

ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری به روش ارزشیابان متعدد: تجربیات و دیدگاه مدرسین

مهرنوش بازارگادی^۱، طاهره اشک تراب^۲، شراره خسروی^۳

چکیده

مقدمه: در آموزش بالینی پرستاری، به طور کلی ارزشیابی دانشجویان بر عهده مربیان پرستاری می‌باشد. فرایندی که همواره هم برای مربیان و هم دانشجویان چالش برانگیز بوده است. به نظر می‌رسد یکی از راه‌های روبرو شدن با این چالش، استفاده از افراد مختلف در ارزشیابی یا به بیان دیگر استفاده از روش ارزشیابان متعدد است. هدف از پژوهش حاضر، تبیین تجربیات و دیدگاه‌های مدرسین پرستاری در مورد این روش در ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع کیفی- توصیفی بود. مشارکت کنندگان در پژوهش، ۱۴ مدرس پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بودند که بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تا اشباع داده‌ها انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی نیمه ساختار یافته صورت گرفت. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی نهفته انجام شد. متن هر مصاحبه بارها خوانده شد و واحدهای معنایی مشخص گردیدند. سپس کدگذاری صورت گرفت. پس از آن کدها، خلاصه و بر اساس مشابهت‌ها دسته‌بندی شده و طبقات را به وجود آوردند. در نهایت طبقات درون‌مایه‌ها را تشکیل دادند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های به دست آمده از متن مصاحبه‌ها، دربرگیرنده سه درون‌مایه محوریت مربی، چالش‌ها و توانمندی بود.

نتیجه‌گیری: اکثریت مشارکت کنندگان معتقد بودند که مربی نقش اصلی را در ارزشیابی دانشجویان بر عهده دارد. افراد دیگری که در این زمینه مورد اشاره قرار گرفتند، پرستاران بالین و خود دانشجویان بودند که مشارکت کنندگان چالش‌هایی را در این زمینه مطرح نموده و صلاحیت و توانایی این افراد جهت شرکت در ارزشیابی دانشجویان را مورد بحث قرار دادند. بدیهی است که استفاده از روش ارزشیابان متعدد در ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری دارای جنبه‌های مثبتی می‌باشد، اما انجام صحیح آن نیاز به زمینه‌سازی مناسب، برنامه‌ریزی و آمادگی دارد.

کلید واژه‌ها: ارزشیابی بالینی، دانشجوی پرستاری، ارزشیابان متعدد، ارزشیابی ۳۶۰ درجه.

نوع مقاله: تحقیقی

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۱

ارجاع: مهرنوش بازارگادی، طاهره اشک تراب، شراره خسروی. ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری به روش ارزشیابان متعدد:

تجربیات و دیدگاه مدرسین. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۲): ۱۱۱-۱۰۲.

مقدمه

(Multi-rater) در ارزشیابی عملکرد، ارزشیابی ۳۶۰ درجه نیز نامیده می‌شود تا یک دایره را مجسم سازد. منابع بازخوردی موجود در دایره شامل ناظران، همکاران، زیردستان، مصرف کنندگان خدمات و خود فرد می‌باشد (۱).

ارزشیابی ۳۶۰ درجه شامل ارزشیابی فرد از سوی افرادی است که در محل کار با وی در ارتباط می‌باشند. دلیل استفاده از این

ارزشیابی عملکرد به طور سنتی فرایندی خطی میان فرد و مافوق او بوده، اما امروزه با افزایش توجه به کار گروهی، ارتقای افراد و خدمات مصرف کنندگان، ارزشیابی فرد از منابع گوناگون مورد تأکید قرار گرفته است. روش ارزشیابی چنددرون‌دادی (Multi-input)، چندمنبعی (Multi-source) و یا ارزشیابان متعدد

^۱ دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۳ دانشجوی دکتر، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

اکنون به طور فزاینده‌ای در رشته‌های مختلف پزشکی در حال به کارگیری می‌باشد. آنان بر این عقیده هستند که این روش در تخصص‌های گوناگونی هم چون بیهوشی، طب داخلی و جراحی استفاده شده است. در روش سنتی، ارزشیابی به صورت هرمی انجام می‌گرفته و دانشجو در سطح پایین و استاد در سطح بالا قرار داشته است، اما در روش ارزشیابی ۳۶۰ درجه، دانشجو در مرکز شبکه‌ای از ارتباطات شامل استاد، هم‌تایان و بیمار یا خانواده قرار می‌گیرد و بازخوردهای گوناگونی را دریافت می‌کند که از آن طریق می‌تواند عملکرد خود را از جنبه‌های گوناگون بهبود بخشد (۷).

در آموزش بالینی پرستاری، ارزشیابی عملکرد بالینی دانشجویان، اطلاعاتی را برای قضاوت در مورد میزان دستیابی آنان به برآوردهای یادگیری مورد نظر فراهم می‌آورد و مهارت‌های دانشجویان را در ارتباط با چگونگی مراقبت از بیمار، مورد قضاوت قرار می‌دهد. این اطلاعات می‌تواند برای پیشرفت خود دانشجو، رتبه‌بندی (Grading) وی و تصمیم‌گیری در مورد برنامه درسی مورد استفاده قرار گیرد (۸).

قضاوت در مورد دستیابی دانشجویان پرستاری به اهداف کارآموزی مسأله‌ای چالش برانگیز بوده است و به این دلیل که این امر همیشه یکی از نقش‌های مهم مربیان پرستاری محسوب می‌شود، آنان همواره نگران این بوده‌اند که آیا تصمیم‌گیری‌شان در مورد ارزشیابی دانشجو دربرگیرنده واقعیت عملکرد بالینی دانشجو می‌باشد یا خیر؟ (۹). همچنین در مطالعه‌ای دانشجویان پرستاری، ارزشیابی توسط مربیان بالینی را یکی از مهم‌ترین مشکلات تجربه شده در کار با آنان دانسته‌اند (۱۰).

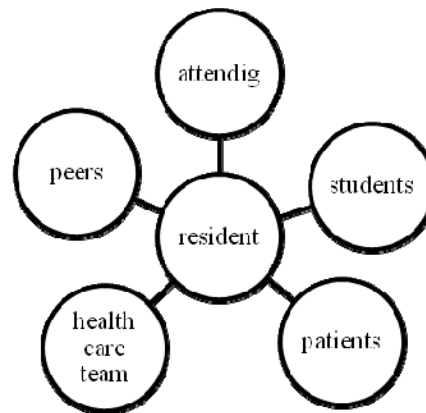
از آن جایی که نقش مربی بالینی در ارزشیابی، همواره برای خود مربی و همچنین دانشجویان چالش برانگیز بوده است، باید در این زمینه چاره‌ای اندیشیده شود. به نظر می‌رسد یکی از راهکارهای کاهش این چالش، انجام ارزشیابی توسط افراد مختلف حاضر در کارآموزی می‌باشد تا به این وسیله خطای ناشی از ارزشیابی توسط یک نفر به حداقل برسد. همان طور که پیش‌تر گفته شد، چنین روشی در ارزشیابی توسط ارزشیابان متعدد مطرح شده است.

استفاده از ارزشیابان متعدد در ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری در برخی منابع مورد اشاره قرار گرفته است. Billings و Halstead نقش مربی، دانشجو، پرستاران بالین، هم‌تایان و بیمار را به عنوان شرکت کنندگان در ارزشیابی بالینی دانشجویان مورد بررسی قرار دادند (۸).

روش آن است که فرد مافوق به تنهایی قادر به ارزشیابی تمام جنبه‌های رفتاری و مهارتی فرد نمی‌باشد (۲). اعتقاد بر این است که بیش کسب شده از دیدگاه‌های چندگانه، معتبرتر از دیدگاه فردی می‌باشد و به اشتراک گذاردن اطلاعات کسب شده، تأثیر مثبتی بر پیشرفت افراد خواهد داشت و اطلاعات صحیح، معتبر و قابل اعتمادتری را فراهم می‌آورد (۳، ۴).

به دنبال گسترش استفاده از روش ارزشیابی توسط ارزشیابان متعدد، برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی و به خصوص آموزش دستیاری نیز به تدریج شروع به استفاده از این روش به منظور ارزشیابی عملکرد دستیاران نمودند (۲-۴).

منابع ارزشیابی در این زمینه شامل مدرسين، هم‌تایان، بیماران، خود فرد و سایر کارکنان حرفه‌ای می‌باشد (۳). به عنوان مثال دانشکده پزشکی دانشگاه مریلند (Maryland university) این سیستم ارزشیابی را برای دانشجویان و دستیاران خود برقرار نمود. طی این فرایند، از طریق جمع‌آوری اطلاعات از دیدگاه‌های مختلف، شناختی همه جانبه (دایره‌ای) از مهارت‌ها و توانایی‌های دستیار/ دانشجو فراهم می‌شود (نمودار ۱) (۵).



نمودار ۱. مدل ارزشیابی ۳۶۰ درجه

نخعی و سعید نیز در تأیید این مطلب بیان می‌کنند، استفاده از ارزشیابی ۳۶۰ درجه در سال‌های اخیر به عنوان روش جامعی در دانشگاه‌های معتبر جهان به منظور ارزیابی عملکرد دستیاران تخصصی بالینی معرفی شده است که وجه تمایز آن با روش‌های سنتی، جامع بودن و در نظر داشتن تمامی جوانب است (۶).

Calhoun و همکاران هم گزارش کرده‌اند، این روش، روشی است که ابتدا در دنیای تجارت مورد استفاده قرار گرفت و هم

می‌توان مشاهده نمود که بر خلاف جنبه‌های مثبت و از سوی دیگر چالش برانگیز این روش و نیاز به پژوهش در مورد آن، پژوهش جامعی به طور خاص در ارتباط با ارزشیابی به روش ارزشیابان متعدد در دسترس نمی‌باشد.

از سوی دیگر، پژوهشگران مشاهده نموده‌اند که بعضی گروه‌های آموزشی پرستاری در دانشکده‌های پرستاری و مامایی کشور، این روش را گاهی به طور پراکنده و با شرکت افراد متفاوت انجام می‌دهند و با وجود فوایدی که به کارگیری این روش می‌تواند داشته باشد، آن چه به نظر می‌رسد این است که استفاده از این روش چندان جدی گرفته نمی‌شود. با توجه به این حقیقت و همچنین در نظر گرفتن این مهم که نقش اصلی در ارزشیابی بالینی دانشجویان را مربیان پرستاری بر عهده دارند، توجه به تجربیات و دیدگاه‌های آنان در مورد روش ارزشیابی توسط ارزشیابان متعدد از اهمیت بسزایی برخوردار است. شاید حتی بتوان چنین ادعا نمود که جهت زمینه‌سازی و برنامه‌ریزی برای اجرای این روش، در ابتدا دستیابی به تجربیات و دیدگاه‌های مربیان پرستاری با توجه به اهمیت نقش آنان، از اولویت برخوردار می‌باشد. جهت انجام پژوهش حاضر، روش کیفی در نظر گرفته شد. به این دلیل که پژوهشگران به دنبال دستیابی به تجربیات و دیدگاه‌های مربیان پرستاری در مورد روش ارزشیابان متعدد در ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری با بیان و توصیف خود آن‌ها بوده‌اند.

اسکویی و پیروی گزارش کرده‌اند، تحقیق کیفی رویکردی ارزشمند برای توصیف تجربه‌های زندگی بوده و به درک تجارب انسانی کمک می‌کند. آن‌ها بر این عقیده‌اند، داده‌های مطالعات کیفی از ادراکات و عقاید شرکت کنندگان در مطالعه تشکیل شده است (۲۰). به اعتقاد محققان کیفی، به دلیل این که افراد فعالانه در تعاملات اجتماعی شرکت کرده و تجربه‌های متفاوتی دارند، قادر خواهند بود که از راه‌های مختلف به فهم و شناخت پدیده‌ها نایل گردند (۲۱).

پژوهش حاضر، پژوهش کیفی بود که با هدف، تبیین تجارب و دیدگاه‌های مدرسین پرستاری در ارتباط با ارزشیابی دانشجویان پرستاری صورت گرفت.

روش

پژوهش حاضر از نوع کیفی - توصیفی (Qualitative descriptive) بود و با توجه به این که پژوهشگران به دنبال دستیابی به شناختی جامع از تجارب و دیدگاه‌های مربیان پرستاری در ارتباط با روش

طی جستجوهای انجام شده، مطالعاتی که به طور مستقیم روش ارزشیابی ۳۶۰ درجه را مورد توجه قرار داده باشند، بیشتر در ارتباط با پزشکان و دانشجویان پزشکی بوده است. Munro و Connors ارزشیابی ۳۶۰ درجه پزشکان توسط خود پزشک، رییس بخش، همکاران و سایر کارکنان بالینی را مورد بحث قرار داده‌اند (۱۱).

Wood نیز استفاده از این روش را در ارزشیابی دستیاران رادیولوژی توسط بیماران، همتایان و خود دستیاران بررسی نمود (۱۲). همچنین Weigelt و همکاران در مطالعه خود، ارزشیابی رزیدنت‌های مراقبت ویژه به روش ۳۶۰ درجه را با ارزشیابی سنتی توسط اساتید مقایسه کردند (۱۳).

در ایران نیز یک مطالعه در زمینه ارزشیابی ۳۶۰ درجه در دسترس می‌باشد که طی آن نخعی و سعید این روش را از نظر بررسی مقدماتی، امکان اجرا و روایی و پایایی آن در یک بخش آموزشی - درمانی اجرا نموده‌اند (۶). آتش‌سخن و همکاران هم بدون اشاره به ارزشیابی ۳۶۰ درجه، به مقایسه ارزشیابی توسط خود، همتایان و مربی در دانشجویان مامایی پرداختند (۱۴).

بر خلاف جستجوهای به عمل آمده، مطالعه‌ای در مورد ارزشیابی به روش ۳۶۰ درجه در ارتباط با پرستاری در دسترس نیست. مطالعات صورت گرفته در زمینه افراد شرکت کننده در ارزشیابی دانشجویان پرستاری نیز به طور عمده یا به نقش یک فرد پرداخته‌اند یا نقش برخی افراد را در ارزشیابی دانشجویان پرستاری مورد مقایسه قرار داده‌اند. به عنوان مثال، Seldomridge و Walsh در مطالعه خود نقش پرستاران بالین را در ارزشیابی دانشجویان پرستاری مورد بررسی قرار داده‌اند (۱۵).

Osborn و McAllister نیز به نقش همتایان در ارزشیابی دانشجویان پرستاری پرداختند (۱۶). همچنین Atkins و Wood مقایسه خودارزیابی با ارزیابی توسط سایرین را انجام داده‌اند (۱۷).

در کشور ایران نیز طی جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای در مورد به کارگیری روش ارزشیابان متعدد در ارزشیابی دانشجویان پرستاری مشاهده نشد. برخی مطالعات مرتبط صورت گرفته در دانشجویان پرستاری نیز با عناوین گوناگون به نقش برخی افراد در ارزشیابی آنان پرداخته‌اند. به عنوان مثال نصیریانی و همکاران، خودارزیابی دانش آموختگان جدید پرستاری از کسب مهارت‌های بالینی در بخش‌های داخلی جراحی را بررسی کردند (۱۸). شجاعی و همکاران نیز مطالعه‌ای را در زمینه بهبود روند ارزیابی فعالیت‌های گروهی دانشجویان پرستاری با استفاده از روش ارزیابی توسط خود و همتایان انجام داده‌اند (۱۹).

ارزشیابان متعدد بودند، استفاده از این روش مناسب به نظر رسید. Polit و Tatano Beck در این زمینه گفته‌اند: مطالعات کیفی-توصیفی، توصیف خلاصه و جامعی از یک پدیده یا واقعه را به زبان روزمره فراهم می‌آورد (۲۲).

جامعه مورد مطالعه، مدرسین پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ ۱ وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران بودند. انتخاب مشارکت کنندگان به صورت مبتنی بر هدف و تا اشباع داده‌ها انجام گرفت. مدرسین باید در زمان انجام پژوهش در استخدام دانشگاه مربوط بودند، حداقل دو سال سابقه انجام مستمر کارآموزی داشته و در زمان انجام پژوهش در برنامه آموزشی خود با دانشجویان پرستاری کارآموزی داشتند تا به عنوان مدرسین بالینی تجارب لازم و دیدگاه‌های گوناگون را در ارتباط با موضوع پژوهش داشته باشند.

داده‌های مورد نظر از طریق جلسات مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته و با استفاده از راهنمای مصاحبه، به همراه ضبط صدا و یادداشت‌های عرصه (Field notes) جمع‌آوری شد. مصاحبه با یک سؤال کلی تحت عنوان "چه افرادی را در ارزشیابی دانشجوی مشارکت می‌دهید؟" آغاز می‌شد. سپس در صورت لزوم سؤال‌الاتی نظیر "ضرورت شرکت سایر افراد در ارزشیابی بالینی دانشجویان را چگونه می‌بینید؟" و "تجارب شما از نقاط قوت و ضعف شرکت این افراد در ارزشیابی بالینی چیست؟" پرسیده شد.

جهت انجام مصاحبه، پژوهشگر طی یک جلسه کوتاه اولیه، با تک‌تک مدرسین ملاقات کرد و طی این جلسه پژوهشگر با معرفی خود و ارایه توضیحات لازم در ارتباط با هدف و روند پژوهش و جلب همکاری آنان، زمان مناسب جهت انجام مصاحبه در وقت آزاد مدرسین و در محل کار آنان (دانشکده) را تعیین نمود. در جلسات مصاحبه، پژوهشگر با توضیح در مورد ضبط صدا و کسب اجازه، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ رضایت‌نامه کتبی از مدرسین، اقدام به انجام مصاحبه نمود. در مجموع ۱۴ مصاحبه صورت گرفت که هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید.

بعد از انجام هر مصاحبه، در کوتاه‌ترین زمان ممکن، اطلاعات ضبط شده چند بار به طور دقیق بررسی و کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. سپس اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ، تایپ و دوباره با موارد ضبط شده مقایسه شد. تحلیل داده‌ها طی مراحل اولیه جمع‌آوری آغاز گردید. این امر به فرایند رفت و برگشت بین ایجاد مفاهیم و جمع‌آوری داده‌ها کمک کرده و می‌تواند موجب

جهت دادن به جمع‌آوری داده‌های بعدی برای دستیابی به اطلاعات مناسب جهت پاسخ به سؤالات پژوهش گردد (۲۳).

جهت تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوای کیفی نهفته (Latent qualitative content analysis) استفاده شد. تحلیل داده‌ها از اولین مصاحبه آغاز گردید تا رفت و برگشت بین جمع‌آوری داده‌ها و ایجاد مفاهیم تسهیل شود و جمع‌آوری داده‌های بعدی نیز در مسیر مناسب صورت گیرد (۲۳).

طی فرایند تحلیل داده‌ها، ابتدا واحدهای تحلیل (Analysis units) مشخص شدند که در پژوهش حاضر، کل متن هر مصاحبه به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. پس از آن واحدهای معنایی (Meaning units) مشخص گردیدند که عبارات و جملات دربرگیرنده جنبه‌های مختلف مفهوم اصلی بودند. سپس کدگذاری (Coding) انجام شد که طی آن واحدهای معنایی فشرده شده و به کد تبدیل شدند. کدها خلاصه و دسته‌بندی شده و طبقات را به وجود آوردند. در نهایت طبقات دارای نظم تکرار شونده، درون‌مایه‌ها (Themes) را تشکیل دادند (۲۴، ۲۳).

صحت (Trustworthiness) یافته‌ها از طریق بررسی مقبولیت (Credibility)، همسانی (Dependability)، تأییدپذیری (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) بررسی گردید. بدین منظور درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اصلاحی صاحب‌نظران در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، تحلیل آن‌ها و داده‌های استخراج شده استفاده شد. متن مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی و کدهای استخراج شده با برخی مشارکت کنندگان در میان گذارده و مورد تأیید آنان قرار گرفت. از تلفیق در روش جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه گروهی، یادداشت عرصه) استفاده و تلاش شد در انتخاب نمونه تنوع لازم در نظر گرفته شود. کلیه فعالیت‌های صورت گرفته شامل مراحل انجام کار و چگونگی داده‌های به دست آمده ثبت گردید. اطلاعات کسب شده توسط دو فرد مستقل از پژوهش که موقعیت‌های مشابه مشارکت کنندگان در پژوهش را داشتند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (۲۵، ۲۱).

یافته‌ها

در مجموع ۱۴ مدرس پرستاری در پژوهش مشارکت نمودند. مشخصات مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است. طی تحلیل داده‌ها، تجربیات و دیدگاه‌های مدرسین پرستاری در ارتباط با روش ارزشیابان متعدد در سه درون‌مایه محوریت مربی،

چالش‌ها و توانایی دسته‌بندی شد. در این درون‌مایه‌ها، نقش محوری مربی در ارزشیابی دانشجوی، چالش‌های استفاده از این روش و توانمندی سایر افراد جهت شرکت در ارزشیابی دانشجوی مورد بحث قرار گرفت.

جدول ۱. مشخصات مدرسین شرکت کننده در پژوهش

تعداد کل	۱۴ نفر
سن (سال)	۳۷ تا ۵۰
جنسیت	۱۱ مؤنث، ۳ مذکر
تحصیلات	۱۰ فوق لیسانس، ۴ دکترا
رتبه	۱۰ مربی، ۲ استادیار، ۲ دانشیار
کل سنوات خدمت (سال)	۵ تا ۳۰ سال
سنوات خدمت در بالین (سال)	۲ تا ۱۵ سال
سنوات خدمت در آموزش (سال)	۲ تا ۲۶ سال
سنوات انجام کارآموزی (سال)	۲ تا ۲۶ سال
سوابق غیر هیأت علمی (سال)	۰ تا ۱۵ سال
سوابق هیأت علمی (سال)	۵ تا ۲۳ سال
گرایش فوق لیسانس	۶ داخلی جراحی، ۴ کودکان، ۲ روان‌پرستاری، ۲ بهداشت جامعه
شرکت در دوره‌های آموزشی ارزشیابی	۱۲ بلی، ۲ خیر
شرکت در فعالیت‌های مرتبط با ارزشیابی	۹ بلی، ۵ خیر

درون‌مایه ۱: محوریت مربی - تصویر کم‌رنگ سایر افراد

از دیدگاه بیشتر مشارکت کنندگان، مربی مهم‌ترین فرد در ارزشیابی بالینی دانشجویان می‌باشد و حتی اگر به نقش سایر افراد اشاره می‌شود، باز هم مسؤولیت عمده ارزشیابی بر عهده مربی بود. سایر افرادی که در این زمینه مورد بحث قرار گرفتند، پرستاران بالین و خود دانشجویان بودند. البته در برخی موارد در برنامه ارزشیابی، درصدی از نمره به سایر افراد اختصاص داده یافته بود و در بعضی موارد نیز این مشارکت مشروط انجام می‌شد. یکی از مشارکت کنندگان در ارتباط با مشارکت موردی پرستاران بالین چنین گفت:

"... من بیشتر خودم نمره می‌دم، اما گاهی وقتاً بعضی از پرسنل بازخوردهایی به ما می‌دن که من اونا رو موردی می‌بینم و خودم اگر لازم باشه توی ارزشیابی دانشجوی دخالت می‌دم" (شماره ۹).

مشارکت کننده دیگری شرکت پرستاران بالین را مشروط به روش کار خود می‌دانست.

"... اگر که مدل آموزش مشارکتی بود، به اونا پرستار می‌گم که خب ببین اهداف آموزش بالینی من اینه، این قسمتشو می‌خوام شما کمک کنین، درسته؟ بعد فقط ارزشیابی همون قسمتی که ایشون کمک می‌کنه با خودش" (شماره ۱۱).

خودارزیابی دانشجوی در بسیاری موارد صورت می‌گرفت، اما به نظر می‌رسید که نظرات دانشجویان تأثیر چندانی بر نمره آنان ندارد. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه چنین بیان کرد:

"... من فکر می‌کنم که اگر دانشجوی باید فرمو پر کنه، یه فرم دیگه رو جدا مربی هم پر کنه، بعد از اینا حداقل میانگین گرفته شه، ولی کاری که ما انجام می‌دیم فرمایشیه دیگه. یعنی می‌گیم خب از دانشجوی هم نظرخواهی کردیم، ولی نهایتاً میایم خودمون در واقع اوناو تعدیل می‌کنیم، اصلاح می‌کنیم به قول خودمون. یعنی نظر دانشجوی عملاً حذف شده دیگه" (شماره ۶).

درون‌مایه ۲: چالش‌ها - بایدها و نبایدها

چالش موجود در به کارگیری ارزشیابی توسط ارزشیابان متعدد، در نظرات متفاوت مشارکت کنندگان مشاهده شد. برخی از مشارکت کنندگان به ضرورت ارزشیابی دانشجویان از دید ارزشیابان مختلف اشاره می‌کردند، اما در مقابل افرادی هم به دلایل گوناگون با نظرسنجی از سایر افراد موافق نبودند.

موافقین با این روش معتقد بودند که میانگین گرفته شده بین نمرات افراد مختلف می‌تواند موجب صحت بیشتر ارزشیابی گردد. آنان بر این باور بودند که این امر موجب اعتبار بیشتر ارزشیابی و کاهش نظر سلیقه‌ای مربی می‌شود. چگونگی انجام روش ارزشیابان متعدد توسط یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان شد:

"... خودشون راجع به خودشون (دانشجویان)، سرپرستار یا پرستار در مورد اونا و مربی ارزشیابی را انجام می‌دن. یعنی حداقل این سه تا منبع باید تو ارزشیابی شرکت کنن. الان ما خودمون هم همین کارو می‌کنیم" (شماره ۲).

همچنین یکی از مشارکت کنندگان مشکلات ناشی از کنار گذاردن پرستاران بالین را شرح داد:

"... فکر می‌کنم که دو اشکال خیلی بزرگ داره که همکاری پرستار رو بناریم کنار. یکی این که ما متکی می‌شیم به این که خودمون فقط نمره بدیم. دوم من دارم به وضوح و تجربه می‌بینم، وقتی اونا رو کنار می‌زنیم این گپ (گسست بین آموزش و درمان) بزرگ و بزرگ‌تر می‌شه" (شماره ۱۳).

در مقابل مشارکت کنندگانی نیز بودند که در مورد به کارگیری

"... حتماً باید خود دانشجو هم خودش ارزشیابی کنه. اصلاً من فکر می‌کنم که هیچ کس بهتر از خود دانشجو نمی‌دونه چی بلده و چه کار کرده" (شماره ۵).

اما برخی نیز به این امر با تردید می‌نگریستند.
 "... می‌دونین چیه؟ من خیلی وقتا دیدم دانشجوها خودشونو خیلی دست بالا می‌گیرن یا اونایی که اعتماد به نفسشون پایینه به خودشون کم نمره می‌دن" (شماره ۱۰).

همان طور که پیش‌تر ذکر شد، از دیدگاه مشارکت کنندگان، نقش عمده ارزشیابی دانشجو بر عهده مربی می‌باشد. از میان سایر افراد مطرح در ارزشیابی به روش ارزشیابان متعدد، مشارکت کنندگان به پرستاران بالین و خود دانشجویان اشاره نمودند. در ابتدای مصاحبه‌ها تنها سه نفر از مشارکت کنندگان به نقش همتایان و مددجویان اشاره نمودند که با توجه به عدم اشاره سایر مشارکت کنندگان به این افراد، قابل ذکر نبود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف، تبیین تجربیات و دیدگاه‌های مدرسین پرستاری در ارتباط با روش ارزشیابی توسط ارزشیابان متعدد در ارزشیابی بالینی دانشجویان صورت گرفت.

با وجود این که بسیاری از مشارکت کنندگان، شرکت سایر افراد در ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری را تأیید می‌نمودند، اما بار این ارزشیابی هم چنان بر عهده مربی بود و نتایج به دست آمده نشان داد که همه مشارکت کنندگان در پژوهش، به نقش مربی به عنوان فرد اصلی در ارزشیابی دانشجو اعتقاد داشتند.

Elcigil و Yildirim مربی بالینی را به عنوان مهم‌ترین فرد در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری مطرح نمودند (۱۰). علوی و عابدی نیز بر اهمیت نقش مربی به عنوان ارزشیابی کننده مهارت‌ها و صلاحیت بالینی دانشجویان تأکید کردند (۲۶).

برخی صاحب‌نظران در این زمینه بیان کرده‌اند، مربیان مسؤولیت اولیه ارزشیابی دانشجویان را بر عهده دارند؛ چرا که از هدف ارزشیابی و چگونگی قضاوت در مورد عملکرد دانشجویان مطلع می‌باشند (۸). البته برخی مشارکت کنندگان نگرانی خود را در مورد ارزشیابی صحیح دانشجویان توسط خود بیان می‌نمودند که در بعضی مطالعات نیز به آن اشاره شده است (۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برخی مشارکت کنندگان ضرورت انجام روش ارزشیابی توسط ارزشیابان متعدد و فواید آن را مورد تأکید قرار می‌دهند. آنان معتقد بودند که این روش موجب

این روش نظر موافقی نداشتند. یکی از آنان نظر خود را در این زمینه چنین عنوان نمود:

"... اصلاً موافق نیستم، یعنی من رو مجاب کنن که خودت که ارزشیابی کردی از چهار نفر دیگه هم بی‌رس. من ضرورتی نمی‌بینم کسانی را که در آموزش دانشجو تأثیری ندارند به صورت سیستماتیک در ارزشیابی شرکت بدم" (شماره ۹).

در مورد خودارزیابی دانشجو نیز نظرات گوناگونی مطرح گردید. یکی از مشارکت کنندگان موافق این امر چنین بیان نمود:
 "... دانشجو باید بتونه در خیلی از مسایل اظهار نظر کنه، دیگه ارزشیابی خودش که مسلمه. حتماً باید این کارو انجام بده" (شماره ۶).
 در مقابل، برخی مشارکت کنندگان نیز نسبت به خودارزیابی دانشجو توجه نداشته و این امر را انجام نمی‌دادند.

درون‌مایه ۳: توانمندی

در این درون‌مایه، تجربیات و دیدگاه‌های مشارکت کنندگان در ارتباط با توانایی و صلاحیت پرستاران بالین و دانشجویان در انجام ارزشیابی مطرح شد.

بسیاری از مشارکت کنندگان در مورد پرستاران بالین در ارزشیابی دانشجویان بحث می‌کردند. برخی از آنان معتقد بودند، پرستاران بالین به منظور کسب توانایی در ارزشیابی صحیح دانشجویان باید با اهداف کارآموزی آشنا باشند. یکی از مشارکت کنندگان در این مورد چنین گفت:

"... من اهداف رو به سرپرستار می‌دم. یعنی سرپرستار یا پرستار باید آشنا باشه، اگر با اهداف آشنا باشه، می‌تونه ارزشیابی کنه، اما اگر آشنا نباشه فقط همین جوری بگم شما هم نظر بده، خب ممکنه اونم سلیقه‌ای نظر بده" (شماره ۵).

مشارکت کننده دیگری صلاحیت پرستاران بالین در ارزشیابی دانشجویان را این چنین مورد نقد قرار داد:

"... بعضی اوقات انتظاراتی که اونا دارن با انتظارات ما هماهنگ نیست. با این که روز اول ما اعلام می‌کنیم دانشجوی ما وظایفش اینه، خب سرپرستار تمایل داره که دانشجو یه وظایف دیگه‌ای هم انجام بده" (شماره ۸).

بعضی نیز معتقد بودند که نکات منفی دانشجویان از سوی پرستاران بالین مطرح می‌شود و نکات مثبت آنان مورد توجه قرار نمی‌گیرد که می‌تواند منجر به عدم صحت ارزشیابی گردد.

مشارکت کنندگان در مورد توانایی و صلاحیت دانشجویان در خودارزیابی نیز نظرات گوناگونی داشتند. برخی معتقد بودند دانشجویان به خوبی توانایی ارزشیابی خود را دارند:

طور کلی اعتقادی به این امر نداشتند. در یک بررسی صورت گرفته در فنلاند نیز گزارش شد، مربیان در ابتدای دوره کارآموزی بر انجام خودارزیابی دانشجویان تأکید داشتند، اما به تدریج این تأکید کمتر شده و به طور کلی تداوم چندانی نداشت. خود دانشجویان نیز نقش خود را در ارزیابی خود جدی نمی‌گرفتند (۲۸)؛ در حالی که در برخی مطالعات مطرح شده است که خودارزیابی دانشجویان یکی از بهترین روش‌هایی است که برای تعیین دانش و مهارت بالینی آنان مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ چرا که یادگیرنده منبعی مناسب برای جمع‌آوری اطلاعات درباره خودش است و به جز او هیچ کس دیدگاه واضحی از وی ندارد. از سوی دیگر شرکت در ارزیابی خود، دانشجویان را در کشف نقاط قوت و ضعف خویش توانمند می‌سازد (۳۰، ۲۹).

ارزشیابی فرد از دیدگاه افراد مختلف، در متون متعددی مورد بحث قرار گرفته است. گفته می‌شود که این امر به اعتبار بیشتر ارزشیابی و کاهش تأثیر ذهنیت افراد در ارزشیابی کمک می‌کند (۱). این روش در مطالعات مختلفی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. برخی مطالعات نشان داده‌اند که این روش از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است (۶) و بعضی نیز گزارش نموده‌اند که این روش در صورت وجود شرایط مناسب و به کارگیری صحیح، موجب تغییر رفتار مطلوب در افراد می‌شود (۴). Goldstein و Zuckerman گزارش کردند که یک متاآنالیز صورت گرفته در ۲۴ مطالعه طولی، تغییرات رفتاری مثبتی در نتیجه ارزشیابی ۳۶۰ درجه در دستیاران دیده شد (۲).

مسایلی که جهت انجام صحیح این روش باید در نظر گرفته شود، مورد توجه برخی نویسندگان بوده است. وجود اهداف روشن جهت ارزشیابی، انتخاب صحیح ارزشیابان و تعداد آن‌ها، آموزش صحیح آنان، محرمانه بودن اطلاعات، وجود ابزار معتبر و پایا، استفاده صحیح از داده‌ها و بازخورد مناسب از این نمونه می‌باشند (۱۲).

در عین حال این واقعیت نیز مطرح شد که ارزشیابی ۳۶۰ درجه‌ای که به خوبی طراحی نشده، می‌تواند تبعات منفی شامل ارزیابی‌های منفی یا مثبت ناشی از ارتباطات موجود، بر هم خوردن جو اطمینان و در نهایت افزایش حجم کار ارزشیابی بدون سودمندی کافی را به دنبال داشته باشد (۳۲، ۳۱). در مطالعه‌ای با هدف، مقایسه استفاده از ارزشیابی ۳۶۰ درجه در رزیدنت‌های جراحی با روش سنتی ارزشیابی توسط استاد، نشان داده شد که روش ۳۶۰ درجه اطلاعات جدیدتر و بیشتری را نسبت به روش ارزشیابی یک منبعی ایجاد نمی‌کند و در انتها پیشنهاد شد که در این زمینه باید مطالعات بیشتری صورت گیرد (۱۲).

اعتبار بیشتر ارزشیابی، کاهش نظر سلیقه‌ای مربی، کاهش گسست آموزش و درمان و بهبود همکاری بخش با دانشجو می‌شود. تعدادی نیز انجام آن را مناسب نمی‌دانستند و به عنوان مثال انتظارات متفاوت پرستاران بالین از دانشجو را از موانع انجام این روش می‌دانستند. مشارکت کنندگانی که نسبت به شرکت سایر افراد در ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری نظر چندان مساعدی نداشتند، خود مربی را تنها فرد حایز صلاحیت در این مورد می‌دانستند.

در مورد سایر افراد شرکت کننده در ارزشیابی دانشجویان، نقش پرستاران بالین و خود دانشجو بیشتر مورد بحث قرار گرفت و نقش سایر افراد مطرح در دایره ارزشیابی ۳۶۰ درجه (هم چون هم‌تایان و بیماران) به ندرت مورد توجه قرار گرفت و تنها کسانی که به این دو گروه اشاره کردند (سه نفر از مشارکت کنندگان)، به صلاحیت آنان جهت شرکت در فرایند ارزشیابی بالینی تردید داشتند.

در مطالعات گوناگون نیز استفاده از منابع اطلاعاتی مختلفی در اجرای این روش مورد توجه قرار گرفته است. Weigelt و همکاران در ارزشیابی رزیدنت‌های جراحی، از اساتید، پرستاران و خود رزیدنت‌ها نظرسنجی نموده و هم‌تایان، دانشجویان پزشکی و بیماران را مورد توجه قرار ندادند (۱۳). Goldstein و Zuckerman نیز در ارزشیابی ۳۶۰ درجه رزیدنت‌های کودکان در ارتباط با مهارت‌های ارتباطی، بین فردی و حرفه‌ای آنان، پرستاران، اساتید، خود رزیدنت‌ها، انترن‌های پزشکی و والدین را در نظر گرفتند (۲).

نقش پرستاران بالین در ارزشیابی دانشجویان مورد توجه بود. در مورد نقش پرستاران بالین گفته شده است که کارکنان پرستاری در نتیجه همکاری با دانشجویان از نحوه عملکرد آنان مطلع می‌باشند و می‌توانند با استفاده از ابزار لازم، داده‌های مناسب را برای ارزشیابی فراهم آورند (۸).

بعضی مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر، بر اهمیت آمادگی پرستاران بالین جهت مشارکت در آموزش و ارزشیابی دانشجو تأکید نمودند. اهمیت آمادگی پرستاران بالین برای ایفای نقش خود در ارزشیابی دانشجویان و فراهم آوردن بازخورد مناسب در برخی مطالعات مورد توجه قرار گرفته و توصیه شده است که پرستاران بالین جهت انجام نقش خود در آموزش دانشجویان باید منابع و آموزش کافی و مناسب را در اختیار داشته باشند (۲۷، ۱۵).

بسیاری از مشارکت کنندگان بر اهمیت انجام خودارزیابی دانشجویان تأکید کردند، اما به نظر می‌رسد این خودارزیابی تأثیر چندانی بر نمره ارزشیابی ندارد. بعضی مشارکت کنندگان نیز به

نتیجه‌گیری

بر خلاف دیدگاه مثبت بسیاری از مشاکت کنندگان نسبت به استفاده از این روش، به کارگیری آن در عمل دارای انسجام و یکپارچگی نبوده است و به طور صحیح و اصولی صورت نمی‌گیرد. همچنین برخی مشارکت کنندگان نیز به طور کلی نسبت به این روش دیدگاه مثبتی نداشتند.

مشارکت کنندگان پژوهش در مجموع معتقد بودند که مربی نقش اصلی را در ارزشیابی بالینی دانشجویان دارد و از میان افراد دیگر، بیشتر به نقش پرستاران بالین و خود دانشجو پرداختند. اگر چه که به نظر می‌رسد برخی مشارکت کنندگان با شرکت این افراد نیز موافق نبودند.

با توجه به این که پژوهش‌های چندانی در این ارتباط به خصوص در پرستاری در دسترس نمی‌باشد و با در نظر گرفتن فواید به کارگیری صحیح این روش ارزشیابی، شاید پژوهش حاضر از نخستین گام‌های جلب توجه دست اندرکاران و مدرسین پرستاری

به این روش باشد، در صورت تصمیم‌گیری در مورد اجرای این روش، نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به عنوان پایه و اساسی جهت برنامه‌ریزی صحیح و ایجاد تغییر نگرش لازم نسبت به انجام این روش کاربرد داشته باشد.

البته لازم به ذکر است که با توجه به عدم به کارگیری جامع و صحیح این روش، مشارکت کنندگان تجربیات لازم و دیدگاه روشنی را از شرکت همه افراد مطرح در دایره ارزشیابی، مثل هم‌تایان و مددجویان نداشتند. در نتیجه در پژوهش حاضر، نقش این افراد مورد بحث قرار نگرفت که از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد.

در هر صورت باید توجه داشت که جهت انجام یک ارزشیابی ۳۶۰ درجه صحیح در کارآموزی، باید برنامه‌ریزی درست و آمادگی لازم وجود داشته باشد و همچنین میزان مشارکت افراد در ارزشیابی بر اساس ارتباط، مسؤولیت و نقش آنان در کارآموزی تعیین گردد.

References

1. United States Office of Personnel Management. 360-degrees assessment: an overview. [Online]. 1997. Available from: URL: www.opm.gov/perform/wppdf/360asess.pdf.
2. Goldstein R, Zuckerman B. A perspective on 360-degree evaluations. J Pediatr 2010; 156(1): 1-2.
3. Berger JS, Pan E, Thomas J. A randomized, controlled crossover study to discern the value of 360-degree versus traditional, faculty-only evaluation for performance improvement of anesthesiology residents. [Online]. 2008. Available from: URL: <http://www.asahq.org/jepm/archive/Volumes/ManuscriptJEPmv3.pdf>.
4. Massagli TL, Carline JD. Reliability of a 360-degree evaluation to assess resident competence. Am J Phys Med Rehabil 2007; 86(10): 845-52.
5. University of Maryland. 360-degree evaluation. Primary Care Education Initiative. [Online]. 2008. Available from: URL: http://www.umm.edu/gme/doc/360_self.doc.
6. Nakhaee N, Saeed AR. 360-degree Evaluation Method in Clinical Evaluation of Residents: a Pilot Study on Feasibility, Validity and Reliability. Strides Dev Med Educ 2010; 7(2): 99-103.
7. Calhoun AW, Rider EA, Peterson E, Meyer EC. Multi-rater feedback with gap analysis: an innovative means to assess communication skill and self-insight. Patient Educ Couns 2010; 80(3): 321-6.
8. Billings DM, Halstead JA. Teaching in Nursing: A Guide for Faculty, (Billings, Teaching in Nursing: A Guide for Faculty). 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2008.
9. Woolley GR, Bryan MS, Davis JW. A comprehensive approach to clinical evaluation. J Nurs Educ 1998; 37(8): 361-6.
10. Elcigil A, Yildirim SH. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. Nurse Educ Today 2007; 27(5): 491-8.
11. Connors G, Munro TW. 360-degree physician evaluations. Healthc Exec 2001; 16(5): 58-9.
12. Wood V. Clinical evaluation of student nurses: syllabus needs for nursing instructors. Nurse Educ Today 1986; 6(5): 208-14.
13. Weigelt JA, Brasel KJ, Bragg D, Simpson D. The 360-degree evaluation: increased work with little return? Curr Surg 2004; 61(6): 616-26.
14. Atash Sokhan G, Bolbol Haghighi N, Bagheri H, Ebrahimi H. Comparison of Self, Peer, and Clinical Teacher Evaluation in Clinical Skills Evaluation Process of Midwifery Students. Iran J Med Educ 2011; 10(4): 333-9.
15. Seldomridge LA, Walsh CM. Evaluating student performance in undergraduate preceptorships. J Nurs Educ 2006; 45(5): 169-76.

16. McAllister M, Osborne Y. Peer review. A strategy to enhance cooperative student learning. *Nurse Educ* 1997; 22(1): 40-4.
17. Atkins PWB, Wood RE. Self- versus others' ratings as predictors of assessment center ratings: Validation evidence for 360-degree feedback programs. *Personnel Psychology* 2002; 55(4): 871-904.
18. Nasiriani KH, Farnia F, Salimi T, Shahbazi L, Motavasselian M. Nursing Graduates' Self-assessment of their Clinical Skills Acquired in Medical-Surgical Wards. *Iran J Med Educ* 2012; 6(1): 93-100.
19. Shojae F, Rafiee A, Masoumi N, Ebrahimi SM. Promotion assessment of nursing students' group activities through self and peer assessment method. *Iran J Med Educ* 2011; 10(4): 512-4.
20. Oskouie SF, Peyrovi H. *Qualitative Research in Nursing*. Tehran, Iran: Iran University of Medical Science; 2006. [In Persian]
21. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
22. Polit DF, Tatano Beck CH. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization (Essentials of Nursing Research (Polit))*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
23. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In: Wildemuth B, editor. *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*. Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
25. Boswell C, Cannon SH. *Introduction to Nursing Research: Incorporating Evidence Based Practice*. Boston, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2007.
26. Alavi M, Abedi HA. Nursing Students' Experiences and Perceptions of Effective Instructor in Clinical Education. *Iran J Med Educ* 2008; 7(2): 325-34.
27. Lillibridge J. Using clinical nurses as preceptors to teach leadership and management to senior nursing students: a qualitative descriptive study. *Nurse Educ Pract* 2007; 7(1): 44-52.
28. Leino-Kilpi H. Self-evaluation in nursing students in Finland. *Nurse Educ Today* 1992; 12(6): 424-30.
29. Belar C, Brown RA, Hersch LE, Hornyak LM, Rozensky RH, Sheridan EP, et al. Self-assessment in clinical health psychology: a model for ethical expansion of practice. *Prof Psychol Res Pr* 2001; 32(2): 135-41.
30. Loving GL. Competence validation and cognitive flexibility: a theoretical model grounded in nursing education. *J Nurs Educ* 1993; 32(9): 415-21.
31. Johnson LK. Retooling 360s for Better Performance. [Online]. 2004. Available from: URL:<http://hbswk.hbs.edu/archive/3935.html>.
32. Coates E. The Prudent Path - How to Avoid the Dangers of Using 360 Feedback in Performance Management. [Online]. 2004. Available from: URL:<http://www.lumus.co.uk/resources/the-prudent-path-how-to-avoid-the-dangers-of-using-360-feedback-in-performance-management.htm>.

Multi-rater Evaluation in the Clinical Evaluation of Nursing Students: Instructors' Experiences and Viewpoints

Mehrnoosh Pazargadi¹, Tahereh Ashktorab², Sharareh Khosravi³

Received date: 19.5.2012

Accept date: 11.8.2012

Abstract

Introduction: In clinical nursing education, evaluation is mostly the instructors' responsibility. This process causes challenges for both instructors and students. It seems that, a way to confront these challenges is to use multi-rater evaluation. The aim of this study is to investigate the experiences and viewpoints of nursing instructors of multi-rater evaluation in the clinical evaluation of nursing students.

Method: This is a qualitative, descriptive study. Study samples were 14 nursing faculty members from nursing schools of Medical Sciences Universities in Tehran. They were selected by purposive sampling to the point of data saturation. Data was gathered through semi-structured interviews. Data was analyzed by latent qualitative content analysis. First, each interview was read several times and the meaning units were found. Then, coding was done. Codes were categorized based on their similarities and themes, and created the categories.

Results: Data analysis showed 3 themes including instructors centralization, challenges, and ability.

Conclusion: The results of the current study showed most participants believed that the instructors have the most important role in student evaluation. Among other people, clinical nurses and students were also mentioned; the participants argued about some challenges these groups face and discussed their ability to participate in the evaluation. It is obvious that multi-rater evaluation, in the clinical evaluation of nursing students, has positive aspects, but implementing this method needs planning and preparation.

Keywords: Clinical evaluation, Nursing students, Multi-rater evaluation, 360-degree evaluation.

Type of article: Original article

Citation: Pazargadi M, Ashktorab T, Khosravi SH. Multi-rater Evaluation in the Clinical Evaluation of Nursing Students: Instructors Experiences and Viewpoints. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(2): 102-111.

1. Associate Professor, Department of Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. PhD Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Sharareh Khosravi, Email: shararehkh2011@yahoo.com