۴). جامعه آماری، در بخش کیفی، صاحب‌نظران برجسته اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. حجم نمونه شامل ۱۶ نفر از صاحب‌نظران یا مطلع کلیدی در موضوع اعتباربخشی و تحلیل محتوای ۳۲ مطالعه موجود در خصوص اعتباربخشی می‌شد (۳۸-۳۷). تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن دانش نظری و تجربه عملی در حوزه اعتباربخشی، معیارهای ورود افراد به بخش کیفی بودند. همچنین، انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش از معیارهای خروج در بخش کیفی بودند در ابتدای مصاحبه موضوع پژوهش به آگاهی مشارکت‌کنندگان رسانیده و پس از کسب رضایت به انجام پژوهش اقدام شد. این اطمینان نیز، به مشارکت‌کنندگان داده شد که نام و دانشگاه محل خدمت آنها محرمانه خواهد ماند. مدت هر مصاحبه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. از نظر مراحل آنالیز، از دیدگاه مایلز و هوبرمن، استفاده شد. بر اساس این دیدگاه، آنالیز داده‌های کیفی به سه فعالیت وابسته است، تقلیل داده‌ها (Data Reduction) (دسته‌بندی کردن داده‌های درک شده به دسته‌های کدگذاری شده برای بازبانی و

سازمان‌دهی اهداف)، نمایش دادها (Data Display) (استفاده از ماتریکس، چارت‌ها و غیره)، تصویرسازی نتیجه و چک کردن داده‌ها (برای مفهوم‌سازی و چک کردن داده‌ها و همچنین تأثیرگذاری پژوهشگر) استفاده شد (۳۹). جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هم‌زمان انجام شد. تحلیل داده‌ها به صورت دستی انجام شد، بعد از هر مصاحبه، فایل‌های صوتی ضبط‌شده به صورت متن پیاده‌سازی شده و قبل از اقدام به مصاحبه بعدی، داده‌ها کدگذاری شدند. در کمترین زمان ممکن با استفاده از نرم افزار word نسخه ۲۰۱۹ پیاده‌سازی شد. به منظور اطمینان بیشتر، فایل صوتی مصاحبه با فایل ورد مجدداً تطابق داده شد.

در این مطالعه، بحث اعتبار یافته‌ها با به کارگیری راهبردهای Goba و Lincoln پوشش داده شد. مقبولیت داده‌ها با استفاده از بازبینی دوباره متن مصاحبه‌ها توسط شرکت کنندگان در پژوهش و همکار پژوهش، بررسی شد. همچنین از افراد دارای تجربه در تحقیق کیفی خواسته شد تا بخش‌هایی از روند کدگذاری را مجدداً انجام دهند. در خصوص معیار انتقال‌پذیری هم از روش انتخاب هدفمند با رعایت حداکثر تنوع استفاده شد. معیار تأیید پذیری هم با جمع‌آوری منظم داده‌ها، مقایسه مداوم آنها، ثبت و نگارش دقیق و رعایت بی‌طرفی و توافق تحلیلگران در مورد طبقات پوشش داده شد (۴۰). یافته‌های مرحله کیفی منجر به توسعه ابزار اندازه‌گیری مقبولیت فرایند اعتباربخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی با ۱۵ مقیاس و ۴۴ خرده-مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت گردید.

در مرحله کمی از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد (۳۶). با توجه به اکتشاف مقوله‌های عمده و مقوله‌های هسته از طریق روش‌شناسی کیفی، برای محاسبه بار عاملی مقوله‌های اکتشافی، لازم به استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه پژوهش شامل معاونین آموزشی، مدیران گروه توسعه و تحول سازمان دانشگاه‌های علوم پزشکی، مسئولین مراکز و دفاتر مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی در ۶۶ دانشگاه علوم پزشکی کشور ایران بود. که از این تعداد ۱۵۶ نفر به صورت

کمی است. در بخش کیفی، ۱۶ خبره و ۳۲ مطالعه و شواهد موجود مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در بخش کمی، تعداد ۵۲ نفر از دست‌اندرکاران در هر یک از سه گروه مختلف مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک نمونه پژوهش

بخش مطالعه	نمونه	تعداد
کیفی	خبرگان	۱۶
	اسناد علمی	۳۲
کمی	دست‌اندرکاران حوزه آموزش	۵۲
	دست‌اندرکاران گروه توسعه و تحول	۵۲
	دست‌اندرکاران مطالعات و توسعه آموزش	۵۲

در طی فرایند تحلیل محتوا ۱۵ مقوله اصلی به دست آمد و به ترتیب، شاکله خرده-مقیاس‌ها و مقیاس‌های ابزار اندازه‌گیری مقبولیت فرایند اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را تشکیل دادند. در جدول ۲، ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ارائه شده است.

جدول ۲. ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

ردیف	مقیاس‌ها	ردیف	خرده-مقیاس‌ها	شماره سؤال
یک	خود-تأییدی جبرگرا	۱	در فرآیند اعتباربخشی، دانشگاه، نمره‌های بالایی به خود می‌دهد. در واقع، با حالت مدارا و کنار آمدن با قضیه برخورد می‌کند؛ و هر طور شده، به دنبال تأیید خود است.	۱
		۲	نهاد اعتباربخشی‌کننده و نهاد اعتباربخشی‌شونده دانشگاه یکی است و تشکیل چرخه باطل تأییدگری را می‌دهد.	۲
		۳	اعتباربخشی دانشگاه از سوی دولت انجام می‌شود و وابستگی درون‌زاد به نهاد اعتباربخشی‌کننده دارد.	۳
دو	ضعف یاران و عاملان	۱	دست‌اندرکاران اعتباربخشی دانشگاه به اثربخشی اعتباربخشی اطمینان، اعتقاد و اعتماد ندارند.	۴
		۲	سیستم اعتباربخشی دانشگاه فاقد نیروی آموزش دیده است؛ به این معنی که، مدیران و مجریان نسبت به اعتباربخشی آگاهی، توان ادراکی و ذهنیت ندارند. ذهنیت فلسفی در آن‌ها نهادینه نشده است و نسبت به سنج‌ها ناآگاه هستند.	۵
		۳	مدیران و مجریان در زمینه اعتباربخشی تخصص دارند. به این معنی که، آشنا به اعتباربخشی هستند و نسبت آن دارای اشراف و تجربه هستند. آن‌ها در زمینه اعتباربخشی آموزش دیده‌اند و به زبان و فهم مشترک نائل شده‌اند؛ و نیز نسبت به اشتراک‌گذاری دانش و تجربه اقدام می‌کنند.	۶
سه	مستندسازی نهادینه‌شده	۱	دانشگاه در فرآیند اعتباربخشی به دنبال مستندسازی است و با صورتی‌سازی، فقط ظواهر را حفظ کرده است.	۷
		۲	دانشگاه در فرآیند اعتباربخشی، اسناد و مستندات سایر دانشگاه‌ها را کپی‌برداری کرده است و به نام خود ارائه داده است.	۸

نمونه‌گیری طبقاتی تصادفی در تکمیل پرسشنامه با ۱۵ مقیاس مشارکت نمودند (۴۱).

برای اطمینان از روایی بخش کمی پژوهش، پرسشنامه طراحی شده در اختیار صاحب‌نظران حوزه سنجش و اندازه‌گیری، که دارای تخصص در زمینه اعتباربخشی بودند، قرار داده شد و روایی صوری، محتوایی و سازه پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در جهت پایایی داده‌های کمی نیز، از ضریب آلفای کرانباخ، پایایی ترکیبی و پایایی همگون استفاده شد. برای تحلیل بخش کمی پژوهش، از نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس^۱ نسخه ۲۷، نرم‌افزار ای‌موس^۲ نسخه ۲۷ و نرم‌افزار پی‌ال‌اس^۳ نسخه ۴ استفاده شد. سطح معنا داری در این مطالعه $Pvalue < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، ویژگی‌های دموگرافیک نمونه پژوهش ارائه شده است. این جدول ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های مختلف مورد استفاده در پژوهش را نشان می‌دهد، که شامل دو بخش کیفی و

2. Analysis of Moment Structures (AMOS)

3. Partial Least Squares (PLS)

1. Statistical Package for the Social Sciences & Statistical Product and Service Solutions (SPSS)

۹	فرآیند اعتباربخشی در طول سال استمرار ندارد و فقط به علت ابلاغ دستور از مراجع بالاتر به صورت موسمی و محدود اجرا می‌شود.	۱	رفتارهای موسمی و ناپایدار	چهار
۱۰	فرآیند اعتباربخشی دانشگاه تداوم دارد و داری سابقه طولانی در اعتباربخشی حوزه درمان است.	۲		
۱۱	فرآیند اعتباربخشی متأثر از سلاقی افراد است و با تغییر مدیریت، روندهای آن نیز تغییر پیدا می‌کند.	۱	رفتارهای سلیقه‌ای	پنج
۱۲	در مورد سنج‌های اعتباربخشی، تفاوت اداری و عدم اجماع در بین مدیران و مجریان وجود دارد و آن‌ها به صورت فرد-محورانه و سوگیرانه، سنج‌ها را تفسیر به رأی می‌کنند.	۲		
۱۳	مرز مشخصی بین اعتباربخشی موسسه‌ای و برنامه‌ای وجود ندارد و اعتباربخشی برای اعتباربخشی انجام نمی‌شود، بلکه، به این خاطر انجام می‌شود که گزارشی از اجرای آن ارائه شود.	۱	ماهیت غیر علمی و اجباری	شش
۱۴	در زمینه اعتباربخشی اتاق فکر وجود ندارد و در مورد نتایج آن اعمال نفوذ می‌شود؛ اعتباربخشی دانشگاه سخت و بوروکراتیک است و از تغییرات آنی آسیب می‌بیند.	۲		
۱۵	اعتباربخشی دانشگاه، اقتباس، الگوبرداری و حتی کپی برداری از الگوهای خارجی است.	۱		
۱۶	اعتقاد بر این است که امکان بومی‌سازی اعتباربخشی وجود ندارد و باید به سازگاری، انطباق فرهنگی و هماهنگی الگوهای بومی با الگوهای جهانی اعتباربخشی دست زد.	۲	دوگانه بوم‌گرایی/بوم‌گری	هفت
۱۷	اعتقاد بر به‌روزرسانی، طراحی و اعتباریابی الگوی اعتباربخشی متناسب با فرهنگ، محیط، دیدگاه و شرایط زمینه‌ای کشور وجود دارد؛ و بر طراحی و توسعه برنامه‌های اعتباربخشی منحصربه‌فرد و حساس به اقتضات بومی تأکید می‌شود و از الگوهای ایرانی استفاده می‌شود.	۳	یزی	
۱۸	دیدگاه همه‌جانبه‌نگری، کل‌نگری و جامع‌نگری در اعتباربخشی حاکم است و به تمام حوزه‌های اعتباربخشی اهمیت داده می‌شود.	۱		
۱۹	فرآیند اعتباربخشی دانشگاه دارای استقلال بوده و از سوی نهادهای مستقل بی‌طرف انجام می‌شود؛ و اعتباربخشی دانشگاه به استقلال یافتگی دست یافته است.	۲		
۲۰	بر حفظ و نگاه‌داشت فرهنگ کیفیت از طریق خود-ارزیابی مستمر و خلق فرهنگ شواهد و مستندات تأکید می‌شود و در راستای ارتقاء فرهنگ سنجش و ارتقاء فرهنگ کیفیت با محوریت علمی در جهت ارتقاء و تعالی دانشگاه‌ها حرکت می‌شود.	۳		
۲۱	دانشگاه به انگیزه‌بخشی مدیران و مجریان اعتباربخشی اقدام می‌کند و بهبود مستمر مؤسسه‌ای و برنامه‌ای را مورد تشویق قرار می‌دهد.	۴	فرهنگ	هشت
۲۲	اخلاق حرفه‌ای در اعتباربخشی حاکم است و اخلاق نهادینه شده است.	۵		
۲۳	اعتباربخشی، رویدادی مشارکتی است؛ در آن تفویض اختیار وجود دارد و از تمام دانشگاهیان مشارکت‌جویی می‌شود.	۶		
۲۴	فرآیند اعتباربخشی از جامعیت و شفافیت برخوردار است و تعیین‌کننده میزان پایداری دانشگاه به مسؤلیت خویش در قبال تحقق اهداف است؛ و نیز دانشگاه و برنامه‌های آن در مقابل عموم پاسخگو است.	۷		
۲۵	در فرآیند اعتباربخشی، در جهت غلبه بر ضعف‌های فرهنگی مانند عدم شفافیت، ضعف انگیزشی، عدم ساختار مستقل، عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای، عدم انگیزه و ... اقدام می‌شود.	۸		
۲۶	دانشگاه مجهز به فناوری‌های نوین، تجهیزات آموزشی و کتابخانه است؛ به تعداد لازم داری کلاس درس است و فضای فیزیکی آن استاندارد است.	۱	آموزش	نه
۲۷	سرفصل‌های درسی دانشگاه به‌روزرسانی شده است و در فرآیند تدریس و آموزش از منابع جدید استفاده می‌شود.	۲		

۲۸	آموزش‌های دانشگاهی در ارتباط با پژوهش، درمان و حل بحران‌های بهداشتی است و بهترین شیوه‌های عملی در آموزش ارائه می‌شود.	۳		
۲۹	در آموزش، به نیازهای جامعه و بیماران توجه می‌شود و دانش‌آموختگان به گونه‌ای تربیت می‌شوند که کارفرمایان آن‌ها را با اطمینان جذب کنند.	۴		
۳۰	زمان کافی برای اعتباربخشی در نظر گرفته نمی‌شود و پس از اعتباربخشی بازخورد ارائه نمی‌شود.	۱	اعتباربخشی ناقص	ده
۳۱	حکمرانی اعتباربخشی وجود ندارد و به همه ابعاد اعتباربخشی توجه نمی‌شود؛ بلکه، نگاه جزیره‌ای و جزءنگرانه حاکم است و به برخی حوزه‌ها از جمله، بخش سخت‌افزاری اعتباربخشی، اهمیت داده می‌شود.	۲		
۳۲	حوزه اعتباربخشی از بُعد برنامه‌ای و مؤسسه‌ای تعیین شده است؛ همچنین، اعتباربخشی بالینی با اعتباربخشی درمانی و اعتباربخشی درمانی با اعتباربخشی آموزشی همسو و همخوان است.	۳		
۳۳	سنجش‌های اعتباربخشی متداخل است؛ نسبت به آن‌ها آشفته‌گی و سردرگمی حاکم است و نتایج ملموسی بر آن‌ها مترتب نیست.	۱	سنجش‌ناپذیری	یازده
۳۴	معیارهای سنجش مشخص است و به فرآیندهای سنجش‌پذیر توجه می‌شود.	۲		
۳۵	به اعضای هیأت علمی اهمیت داده می‌شود و آن‌ها، نقش بارزی در اعتباربخشی دارند.	۱	هیأت علمی	دوازده
۳۶	نسبت استاد به دانشجو، مطابق با استانداردهای اعتباربخشی است.	۲		
۳۷	فرآیند اعتباربخشی در قالب خود-سنجی و بازبینی از سوی همتایان بیرونی انجام می‌شود و در این فرآیند از روش‌های گوناگون از قبیل اعتباربخشی افقی، اعتباربخشی رادار، اعتباربخشی همتایان، سنجش نشان‌گذاری و ... استفاده می‌شود.	۱	نظام ارزشیابی	سیزده
۳۸	اعتباربخشی مورد راستی‌آزمایی قرار می‌گیرد و دریافت تأییدیه برخاسته از ارزیابی است. به این معنی که، صدور رأی بر اساس معیارهای کیفیت صورت می‌گیرد و بازبینی و ارزیابی از طریق مجموعه‌ای از ملاک‌ها و رویه‌های کاملاً شفاف و معین انجام می‌شود.	۲		
۳۹	صدور مجوز فعالیت، اعطای «نشان کیفیت» به دانشگاه یا برنامه‌های آن و به رسمیت شناخته‌شدن دانشگاه، وابسته به بهبود کیفیت دانشگاهی و رعایت استانداردها یا ملاک‌های از پیش تعیین شده است.	۳		
۴۰	نهاد اعتبارسنجی‌کننده از نظر قانونی این قدرت را دارد که فعالیت دانشگاه را در صورت عدم رعایت استانداردهای اعتباربخشی تعلیق کند.	۱	ساختار اجرایی	چهارده
۴۱	اخذ بودجه دانشگاه در حوزه‌های خدمات پشتیبانی-دانشجویی، مالی و اداری، آموزش و ... در سایه اعتباربخشی و اخذ رتبه اعتباری است.	۲		
۴۲	اعتباربخشی برنامه‌ای و اعتباربخشی مؤسسه‌ای وجود دارد و دانشگاه دارای اهداف و رسالت‌هایی در حوزه‌های اطلاع‌رسانی کیفیت دانشگاه، اثربخشی کارکردهای اداری و اجرایی بخش آموزش، حکمرانی شبکه‌ای و ... دارد. همچنین، رسالت‌ها و هدف‌هایی در زمینه اعتباربخشی پژوهش‌کننده‌ها، تغییر و تحول، کارمند، هیأت علمی، دانشجو، کیفیت آیین‌نامه‌ها و ... وجود دارد.	۳		
۴۳	ذهنیت بین‌المللی‌شدن در دانشگاه حاکم است و توسعه و ترویج همکاری‌های ملی و بین‌المللی از طریق کسب جایگاه جهانی، کیفیت آموزش و پژوهش، مشاوره و کار اجتماع‌مدار صورت می‌گیرد.	۱	بین‌المللی‌شدن	پانزده
۴۴	مشارکت‌جویی از کنش‌گران بیرونی وجود دارد و مسیر نقل و انتقال دانش‌آموختگان و متخصصان هموار است.	۲		

می‌کند، از نظر اعتباربخشی «قبول» شده و رتبه اعتباری را اخذ می‌کند

در جدول ۳، نتایج تحلیل عاملی مرتبه اول مقیاس‌ها و خرده-مقیاس‌های ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، به همراه ضریب اشتراک، میانگین و آماره t ، ارائه شده است.

ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، که وضعیت اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را مورد سنجش قرار می‌دهد، دارای ۴۴ سؤال است. سؤال‌های ۱، ۳، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۳۰، ۳۱ و ۳۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات، بین ۴۴ و ۲۲۰ متغیر است. دانشگاهی که نمره ۴۴ تا ۱۰۲ کسب می‌کند، از نظر اعتباربخشی «مردود» است. نمره ۱۰۳ تا ۱۶۰، مبین «اعتباربخشی مشروط» است. همچنین، دانشگاهی که نمره ۱۶۱ تا ۲۲۰ کسب

جدول ۳. نتایج تحلیل عاملی مرتبه اول مقیاس‌ها و خرده-مقیاس‌های ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی

مقیاس‌ها	خرده-مقیاس‌ها	بار عاملی	ضریب اشتراک	میانگین	آماره t	P
یک	۱	۰/۹۸	۰/۹۱	۳/۷	۱۰/۷۲	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۷	۰/۸۹	۳/۵۵	۸/۱۴	<۰/۰۰۱
	۳	۰/۹۴	۰/۸۶	۳/۹۸	۱۴/۵۷	<۰/۰۰۱
دو	۱	۰/۹۷	۰/۹۵	۴/۰۰	۱۸/۵۲	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۸	۰/۹۲	۴/۰۷	۱۹/۱	<۰/۰۰۱
	۳	۰/۹۹	۰/۹۵	۴/۰۳	۱۸/۷۸	<۰/۰۰۱
سه	۱	۰/۹۹	۰/۸۴	۳/۸۴	۱۶/۶۲	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۴	۰/۹۵	۳/۷۲	۱۰/۲۷	<۰/۰۰۱
چهار	۱	۰/۹۵	۰/۹۱	۳/۷۳	۱۰/۴۷	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۹	۰/۹۵	۳/۹۲	۱۴/۱۳	<۰/۰۰۱
پنج	۱	۰/۹۸	۰/۸۷	۴/۲۳	۲۶/۰۶	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۰	۰/۹۲	۴/۳۰	۲۵/۳۸	<۰/۰۰۱
شش	۱	۰/۸۰	۰/۸۳	۴/۲۴	۲۵/۰۸	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۷	۰/۸۳	۴/۲۷	۳۱/۰۰	<۰/۰۰۱
هفت	۱	۰/۹۸	۰/۹۵	۳/۸۴	۱۲/۰۹	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۹	۰/۹۵	۳/۸۵	۱۳/۰۶	<۰/۰۰۱
	۳	۰/۹۴	۰/۹۳	۴/۰۸	۲۲/۵۷	<۰/۰۰۱
هشت	۱	۰/۹۶	۰/۹۰	۴/۱۴	۲۴/۲۵	<۰/۰۰۱
	۲	۰/۹۶	۰/۹۱۸	۴/۰۸	۲۱/۴۵	<۰/۰۰۱
	۳	۰/۹۵	۰/۹	۴/۱۶	۲۵/۷۱	<۰/۰۰۱
	۴	۰/۹۶	۰/۸۹	۴/۱۵	۲۷/۴۴	<۰/۰۰۱
	۵	۰/۹۶	۰/۹۵	۳/۹۷	۱۷/۷۷	<۰/۰۰۱
	۶	۰/۸۲	۰/۷۸	۴/۵۶	۴۳/۷۵	<۰/۰۰۱
	۷	۰/۹۲	۰/۹۱	۴/۲۰	۲۴/۰۲	<۰/۰۰۱
	۸	۰/۹۶	۰/۹۴	۴/۰۵	۲۰/۹۷	<۰/۰۰۱

<0/001	۲۶/۱۲	۴/۲۷	۰/۹۴	۰/۹۵	۱	نه
	۱۹/۴۱	۴/۰۹	۰/۹۳	۰/۹۸	۲	
	۱۶/۰۲	۳/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۶	۳	
	۲۲/۰۷	۴/۲۰	۰/۸۴	۰/۹۷	۴	
<0/001	۲۳/۷۲	۴/۱۴	۰/۹۲	۰/۹۸	۱	ده
	۲۳/۸۷	۴/۱۴	۰/۹۲	۰/۹۹	۲	
	۲۹/۵۰	۴/۳۰	۰/۹۲	۰/۹۰	۳	
<0/001	۱۷/۳۵	۳/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۶	۱	یازده
<0/001	۱۹/۸۳	۴/۰۶	۰/۹۴	۰/۹۷	۲	
<0/001	۱۰/۳۹	۴/۷۴	۰/۹۵	۰/۸۱	۱	دوازده
<0/001	۱۸/۳۰	۴/۰۵	۰/۸۶	۱/۰۰	۲	
<0/001	۲۵/۸۱	۴/۲۴	۰/۹۲	۰/۹۹	۱	سیزده
<0/001	۲۷/۹۲	۴/۲۹	۰/۹۵	۰/۹۶	۲	
<0/001	۲۱/۰۶	۴/۱۴	۰/۹۳	۰/۹۶	۳	
<0/001	۱۷/۹۰	۳/۹۹	۰/۸۵	۰/۹۴	۱	چهارده
<0/001	۱۹/۳۲	۴/۰۵	۰/۹۳	۰/۹۹	۲	
<0/001	۱۵/۳۴	۳/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۵	۳	
<0/001	۱۶/۴۹	۳/۹۴	۰/۹۴	۱/۰۰	۱	پانزده
<0/001	۱۴/۰۳۰	۳/۸۴	۰/۸۷	۰/۹۵	۲	

رو، تحلیل عاملی مرتبه دوم در راستای آزمون و نیز روایی عوامل سازه ابزار مزبور بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، تمام خرده-مقیاس‌ها دارای همبستگی و بارعاملی معنی‌دار با مقیاس‌ها هستند. همچنین، میانگین تمام خرده-مقیاس‌ها معنی‌دار است. با توجه به اینکه، ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور دارای ۱۵ مقیاس است که به عنوان نشانگر این سازه عمل می‌کند، از این

جدول ۴. نتایج تحلیل عاملی مرتبه دوم ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نتیجه	مقدار قابل قبول	بارعاملی	شماره مقیاس
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۰/۹۷	یک
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۰/۹۹	دو
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۰/۹۸	سه
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۱/۰۰	چهار
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۰/۹۹	پنج
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۰/۹۴	شش
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۱/۰۰	هفت
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۱/۰۰	هشت
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۰/۹۹	نه
تأیید	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	۰/۹۸	ده

یازده	۱/۰۰	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	تأیید
دوازده	۱/۰۰	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	تأیید
سیزده	۰/۹۷	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	تأیید
چهارده	۱/۰۰	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	تأیید
پانزده	۰/۹۸	بزرگ‌تر از ۰/۳۰	تأیید

در جدول ۶، نتایج محاسبه پایایی به تفکیک هر یک از مقیاس‌ها ارایه شده است. به این ترتیب، نتیجه‌گیری می‌شود، مقیاس طراحی شده از پایایی بسیار بالایی برخوردار است.

با توجه به جدول ۵، نتیجه‌گیری می‌شود ابزار طراحی شده برای اندازه‌گیری وضعیت اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از برازش بسیار مطلوبی برخوردار است.

همچنین، برای پایایی، روش همسانی درونی به طریق آلفای کرونباخ بررسی شد. پایایی کل ابزار بر اساس روش همسانی درونی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۹۷ است.

جدول ۵. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی مرتبه دوم ابزار اندازه‌گیری اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

شاخص‌ها	نماد	برآورد	مقدار قابل قبول	نتیجه
نسبت مجذور خی به درجه آزادی	CMIN/DF	۱/۹۸	کوچک‌تر از ۴	تأیید برازش
شاخص ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده	RMSEA	۰/۰۴	کوچک‌تر از ۰/۰۸	تأیید برازش
شاخص نکویی برازش	GFI	۰/۹۷	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	تأیید برازش
شاخص تعدیل شده نکویی برازش	AGFI	۰/۹۲	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	تأیید برازش
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۴	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	تأیید برازش
شاخص برازش هنجار شده بنتل بونت	NFI	۱/۰۰	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	تأیید برازش
شاخص برازش توکر-لوئیس	TLI	۰/۹۸	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	تأیید برازش
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹۲	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	تأیید برازش
شاخص برازش نسبی	RFI	۰/۹۵	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	تأیید برازش
شاخص نسبت اقتصاد	PRATIO	۰/۵۸	بزرگ‌تر از ۰/۵۰	تأیید برازش
شاخص برازش هنجار شده مقتصد	PNFI	۰/۵۲	بزرگ‌تر از ۰/۵۰	تأیید برازش
شاخص برازش تطبیقی مقتصد	PCFI	۰/۵۲	بزرگ‌تر از ۰/۵۰	تأیید برازش

جدول ۶. مشخصه‌های آماری و ضرایب پایایی مقیاس‌ها

مقیاس	تعداد پرسش‌ها	میانگین	واریانس سؤال‌ها	همبستگی درونی	آلفای کرونباخ
یک	۳	۳/۷۴	۱/۲۵	۰/۹۲	۰/۹۷
دو	۳	۴/۰۳	۰/۸۵	۰/۹۶	۰/۹۸
سه	۲	۳/۷۸	۱/۳۳	۰/۹۲	۰/۹۶
چهار	۲	۳/۸۲	۱/۲۴	۰/۹۳	۰/۹۶
پنج	۲	۴/۲۶	۰/۶۸	۰/۸۸	۰/۹۳
شش	۲	۴/۲۵	۰/۵۸	۰/۷۸	۰/۸۷
هفت	۳	۳/۹۲	۱/۰۷	۰/۹۳	۰/۹۷
هشت	۸	۴/۱۶	۰/۶۲	۰/۸۷	۰/۹۸

۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۸۶	۴/۱۳	۴	نه
۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۶۱	۴/۱۹	۳	ده
۰/۹۶	۰/۹۲	۰/۸۱	۴/۰۰	۲	یازده
۰/۸۹	۰/۸۱	۱/۱۸	۳/۸۹	۲	دوازده
۰/۹۸	۰/۹۴	۰/۶۹	۴/۲۲	۳	سیزده
۰/۹۷	۰/۹۲	۰/۹۰	۳/۵۸	۳	چهارده
۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۷	۳/۸۹	۲	پانزده
۰/۹۹	۰/۸۸	۰/۸۷	۴/۰۴	۴۴	کل

بحث و نتیجه‌گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که چالش‌های فرآیند اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران شامل نامناسب بودن زمان شروع اعتباربخشی، نداشتن رویکرد یکسان در ارزشیابی، اعمال روش‌های سلیقه‌ای، ناکارآمدی خود ارزیابی و ارزیابی ادواری، عدم ارائه بازخورد مشروح، عدم حمایت کافی و اعتبار غیر منطقی گواهینامه‌ها است. راهکارهای پیشنهادی شامل تعیین بازه زمانی مشخص، اتخاذ رویکرد علمی، توسعه دانش و مهارت ارزیابان، استقلال ارزیابان، ارائه بازخورد مشروح، تعیین اعتبار دوساله برای گواهی‌ها و اعلان عمومی نتایج است. این اقدامات می‌توانند به ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و افزایش اعتماد به نتایج اعتباربخشی کمک کنند.

هر کدام از مقیاس‌های این پژوهش با سایر مطالعات هم راستا می‌باشد. از جمله، مقیاس نظام ارزشیابی، با پژوهش‌های Woodhouse (۴۴)، Vålímáa (۴۵) و Dey (۴۶) هم‌پوشی دارد. مقیاس ساختار اجرایی، با پژوهش‌های Kohler (۴۷) و Bwalya (۴۸) هماهنگ است. مقیاس فرهنگ، با پژوهش‌های Pham (۲۴) و Sywelem & Witte (۸) هم‌خوان است. مقیاس بین‌المللی شدن با پژوهش‌های Acevedo-De-los-Ríos & Rondinel- و Oviedo [۴۹] و Aloysius Edward [۵۰] هماهنگی دارد. مقیاس آموزش، با پژوهش‌های Ostime (۵۱) تطابق دارد. مقیاس هیأت علمی، نیز با پژوهش‌های Ostime (۲) هم راستا است.

علاوه بر این یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های گذشته داخل و خارج از کشور هم‌سو است. برای مثال، در داخل

کشور، پژوهش‌های عابدیان و همکاران (۲۰۲۲)، بر اجرای استانداردهای خاص و بومی‌شده آموزش بالینی مامایی در کشور تأکید داشت. در این راستا، در پژوهش حاضر، نیز عامل «دوگانه بوم‌گرایی/بوم‌گرایی» به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط مداخله‌گر» در الگوی پارادایمی بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از نظر تبیین‌کنندگی عامل مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش‌های عابدیان و همکاران (۱۴۰۱)، هم‌سو است. همچنین پژوهش‌های جوکار و همکاران (۱۴۰۱)، بر فقدان استاندارد و مراحل مشخص و مدون در ساختار و فرآیند اجرایی اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تأکید داشت. در پژوهش حاضر، نیز عامل‌های «ماهیت غیر علمی و اجباری» و «سنجش‌ناپذیری»، به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط مداخله‌گر» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل‌های مذکور در الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش‌های جوکار و همکاران (۱۴۰۱)، هم‌سو است. علاوه بر این در پژوهش‌های چوآ و همکاران (۲۰۲۲)، بر نگرانی‌های اساتید علوم پزشکی در مورد اعتبار استانداردها، ارزیابان و فرآیندهای اعتباربخشی تأکید داشت. در پژوهش حاضر، نیز عامل‌های «سنجش‌ناپذیری» به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط مداخله‌گر» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل‌های مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش‌های چوآ و همکاران (۲۰۲۲)، هم‌سو است. پژوهش‌های روانگرد و همکاران (۱۴۰۱)، اولویت دادن بر حوزه مدیریت را در فرآیند اعتباربخشی مطرح نظر داشت. در پژوهش حاضر، نیز عامل «ساختار اجرایی»، به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط زمینه‌ای» الگوی پارادایمی بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل و ملاک مذکور

پژوهش حاضر، نیز ملاک «نظام ارزشیابی» به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «راهبردها/تعاملات» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش آمارال و نورچینی (۲۰۲۳)، هم‌سو است. پژوهش کوریا و همکاران (۲۰۲۲)، نشان داد، لازم است، با ایجاد فرهنگ خاص، اعتباربخشی را توسعه داد. در پژوهش حاضر، نیز عامل «فرهنگ»، به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط زمینه‌ای» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش کوریا و همکاران (۲۰۲۲)، هم‌سو است.

پژوهش وافیک و ثاروت (۲۰۱۹)، به چالش ضعف در درک مفهوم اعتباربخشی به علت فرهنگ نهادی توجه داشت. در پژوهش حاضر، نیز عامل «فرهنگ»، به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط زمینه‌ای» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش وافیک و ثاروت (۲۰۱۹)، هم‌سو است.

پژوهش بلوین و همکاران (۲۰۱۸)، بر کیفیت آموزش پزشکی تأکید داشت. در پژوهش حاضر، نیز عامل «آموزش» به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «پیامد» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش بلوین و همکاران (۲۰۱۸)، هم‌سو است. در این پژوهش، با مطالعه عناصر اعتباربخشی، الگویی کل‌گرا در شناخت فرایند اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور حاصل شد که می‌تواند یاریگر دست‌اندرکاران اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی باشد. ولی، با این حال، در پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی از جمله اثرات نمونه‌گیری و خطای اندازه‌گیری، کمبود مطالعات مشابه انجام‌شده وجود داشت. پیشنهاد می‌شود، در قالب پژوهش‌های موردی هر یک از مقیاس‌های شناسایی‌شده به صورت جداگانه مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین، با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارائه‌شده، وضعیت فرایند اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد بررسی قرار گیرد.

الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش روانگرد و همکاران (۱۴۰۱)، هم‌سو است.

نتایج پژوهش رجایی و همکاران (۱۴۰۱)، نشان داد، اعتباربخشی در الگوی ایرانی، بیشتر بر استانداردهای مدیریتی، ساختاری و اداری متمرکز است. در پژوهش حاضر، ضمن اینکه عامل «ساختار اجرایی»، به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط زمینه‌ای» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است؛ و از این حیث، با نتایج پژوهش رجایی و همکاران (۱۴۰۱)، هم‌سو است؛ ولیکن، پژوهش حاضر، الگوی ایرانی از اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه می‌دهد که دارای ۱۵ عامل است و بر استانداردهایی فراتر از استانداردهای مدیریتی، ساختاری و اداری استوار است. بنابراین، پژوهش حاضر بر ضعف الگوی ایرانی پایان بخشیده و توصیه پژوهشگران مزبور را مبنی بر استفاده از الگوی کانادایی به چالش کشیده است.

پژوهش فلین و همکاران (۲۰۲۳)، نشان داد، در اعتباربخشی حرفه پزشکی، توجه به به مهارت‌های کارآموزی و تدریس است. در پژوهش حاضر، نیز عامل «آموزش» به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «پیامد» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش فلین و همکاران (۲۰۲۳)، هم‌سو است.

پژوهش موریس و همکاران (۲۰۲۳)، بر اعتباربخشی در شش حوزه رهبری و ارائه عملیاتی، مراقبت شخص-محور، خطرپذیری و ایمنی بیمار، اثربخشی بالینی، نیروی کار و سیستم‌های پشتیبانی از ارائه خدمات توجه داشت. در پژوهش حاضر، نیز عامل «ساختار اجرایی»، به‌عنوان تبیین‌کننده اجزای «شرایط زمینه‌ای» الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بوده است. بنابراین، نتیجه حاصل از تبیین‌کنندگی عامل مذکور الگوی پارادایمی با نتایج پژوهش موریس و همکاران (۲۰۲۳)، هم‌سو است.

پژوهش آمارال و نورچینی (۲۰۲۳)، تأکید داشت، فرآیندهای نظارتی، از قبیل اعتباربخشی و صدور مجوز، باید بر اساس تعریف‌های روشن و شفاف اهداف، حرکت فعلی به سوی آموزش مبتنی بر شایستگی و مدت زمان متغیر آموزش پزشکی باشد. در

نتیجه‌گیری

نوآوری اصلی پژوهش، در طراحی و اعتباریابی یک ابزار اندازه‌گیری جدید برای اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران است که می‌تواند به طور مؤثر وضعیت فرایند اعتباربخشی را ارزیابی کند. از کاربردهای این پژوهش می‌تواند به عنوان یک ابزار برای توسعه و اجرای مؤثر فرایند اعتباربخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی باشد.

سپاسگزاری

از همکاری خبرگان، صاحب‌نظران و اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌نمایند که در مورد مطالعه حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

حمایت مالی

تأمین منابع مالی، شخصی بوده است.

کد اخلاق:

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان (کد اخلاقی: IR.KMU.REC.1403.014) تایید شده است.

References

1. Tamrat W. The nuts and bolts of quality assurance in Ethiopian higher education: Practices, pitfalls, and prospects. *Journal of Education Policy*. 2022 May 4; 37(3):443-60.
2. Becket N, Brookes M. Quality management practice in higher education—what quality are we actually enhancing. *Journal of hospitality, leisure, sport and tourism education*. 2008 Nov; 7(1):40-54.
3. Loukkola T, Zhang T. Examining quality culture: Part 1—Quality assurance processes in higher education institutions. Brussels: European University Association; 2010 Dec 10.
4. Martin M. Internal Quality Assurance: Enhancing higher education quality and graduate employability. UNESCO; 2018.
5. Martin M, Stella A. External Quality Assurance in Higher Education: Making Choices. *Fundamentals of Educational Planning* 85. International Institute for Educational Planning (IIEP) UNESCO. 7-9 rue Eugene-Delacroix, 75116 Paris, France; 2007.
6. Van Damme D. Trends and models in international quality assurance in higher education in relation to trade in education. *Higher Education Management and Policy*. 2002 Dec 17; 14(3):93-136.
7. Blackmur D. The public regulation of higher education qualities: Rationale, processes, and outcomes. In *Quality assurance in higher education: Trends in regulation, translation and transformation*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2007: 15-45.
8. Sywelem MM, Witte JE. Higher Education Accreditation in View of International Contemporary Attitudes. *Online Submission*. 2009; 2(2):41-54.
9. Westerheijden DF, Stensaker B, Rosa MJ. Conclusions and further challenges. *Quality assurance in higher education: Trends in regulation, translation and transformation*. 2007:247-62.
10. International Network for Quality Assurance Agencies in Higher Education (INQAAHE). *Analytic quality glossary*, 2013.
11. Acevedo-De-los-Ríos A, Rondinel-Oviedo DR. Impact, added value and relevance of an accreditation process on quality assurance in architectural higher education. *Quality in Higher Education*. 2022 May 4; 28 (2):186-204.
12. Salto DJ. Do academic disciplines matter? An analysis of organizational responses to the accreditation of graduate programs by field of study and sector. *Higher Education*. 2022 Sep; 84 (3):569-87.
13. Abbaspour, A., Mojtabazadeh, M. Designing and Validation of Accreditation and Quality Assurance Model for Iranian Higher Education. *Research on Educational Leadership and Management*, 2022; 6(22): 7-39. [In Persian].
14. Harvey L. The power of accreditation: Views of academics. *Journal of Higher Education Policy and Management*. 2004 Jul 1; 26(2):207-23.
15. Eaton JS. *The value of accreditation: Four pivotal roles*. Washington, DC: Council for Higher Education Accreditation. 2003.
16. Romanowski MH. The idolatry of accreditation in higher education: Enhancing our understanding. *Quality in Higher Education*. 2022 May 4; 28(2):153-67.
17. Hegji A. *An Overview of Accreditation of Higher Education in the United States*. CRS Report R43826, Version 7. Updated. Congressional Research Service. 2017 Mar 23.
18. Orban J, Xue C, Raichur S, Misak M, Nobles A, Casimir J, Batra S. The scope of social mission content in health professions education accreditation standards. *Academic Medicine*. 2022 Jan 1; 97(1):111-20.

19. Templin TJ, Blankenship BT. Accreditation in kinesiology: The process, criticism and controversy, and the future. *Quest*. 2007 Feb 1; 59(1):143-53.
20. Johnson DD, Johnson B, Farenga SJ, Ness D. *Trivializing Teacher Education: The Accreditation Squeeze*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 2005.
21. Shah M, Nair C, Stanford SA. Academic staff views on external quality audit: post audit evaluation in a private higher education college. *Journal of Institutional Research*. 2011; 16(1):91-9.
22. Wilson-Hail CK, Hurst B, Chang CW, Cooper W. Accreditation in education: One institution's examination of faculty perceptions. *Critical Questions in Education*. 2019.
23. Eldridge D, Dada R. *Teacher Education Accreditation across International Borders: Can the Local go Global?* In *Teacher Quality and Teacher Education Quality*. Routledge; 2016: 29-49.
24. Pham HT. Impacts of higher education quality accreditation: a case study in Vietnam. *Quality in Higher Education*. 2018 May 4; 24(2):168-85.
25. Abbaspour, A., Mojtabazadeh, M., Maleki, H., Farasatkah, M. Designing of accreditation model for Iran's higher education system based on of grounded theory. *Research on Educational Leadership and Management*, 2015; 1(4): 21-53. [In Persian].
26. Jokar F, Avijegan M, Changiz T, Yamani N. Designing the structure and accreditation process of educational programs of medical universities. *Iranian Journal of Medical Education* 2022; 22: 231-23. [In Persian].
27. Yousefy A, Changiz T, Yamani N, Ehsanpour S, Hassan Zahrai R. Developing a Holistic Accreditation System for Medical Universities of Iran. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 11 (9): 1191-1201. [In Persian].
28. Mirzazadeh A, Gandomkar R, Shahsavari H, Shariat Moharari R, Niknafs N, Shirazi M, et al . Applying accreditation standards in a self-evaluation process: The experience of Educational Development Center of Tehran University of Medical Sciences. *Jmed* 2016; 10 (4): 340-351. [In Persian]
29. Sharifi P, Manzari Tavakoli A, Kamyabi M, Zeinaddiny Meymand Z. *Developing Accreditation Standards for Undergraduate Health Professions in Iran*. 2022; 19(1): 66-74.
30. Tashakkori A & Teddlie C. *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Sage; 1998.
31. Mohammadpour A. *Meta method*. Tehran: Jameh shenasan Pub; 2011. [In Persian]
32. Creswell JW & Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Pub; 2017
33. Corbin J, Strauss A & Strauss AL. *Basics of qualitative research*. Sage; 2014.
34. Glaser BG & Strauss AL. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge; 2017.
35. Krejcie RV & Morgan DW. Determining sample size for research activities. *EPM*. 1970; 30 (3):607-10.
36. Shafian S, Khazaeli P, Okhovati M. *Sample Size Determination in Medical Education Research. Strides in Development of Medical Education*. 2022 Dec 1; 19(1):1-4.
37. Farasatkah M. *University and higher education*. Tehran: Ney Publishers; 2011. [Persian].
38. Mohammadpour A. *Qualitative research method of anti-method*. Tehran: Jameh shenasan Publishers; 2013. [In Persian]
39. Boor K, Teunissen PW, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPMvdL, Jonas., Scheele F. Residents' perceptions of the ideal clinical teacher—A qualitative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;140:152–7.
40. Shafian S, Ahmadi S, Rezaei-Gazki P, Ershad Sarabi R, Guba EG, Lincoln YS. Explaining the Residents' Perception of Desirable Clinical Education: A Qualitative Content Analysis Competing paradigms in qualitative research. *J Handbook of qualitative research*. 1994;2(163-194):105.
41. Shafian S, Khazaeli P, Okhovati M. *Sample Size Determination in Medical Education Research. Strides in Development of Medical Education*. 2023; 19 (1), 1-4
42. Mojtabazadeh M. Designing and Validation of a Tool to Assess the Curriculum Quality of Universities in Iran. *Educ Strategy Med Sci* 2023; 16 (4): 323-334. [Persian].
43. Pykes K. Cohen's Kappa. Understanding Cohen's kappa coefficient. *Towrad Data Science Inc*. Retrieved. 2020; 29: 2021.
44. Woodhouse, D., 1999. *Quality and quality assurance. Quality and internationalisation in higher education*.
45. Välimaa J. Three rounds of evaluation and the idea of accreditation in Finnish higher education. In *Accreditation and evaluation in the European higher education area Netherlands Dordrecht: Springer; 2004: 101-25*.
46. Dey N. *Quality assurance and accreditation in higher education in India*. *Academic Research International*. 2011 Jul 1; 1(1):104-10.
47. Kohler JR. *Quality assurance, accreditation, and recognition of qualifications as regulatory mechanisms in the European Higher Education Area*. *Higher education in Europe*. 2003 Oct 1; 28 (3):317-30.
48. Bwalya T. *Quality Assurance in Higher Education and its Implications on Higher Education Institutions and Challenges in Zambia*.

-
49. Acevedo-De-los-Ríos A, Rondinel-Oviedo DR. Impact, added value and relevance of an accreditation process on quality assurance in architectural higher education. *Quality in Higher Education*. 2022 May 4; 28(2): 186-204.
50. Aloysius Edward J. *Online A&A Methodology in Revised Accreditation Framework*.
51. Ostime N. *RIBA Architect's Handbook of Practice Management*. Routledge; 2019 Jul 25.