

## بررسی ارتباط دانش - مهارت و اهمیت معاینات فیزیکی در پرستاران: مطالعه‌ای توصیفی - همبستگی

محمد رضا زید آبادی\* زهرا غضنفری\*\* ام سلیمه رودی رشت آبادی\*\*\*

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** بررسی بیماران اساس عملکرد پرستاری بوده و هر قدر پرستاران در این امر بهتر عمل نمایند، نتیجه آن برای بیماران سودمندتر خواهد بود. عملکرد بهتر مستلزم دانش و مهارت و نگرش مناسب نسبت به اهمیت معاینات فیزیکی است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط دانش- مهارت با اهمیت معاینات فیزیکی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها اجرا شده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی- همبستگی ۳۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های داخلی، جراحی و ویژه بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان، در سال ۱۳۹۵ به روش در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای و پرسشنامه دانش- مهارت و اهمیت معاینات فیزیکی بوده است. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های  $t$  ANOVA ضرایب همبستگی و رگرسیون خطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شده است.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمره دانش- مهارت  $(27.14 \pm 3)$  و میانه (دامنه میان چارکی) نمرات اهمیت  $(0.52/4)$  بود. ارتباط مثبت و معناداری بین دو متغیر دانش- مهارت و اهمیت وجود داشت. پرستاران در مهارت‌هایی که مهم‌تر تشخیص داده بودند، دانش- مهارت بیشتر تری را اظهار نمودند. بیش‌ترین متغیر تأثیرگذار بر ارتباط دانش- مهارت و اهمیت، آموزش بود.

**نتیجه‌گیری:** ارزیابی پرستاران از مهارت خود در اجرای معاینات فیزیکی در سطح پایین بود. لیکن کلیه مهارت‌ها را مهم تشخیص داده بودند. برنامه‌های آموزشی مؤثر می‌تواند به نیاز آنان برای کسب این مهارت‌ها پاسخ دهد.

نویسنده مسئول:  
ام سلیمه رودی  
رشت‌آبادی: دانشکده  
پرستاری و مامایی  
رازی دانشگاه علوم  
پزشکی کرمان

e-mail:  
fatroody@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: معاینه فیزیکی، پرستاران، خودارزیابی، دانش، مهارت

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۵ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۵ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۶/۲/۲۴

### مقدمه

پرستاران در مرحله اول اجرای فرایند پرستاری دچار مشکل خواهند شد و نمی‌توانند مرحله «بررسی و شناخت» را تکمیل نمایند (۱). پرستارانی که یافته‌های طبیعی از غیرطبیعی را افتراق می‌دهند، قادر به شناسایی تفاوت‌های وضعیت سلامت بیماران در طول بررسی‌های خود و در هر موقعیت درمانی خواهند بود. این امر پرستاران را در تعیین یافته‌های غیرطبیعی در بررسی‌ها توانمند ساخته و پایه‌ای برای

«بررسی»، به عنوان اولین گام اساسی در فرایند پرستاری مورد تأیید همگان است و معاینات فیزیکی جزء کلیدی در فرایند بررسی می‌باشد. همچنین بررسی یکی از مهارت‌های بسیار ضروری برای آرایه مراقبت‌های پرستاری است که بدون تسلط بر آن،

\* کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران  
\*\* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران و عضو مرکز تحقیقات فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران  
\*\*\* دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران و عضو مرکز تحقیقات پرستاری دانشکده علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تدوین تشخیص‌های پرستاری و برنامه مراقبتی بیمار فراهم می‌آورد (۲). پرستاران همواره در کنار بیمار به سر می‌برند و می‌توانند در جایگاه نخست تشخیص مشکلات بیمار در مراحل اولیه با به‌کارگیری بررسی نظام‌مند بیمار باشند. این کار موجب می‌شود تا درمان مناسب بلافاصله شروع شده و زندگی بیمار نجات یابد (۳).

بررسی دقیق، مناسب و به موقع بیمار توسط پرستار، سنگ بنای حفظ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها است. چنین مهارت‌هایی می‌تواند علاوه بر ایمنی بیماران، جایگاه حرفه‌ای پرستار از دید جامعه را نیز ارتقا دهد (۴). در چند دهه اخیر بر آماده‌سازی پرستاران برای کسب مهارت‌های بررسی فیزیکی پیشرفته در سطح لیسانس و فوق لیسانس، تأکید فراوان شده است و اصولاً باور بر این است که هر قدر بررسی فیزیکی دقیق‌تر انجام شود، نتایج بیماران بهتر خواهد بود (۵).

توسعه و افزایش مهارت‌های بررسی توسط پرستاران منجر به کاهش هزینه، کمک به تشخیص پزشکان، بهبود فرایند اجرا و ارتقای مدیریت و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود (۴). در مقایسه با سایر حرفه‌ها مفهوم معاینات فیزیکی برای پرستاران تا حدودی جدید بوده لیکن اهمیت برخورداری از صلاحیت در انجام این معاینات برای تصمیم‌گیری‌های بالینی نسبت به سایر فعالیت‌ها در فرایند پرستاری برتری دارد (۱). البته با توجه به پیشرفت‌های مختلف در زمینه تشخیص بیماری‌ها، معاینات بالینی در دسترس‌تر و مقرون به صرفه‌تر بوده و هنوز هم یک بررسی ماهرانه فیزیکی از انجام بسیاری از آزمایش‌های تشخیصی

غیرضروری جلوگیری کرده و رضایت بیماران را نیز افزایش می‌دهد (۶ و ۷).

بالا بردن دانش در مورد معاینه فیزیکی، اطلاعات پایه بهتری برای پرستار جهت بررسی توانایی‌های بیمار مهیا می‌سازد. به علاوه پرستار می‌تواند قضاوت مستقلى در مورد مراقبت و مدیریت بیمار انجام دهد. لیکن بسیاری از پرستاران هنگام به‌کارگیری معاینه فیزیکی، احساس دوگانگی و ناراحتی و تضاد می‌کنند. به علاوه پرستاران فراگیری مهارت‌های معاینه فیزیکی را لازم نمی‌دانند و برخی از پرستاران این مهارت‌ها را، فقط براساس نیاز گروه خاصی از بیماران به کار می‌برند و در واقع برخی از معاینات به دلیل عدم اعتماد به نفس کافی توسط پرستاران ممکن است استفاده نشوند (۲).

در ایران، مطالعات ادیب حاج باقری و همکاران و خوران و همکاران نشان می‌دهد که پرستاران بسیاری از مهارت‌های معاینات فیزیکی را به ندرت به کار می‌برند و معاینات بخشی از کار پرستاری به حساب نمی‌آید (۸ و ۹). Zambas و همکاران نیز در مطالعه خود نتیجه گرفته‌اند که مهارت‌های معاینات فیزیکی ابزاری برای تفسیر دقیق وضعیت بالینی بیماران بوده و در تشخیص و مدیریت وضعیت‌های پیچیده آنان سهم اساسی دارد، لذا به‌کارگیری این مهارت‌ها موجب استدلال تشخیصی پرستار، در بخش‌های حاد و داخلی جراحی می‌شود (۵). در مطالعه Birks و همکاران (۱۰) در زمینه کاربرد معاینات فیزیکی، پرستاران تنها حدود ۳۰٪ از مهارت‌های لیست شده را مورد استفاده قرار می‌دادند و بقیه

است؟ این مطالعه با هدف تعیین ارتباط دانش- مهارت و اهمیت معاینات فیزیکی در پرستاران انجام یافته است.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه مورد نظر برای این پژوهش با استناد به تعداد کل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان (۱۱۱۰ نفر پرستار)، با استفاده از فرمول حجم نمونه برای برآورد نسبت در جمعیت محدود، با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و  $p=0/05$  تعداد ۲۹۰ نفر محاسبه و با لحاظ کردن ریزش تعدادی از نمونه‌ها ۳۰۰ نفر انتخاب شدند.

نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام یافت. معیار ورود به مطالعه شامل: داشتن مدرک تحصیلی لیسانس پرستاری و بالاتر، اشتغال در هر یک از بخش‌های بالینی (داخلی، داخلی- جراحی و ویژه که خود شامل بخش‌های اورژانس، ICU و CCU است) و تنها معیار خروج، اشتغال در سمت‌های مدیریت پرستاری (به دلیل به کار نبردن این مهارت‌ها به طور روزمره) بوده است. با توجه به بخش‌های موجود در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بخش‌های داخلی شامل کلیه بخش‌های غیرجراحی و بخش‌های داخلی- جراحی شامل کلیه بخش‌های جراحی اعم از جراحی زنان، قلب، اعصاب، ارتوپدی و

مهارت‌ها یا اصلاً استفاده نمی‌شدند و یا ندرتاً در بالین استفاده می‌شدند. در مطالعه Giddens (۱۱) از میان ۱۲۰ مهارت بیان شده، تنها ۳۰ مهارت به طور روزمره مورد استفاده پرستاران بوده که عمدتاً به بخش تنفس و قلب و عروق اختصاص داشت. در کشور ژاپن نیز پژوهش Yamauchi نشان داد که پرستاران از ۲۸ مهارت ذکر شده، تنها از ۲۳ مهارت آگاهی داشتند؛ هرچند بیش از ۹۰٪ پاسخ‌دهندگان گزارش کردند که آن‌ها فقط چهار مهارت را می‌توانستند اجرا کنند (۲). همچنین نتیجه مطالعه مروری که توسط Lillibridge و Wilson در زمینه مهارت‌های فیزیکی انجام یافته است، نشان داد که پرستاران معاینات فیزیکی را به عنوان کار پزشکی درک کرده و بیش‌تر مصاحبه و مهارت‌های ارتباطی را یک فعالیت متمرکز پرستاری می‌دانستند (۱).

در ایران مطالعات چندی در زمینه معاینات فیزیکی در پرستاران اجرا شده است، لیکن اکثر آن‌ها مختص معاینات در یک گروه خاص بیماران یا در یک اندام خاص بوده است و معاینات فیزیکی به طور جامع در کم‌تر مطالعاتی بررسی شده است. جهت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای اعمال تغییرات در مباحث مرتبط با آموزش معاینات فیزیکی و نیز رفع موانع اجرای آن‌ها، اطلاعات به روز از وضعیت دانش و مهارت پرستاران از معاینات اساسی مورد نیاز می‌باشد. لذا برای پاسخ به این سؤال که میزان دانش- مهارت پرستاران درباره معاینات فیزیکی چقدر است و آیا میزان اهمیت این معاینات بر کسب دانش و مهارت در زمینه معاینات فیزیکی تأثیرگذار

غیره و بخش‌های ویژه شامل: اورژانس‌های قلب، اعصاب، تروما و داخلی و زنان، بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلب و ICU ها است.

جهت گردآوری اطلاعات، از پرسشنامه‌ای خودگزارشی و پژوهشگر ساخته شامل سه بخش: الف- اطلاعات فردی و شغلی ب- دانش- مهارت درباره معاینات فیزیکی، ج- اهمیت معاینات بالینی استفاده شده است. بخش‌های ب و ج پرسشنامه با استفاده از ابزار به کار رفته در مطالعات Yamauchi (۲)، Birks و همکاران (۱۰) و Giddens (۱۱) تدوین شده است. اطلاعات فردی و شغلی شامل سؤالاتی از سن، جنس، میزان تحصیلات، بیمارستان محل خدمت، بخش محل خدمت، سابقه شرکت در کلاس‌های معاینه بالینی، گذراندن واحد درسی بررسی وضعیت سلامت در دانشگاه، وضعیت استخدامی و سابقه کار است. بخش دانش- مهارت شامل ۴۰ گویه (جدول شماره ۲) است که با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از نمی‌دانم (۱)، کمی می‌دانم (۲)، می‌دانم ولی نمی‌توانم اجرا کنم (۳)، می‌توانم انجام دهم (۴)، می‌توانم انجام و آموزش دهم (۵) سنجیده شد و نمره بالاتر نشانه دانش- مهارت بیشتر است. دامنه نمرات از ۴۰ تا ۲۰۰ متغیر است. پرسشنامه اهمیت معاینات نیز شامل همان ۴۰ عبارت دانش- مهارت بوده و در آن افراد اهمیت معاینات را در طیف کاملاً بی اهمیت (۱) تا کاملاً مهم (۵) مشخص می‌نمایند. دامنه نمرات این پرسشنامه نیز از ۴۰ تا ۲۰۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده اهمیت بیشتر معاینه یاد شده برای پرستار است. پس از بررسی مطالعات نامبرده در بخش ابزار و تجمیع معایناتی که در آن‌ها مورد

سنجش قرار گرفته بود، در نهایت ۴۰ گویه جهت ساخت پرسشنامه این مطالعه در نظر گرفته شد. روایی ابزار با تأیید ۱۰ نفر از خبرگان معاینات فیزیکی و اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری کرمان صورت گرفت و پرسشنامه نهایی پس از انجام اصلاحات درخواستی مورد استفاده قرار گرفت. عدد روایی کل پرسشنامه ۹۷/۳٪ و روایی هیچ عبارتی از ۹۰٪ کمتر نبود. برای اطمینان از پایایی ابزار، مطالعه مقدماتی با تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از پرستاران انجام یافت و با استفاده از سنجش همبستگی درونی گویه‌های پرسشنامه،  $\alpha$  کرونباخ محاسبه شد ( $\alpha=0/963$ ).

پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و اخذ کد اخلاق به شماره: Ir.kmu.rec 1394.593، در نوبت‌های مختلف کاری به نمونه‌های پژوهش مراجعه و پس از توضیح درباره اهداف پژوهش، توضیح اختیاری بودن شرکت و خروج از مطالعه، حفظ ناشناسی افراد، رضایت آگاهانه آنان برای شرکت در مطالعه جلب و پرسشنامه در اختیار آنان قرار داده شد و عودت پرسشنامه‌ها به منزله رضایت تلویحی آنان برای شرکت در مطالعه قلمداد گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها، نرم‌افزار آماری SPSS نسخه آزمایشی شماره ۱۹ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا آزمون نرمالیتی کولموگروف- اسمیرونف انجام و نتایج آن نشان داد که توزیع متغیر دانش و مهارت پراکندگی نرمال و متغیر دیدگاه پرستاران نسبت به اهمیت معاینات بالینی پراکندگی غیرنرمال دارد. سطح

معناداری در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰٪ بود. برای توصیف اطلاعات فردی و شغلی از میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی و درصد (جدول شماره ۱) و جهت تعیین میانگین نمره دانش- مهارت پرستاران در زمینه معاینات فیزیکی و اهمیت آن، از آمار توصیفی با گزارش میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد استفاده شد (جدول شماره ۲). جهت تعیین اختلاف نمره دانش و مهارت در ویژگی‌های زمینه‌ای، از آزمون‌های  $t$  مستقل و آنووا و جهت تعیین عوامل مؤثر بر ارتباط متغیرهای اصلی پژوهش و کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده از آزمون رگرسیون خطی و ضریب همبستگی جزئی (Partial correlation) (جدول شماره ۳) استفاده گردید. جهت تعیین اختلاف نمره اهمیت معاینات با ویژگی‌های زمینه‌ای، به دلیل نرمال نبودن آن از آزمون‌های  $U$  Man Whitney و  $Kruskal Wallis$  برای تعیین ارتباط متغیر دانش- مهارت و اهمیت از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

## یافته‌ها

ویژگی‌های فردی و شغلی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه شده است. براساس نتایج به دست آمده مشخص شد که میانگین و انحراف معیار نمره دانش- مهارت  $(3/14 \pm 0/74)$  و میانه و دامنه میان چارکی نمرات اهمیت معاینات فیزیکی به ترتیب: میانه نمرات اهمیت ۴ و ۰/۵۲ بوده است. تنها ۲۵٪ افراد این مطالعه نمره ۳/۷۳ در بخش اهمیت کسب کرده‌اند و ۷۵٪ افراد با کسب نمره ۴/۲۵،

این معاینات را بسیار مهم تشخیص داده‌اند. بیش‌ترین نمره دانش- مهارت در زمینه معاینات فیزیکی، به ترتیب ۵ مهارت اول شامل: کنترل علایم حیاتی، ارزیابی وضعیت ذهنی و سطح هوشیاری، مشاهده زخم‌ها، بررسی سطح هوشیاری براساس معیار کمای گلاسکو و لمس انتهاها برای بررسی درجه حرارت بود. همچنین بیش‌ترین نمره میزان اهمیت معاینات بالینی یاد شده به ترتیب ۵ مهارت اول شامل: کنترل علایم حیاتی، بررسی سطح هوشیاری بر اساس مقیاس کمای گلاسکو، ارزیابی وضعیت ذهنی و سطح هوشیاری، ارزیابی تلاش تنفسی و بررسی مردمک‌ها بود. همچنین کم‌ترین نمره دانش- مهارت در زمینه معاینات فیزیکی به ترتیب مربوط بود به: لمس پره کوردیوم جهت بررسی PMI، سمع قلب جهت بررسی سوفل، تعیین اختلاف نبض رادیال و نوک قلب، سمع صداهای قلبی، آزمایش رفلکس‌های عمیق تاندونی. پنج گویه معاینات فیزیکی که مهم‌تر بودند به ترتیب شامل: کنترل علایم حیاتی، بررسی سطح هوشیاری، ارزیابی وضعیت ذهنی، ارزیابی تلاش تنفسی و بررسی مردمک‌ها و پنج گویه که از کم‌ترین اهمیت برخوردار بودند شامل: لمس پره کوردیوم، مشاهده انتهاها و ارزیابی بخش خارجی چشم، بررسی مخاط دهان و لمس انتهاها، بررسی میزان شنوایی، مشاهده عضلات دست و پاها بوده است (جدول شماره ۲).

جهت بررسی ارتباط متغیر دانش- مهارت با نمرات اهمیت، ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه گردید و ارتباط مثبت و معنادار آماری بین این دو متغیر وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

ضریب همبستگی به دست آمده برای این دو متغیر معادل  $I=0/4$  بود که نشان‌دهنده همبستگی متوسط و مثبت می‌باشد. به عبارت دیگر افزایش دانش- مهارت پرستاران در معاینات فیزیکی اهمیت بیش‌تر آن معاینات را نشان می‌داد. هر قدر معاینه‌ای مهم‌تر بود پرستاران میزان دانش- مهارت بیش‌تری را در اجرای آن گزارش نموده بودند. جهت بررسی اختلاف میانگین نمرات دانش- مهارت با متغیرهای زمینه‌ای از آزمون‌های  $t$  مستقل و آن‌وا استفاده شد که تنها متغیرهای جنس، میزان تحصیلات، سابقه شرکت در کلاس‌های معاینه فیزیکی و گذراندن واحد درسی مربوط از نظر آماری معنادار شدند، بدین مفهوم که مردان نسبت به زنان و افراد دارای مدرک تحصیلی بالاتر از لیسانس نسبت به غیر از آن، افراد شرکت‌کننده در کلاس‌های معاینات فیزیکی و کسانی که واحد درسی مربوط را در دوره دانشگاهی گذرانده بودند، دانش- مهارت بالاتری را گزارش کرده بودند. متغیرهای میزان تحصیلات و وضعیت استخدامی بر میزان اهمیت گزارش شده معاینات فیزیکی تأثیرگذار بودند، بدین ترتیب که افراد دارای مدرک فوق لیسانس و قراردادی اظهار کردند که معاینات فیزیکی برایشان از اهمیت بیش‌تری برخوردار است. برای حذف اثر متغیرهای مخدوش‌کننده احتمالی و تعیین ارتباط تعدیل شده بین متغیرهای اصلی مطالعه یعنی دانش- مهارت و اهمیت معاینات فیزیکی در پرستاران از ضریب همبستگی جزئی

و رگرسیون خطی چندمتغیره (backward) استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها مؤید آن بود که با کنترل اثر متغیرهای تحصیلات و آموزش مداوم، همبستگی بین این دو متغیر همچنان معنادار بوده، لیکن میزان ضریب همبستگی با کنترل این دو کاهش یافته است ( $I=0/354$ ) و متغیرهای جنس، وضعیت استخدامی و گذراندن واحد درسی در دوره دانشگاهی به دلیل عدم معناداری از مدل نهایی حذف گردیدند (جدول شماره ۳).

با توجه به نرمال نبودن نمرات اهمیت معاینات بالینی در پرستاران، اعداد میانه و چارک ۲۵ و ۷۵ آن نیز علاوه بر میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید. میانه نمرات اهمیت ۴، نما ۴، چارک ۲۵ ام  $3/73$ ، چارک هفتاد و پنج  $4/25$  بوده است. به عبارت دیگر تنها ۲۵٪ افراد این مطالعه نمره  $3/73$  در بخش اهمیت کسب کرده‌اند و ۷۵٪ افراد با کسب نمره  $4/25$ ، این معاینات را بسیار مهم تشخیص داده‌اند. اختلاف میان رتبه اهمیت معاینات فیزیکی و ویژگی‌های فردی و شغلی شرکت‌کنندگان با آزمون‌های  $U$  Man Whitney و  $Kruskal$  Walis سنجیده شد و نتایج آن نشان داد که تنها متغیر میزان تحصیلات ( $p<0/001$ ) و وضعیت استخدامی ( $p=0/011$ ) با میانگین رتبه اهمیت معاینات فیزیکی اختلاف معنادار آماری داشتند. بدین صورت که افراد فوق لیسانس و قراردادی معاینات فیزیکی را مهم‌تر گزارش کردند.

**جدول ۱- فراوانی نسبی و مطلق ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۵**

| متغیر  | تعداد        | درصد |
|--|--------------|------|
| سن   | ۲۰ تا ۳۰ سال | ۴۹/۷ |
|  | ۳۱ تا ۴۰     | ۴۲/۶ |
|  | ۴۱ تا ۵۵ سال | ۷/۷  |
| جنس  | مرد          | ۱۴   |
|  | زن           | ۲۵۸  |
| میزان تحصیلات                                  | لیسانس       | ۲۸۲  |
|  | فوق لیسانس   | ۱۸   |
| بخش محل خدمت                                   | داخلی        | ۲۵/۷ |
|  | جراحی        | ۱۸/۳ |
|  | ویژه         | ۵۶   |
| وضعیت استخدام                                  | طرحی         | ۲۹/۷ |
|  | پیمانی       | ۱۰۴  |
|  | رسمی         | ۵۰   |
|  | قراردادی     | ۱۹   |
| سابقه کار                                      | ۱ تا ۱۰ سال  | ۷۴/۳ |
|  | ۱۱ تا ۲۰ سال | ۲۱/۷ |
|  | ۲۱ تا ۳۰ سال | ۴    |
| سابقه شرکت در کلاس‌های معاینه فیزیکی           | بله          | ۴۳/۷ |
|  | خیر          | ۵۶/۳ |
| سابقه گذراندن واحد درسی مربوط در دوره کارشناسی | بله          | ۲۷۰  |
|  | خیر          | ۳۰   |

**جدول ۲- میانگین (انحراف معیار) و فراوانی مطلق و نسبی نمرات کسب شده از عبارات پرسشنامه دانش- مهارت و اهمیت**

**معاینات فیزیکی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۵**

| گویمها   | دانش و مهارت   |                |                              |                   |                           |                        | اهمیت          |                |                |                |                |                        |
|--|----------------|----------------|------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|
|  | نمیدانم        | کمی میدانم     | میدانم ولی نمیتوانم اجرا کنم | میتوانم انجام دهم | میتوانم انجام و آموزش دهم | میانگین (انحراف معیار) | بسیار بی اهمیت | بی اهمیت       | نظری ندارم     | مهم            | بسیار مهم      | میانگین (انحراف معیار) |
|  | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد)               | فراوانی (درصد)    | فراوانی (درصد)            | فراوانی (درصد)         | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد)         |
| ۱- مشاهده رنگ پوست   | ۲۷/۸۱          | ۱۵/۳۴۶         | ۱۰/۷۳۲                       | ۴۵/۷۱۲۷           | ۲۵/۷۲۷                    | ۳۸۶(±۱۰۷)              | ۱/۳            | ۲/۳۷           | ۶/۱۸           | ۶۱/۷۱۸۵        | ۲۹/۸۷          | ۴/۱۵(±۰/۷۸)            |
| ۲- ارزیابی تلاش تنفسی  | ۱/۳            | ۱۱/۳۳۴         | ۱۲/۳۶                        | ۴۷/۳۱۴۲           | ۲۸/۳۸۵                    | ۲/۹۰(±۰/۹۷)            | ۱/۷۵           | ۱/۳            | ۳/۹            | ۴۶/۳۱۳۹        | ۴۶/۱۴۴         | ۴/۳۸(±۰/۷۴)            |
| ۳- ارزیابی وضعیت ذهنی و سطح هوشیاری                              | ۱/۳            | ۷/۲۱           | ۱۰/۳۰                        | ۴۲/۳۱۲۰           | ۳۸۷/۱۱۶                   | ۴/۱۱(±۰/۹۱)            | ۱/۷۵           | ۰/۳۱           | ۲/۷۸           | ۴۲/۳۱۲۹        | ۵۲/۳۱۵۷        | ۴/۴۴(±۰/۷۲)            |
| ۴- مشاهده و لمس انتهای از نظر ادم                                | ۲/۶            | ۹/۳۲۸          | ۱۰/۳۳۱                       | ۴۸/۱۴۴            | ۳۰/۹۱                     | ۲/۹۵(±۰/۹۸)            | ۱/۷۵           | ۲/۷۸           | ۹/۳۷           | ۵۵/۳۱۶۶        | ۳۱/۳۳۴         | ۴/۱۲(±۰/۸۰)            |
| ۵- لمس انتهای برای برجه حرارت                                    | ۳/۳۱۰          | ۱۰/۳۰          | ۱۰/۷۳۲                       | ۴۷/۱۴۱            | ۲۹/۸۷                     | ۲/۸۸(±۱/۰۴)            | ۱/۷۵           | ۷/۳۲۲          | ۱۳/۳۹          | ۵۸/۳۱۷۵        | ۱۹/۷۵۹         | ۲/۸۷(±۰/۸۶)            |
| ۶- مشاهده نحوه پر شدگی مویرگی                                    | ۶/۱۸           | ۱۲/۳۶          | ۱۱/۷۳۵                       | ۳۷/۳۱۱۲           | ۳۲/۷۹۸                    | ۲/۸۹(±۱/۱۹)            | ۱/۳            | ۳/۳۱۰          | ۱۱/۳۳۴         | ۵۱/۳۱۸         | ۲۸/۳۸۵         | ۴/۰۷(±۰/۷۸)            |
| ۷- لمس نبض دیستال جهت بررسی جریان خون                            | ۴/۱۲           | ۱۳/۳۷۱         | ۱۳/۳۷۱                       | ۴۵/۳۱۶۶           | ۲۵/۷۲۷                    | ۲/۹۵(±۱/۱۰)            | ۷/۲            | ۲/۳۷           | ۱۰/۳۰          | ۵۱/۳۱۷۷        | ۲۸/۳۸۵         | ۴/۱۱(±۰/۷۲)            |
| ۸- مشاهده زخم ها   | ۱/۳            | ۱۰/۳۳۱         | ۸/۲۰۵                        | ۵۱/۵۲             | ۲۹/۳۷۸                    | ۲/۹۵(±۰/۹۳)            | ۱/۳            | ۱/۷۵           | ۷/۳۲۲          | ۶۱/۳۱۸۴        | ۲۸/۳۸۵         | ۴/۱۵(±۰/۷۰)            |
| ۹- سمع صداهای ریه  | ۱۶/۳۴۹         | ۳۲/۷۱۰۱        | ۲۴/۳۷۷                       | ۱۹/۷۵۹            | ۶/۱۸                      | ۲/۹۵(±۱/۱۴)            | ۱/۷۵           | ۲/۷۸           | ۹/۳۲۲          | ۵۱/۳۱۸         | ۳۰/۳۳۹         | ۴/۱۰(±۰/۸۰)            |
| ۱۰- سمع شکم جهت بررسی صداهای رودهای                              | ۱۹/۷۵۹         | ۳۰/۳۰          | ۲۴/۳۷۷                       | ۳۰/۳۰             | ۷/۵۱۷                     | ۲/۹۵(±۱/۱۷)            | ۱/۳            | ۴/۱۲           | ۱۶/۳۷۰         | ۵۱/۳۱۷۷        | ۱۹/۳۳۸         | ۲/۹۱(±۰/۷۷)            |
| ۱۱- ارزیابی شکم  | ۱۳/۳۴۰         | ۳۱/۷۹۵         | ۲۱/۷۶۵                       | ۳۱/۷۹۵            | ۵/۷۱۷                     | ۲/۸۰(±۱/۱۴)            | ۱/۳            | ۱/۳            | ۲/۷۸           | ۵۹/۳۱۸۷        | ۲۲/۶۶          | ۲/۹۸(±۰/۷۷)            |
| ۱۲- سمع صداهای قلبی  | ۲/۸۸۴          | ۳۵/۷۱۰۷        | ۲۱/۷۶۵                       | ۱۰/۷۳۲            | ۴/۱۲                      | ۲/۳۷(±۱/۱۰)            | ۱/۳            | ۱/۳            | ۲/۷۸           | ۵۲/۳۱۵۷        | ۳۴/۳۱۰۳        | ۴/۱۵(±۰/۸۰)            |
| ۱۳- مشاهده ضایعات پوستی  | ۵/۳۱۶          | ۲۸/۳۸۵         | ۲۰/۳۰                        | ۳۳/۳۱۰۰           | ۱۳/۳۹                     | ۲/۲۰(±۱/۱۴)            | ۱/۷۵           | ۵/۳۱۰          | ۱۸/۷۱۶         | ۵۹/۳۱۷۹        | ۱۵/۴۵          | ۲/۸۱(±۰/۸۰)            |
| ۱۴- مشاهده انتهای جهت بررسی رنگ پوست و پراکنندگی رشد موها        | ۱۵/۷۴۷         | ۳۲/۶۹          | ۱۷/۷۵۳                       | ۳۲/۶۹             | ۱۱/۷۳۵                    | ۲/۰۶(±۱/۲۸)            | ۲/۷۸           | ۱/۰۳۰          | ۳/۵۷۷          | ۴۷/۷۱۴۲        | ۱۴/۴۲          | ۲/۶۰(±۰/۹۳)            |
| ۱۵- ارزیابی بخش خارجی چشم ها                                     | ۳۲/۷۶۸         | ۳۰/۳۰          | ۱۷/۷۵۳                       | ۲۱/۳۱۶۴           | ۲۸/۳۶                     | ۲/۶۳(±۱/۳۷)            | ۳/۳۱۰          | ۷/۳۲۲          | ۳۸/۷۶          | ۴۷/۷۱۴۱        | ۱۲/۷۴۱         | ۲/۶۰(±۰/۹۳)            |
| ۱۶- ارزیابی نحوه صحبت کردن بیمار                                 | ۳/۷۶۱          | ۱۶/۴۸          | ۱۴/۴۲                        | ۴۱/۳۱۲۴           | ۳۵/۷۰                     | ۲/۶۸(±۱/۱۲)            | ۱/۳            | ۵/۳۱۶          | ۱۴/۴۲          | ۵۵/۳۱۶۶        | ۲۴/۳۳۳         | ۲/۹۶(±۰/۸۲)            |
| ۱۷- لمس شکم جهت بررسی وجود حساسیت و نفخ                          | ۶/۳۱۹          | ۲۸/۳۸۵         | ۲۲/۷۶۸                       | ۲۹/۳۷۸            | ۱۲/۳۴۰                    | ۲/۱۵(±۱/۱۵)            | ۱/۳            | ۳/۷۱۱          | ۱۱/۳۳۴         | ۶۱/۳۱۸۵        | ۲۲/۷۶۸         | ۴/۰۱(±۰/۷۵)            |
| ۱۸- بررسی میزان حرکت مفاصل                                       | ۱۵/۴۵          | ۳۳/۳۶          | ۱۶/۴۸                        | ۳۷/۳۲۲            | ۹/۷۴۹                     | ۲/۸۵(±۱/۲۴)            | ۱/۳            | ۱/۳            | ۲/۷۸           | ۵۱/۳۱۸         | ۱۵/۴۵          | ۲/۶۶(±۰/۸۴)            |
| ۱۹- مشاهده شکل قفسه سینه   | ۱۰/۳۰          | ۳۵/۱۰۵         | ۱۹/۵۷                        | ۳۷/۳۲۲            | ۸/۷۴۶                     | ۲/۸۸(±۱/۱۶)            | ۱/۳            | ۱/۳            | ۲/۷۸           | ۵۸/۳۱۷۴        | ۱۷/۵۰          | ۲/۸۲(±۰/۸۳)            |
| ۲۰- بررسی عضلات صورت از نظر حس و حرکت                            | ۱۲/۳۴۰         | ۳۱/۷۹۵         | ۱۹/۷۵۹                       | ۲۸/۳۸۵            | ۷/۶۱                      | ۲/۸۵(±۱/۱۷)            | ۱/۳            | ۶/۱۸           | ۱۷/۷۵۳         | ۵۱/۳۱۷۷        | ۱۶/۳۴۹         | ۲/۸۳(±۰/۸۰)            |
| ۲۱- لمس انتهای جهت بررسی حساسیت                                  | ۳۲/۳۷۰         | ۳۵/۷۷          | ۳۵/۷۷                        | ۴۵/۳۱۶۶           | ۱۰/۳۰                     | ۲/۳۳(±۱/۳۳)            | ۱/۷۵           | ۹/۳۲۲          | ۲۸/۳۸۵         | ۴۱/۳۱۸         | ۱۴/۷۴۴         | ۲/۶۳(±۰/۹۰)            |
| ۲۲- ارزیابی قدرت عضلات   | ۱۸/۵۴          | ۳۷/۳۲۲         | ۲۱/۳۱۶۴                      | ۳۷/۳۲۲            | ۵/۷۱۷                     | ۲/۹۱(±۱/۲۰)            | ۰/۷۲           | ۷/۲۱           | ۱۶/۳۷۰         | ۵۹/۳۱۷۹        | ۲۰/۳۰          | ۲/۶۶(±۰/۷۸)            |
| ۲۳- مشاهده عضلات دستها و پاها برای بررسی اندازه و مقایسه بودن    | ۱۳/۷۴۱         | ۲۸/۸۴          | ۲۰/۳۰                        | ۳۰/۳۳۹            | ۸/۲۴                      | ۲/۹۱(±۱/۲۰)            | ۱/۳            | ۱/۳            | ۲/۷۸           | ۵۲/۳۱۵۷        | ۱۲/۷۴۱         | ۲/۶۶(±۰/۸۸)            |
| ۲۴- بررسی میزان شنوایی بر اساس میزان شنیدن مکالمه                | ۱۲/۳۳۷         | ۳۰/۳۳۹         | ۱۶/۴۸                        | ۲۸/۳۸۵            | ۱۳/۳۹                     | ۲/۹۹(±۱/۳۶)            | ۱/۳            | ۹/۳۲۲          | ۳۱/۳۳          | ۵۱/۳۱۸         | ۱۴/۷۴۴         | ۲/۶۵(±۰/۹۴)            |
| ۲۵- بررسی راه رفتن بیمار   | ۶/۷۲۰          | ۱۸/۵۴          | ۱۸/۵۴                        | ۳۷/۳۱۱۲           | ۱۹/۷۵۹                    | ۲/۴۵(±۱/۱۸)            | ۱/۳            | ۱/۳            | ۲/۷۸           | ۶۱/۳۱۸۰        | ۱۷/۷۵۳         | ۲/۸۷(±۰/۸۰)            |
| ۲۶- بررسی مریتمکها   | ۵/۷۱۷          | ۱۹/۷۵۹         | ۱۶/۳۴۹                       | ۳۵/۷۱۰۷           | ۲۲/۷۶۸                    | ۲/۵۰(±۱/۲۰)            | ۱/۳            | ۱/۷۵           | ۳/۷۱۱          | ۵۰/۳۱۵۰        | ۴۳/۳۱۳۱        | ۴/۳۳(±۰/۷۸)            |
| ۲۷- بررسی سطح هوشیاری بر اساس معیار کما گلاسکو                   | ۲/۷۶           | ۱۱/۳۳۴         | ۱۱/۳۳۴                       | ۳۳/۳۹             | ۴۰/۳۱۲۱                   | ۲/۹۷(±۱/۱۰)            | ۱/۳            | ۱/۳            | ۲/۷۸           | ۴۷/۷۱۴۲        | ۵۷/۷۱۳۳        | ۴/۴۸(±۰/۷۲)            |
| ۲۸- بررسی مخاط دهان  | ۱۶/۳۴۹         | ۳۶/۳۱۰۹        | ۱۷/۷۵۳                       | ۲۲/۶۶             | ۷/۷۴۳                     | ۲/۶۸(±۱/۲۰)            | ۱/۷۵           | ۹/۳۲۲          | ۲۸/۳۸۵         | ۴۷/۷۱۴۲        | ۱۲/۷۴۱         | ۲/۶۳(±۰/۸۸)            |
| ۲۹- مشاهده ستون فقرات  | ۱۹/۵۷          | ۲۹/۷۸۹         | ۲۰/۷۶۲                       | ۲۱/۷۶۵            | ۹/۳۲۷                     | ۲/۷۳(±۱/۲۴)            | ۱/۳            | ۸/۲۴           | ۳۱/۷۶۵         | ۴۹/۷۱۴۹        | ۱۹/۷۵۹         | ۲/۷۹(±۰/۸۸)            |
| ۳۰- کنترل علائم حیاتی (فشارخون، دمای بدن، تعداد تنفس، تعداد نبض) | ۱/۳            | ۵/۳۱۰          | ۵/۳۱۰                        | ۲۱/۶۳             | ۶/۱۸۴                     | ۴/۵۰(±۰/۸۷)            | ۰/۷۲           | ۱/۳            | ۵/۳۱۰          | ۳۳/۳۱۰۰        | ۵۹/۷۱۷۹        | ۴/۵۰(±۰/۷۸)            |
| ۳۱- بررسی تورگور پوست  | ۵/۳۱۰          | ۱۳/۳۴۰         | ۱۴/۴۲                        | ۳۶/۳۱۰۹           | ۳۱/۹۳                     | ۲/۹۵(±۱/۱۷)            | ۱/۷۵           | ۴/۳۱۲          | ۱۲/۷۶۸         | ۱۷/۳۳۸         | ۲۴/۶۲          | ۲/۹۷(±۰/۸۲)            |
| ۳۲- ارزیابی غدد لنفاوی گردن و زیربغل                             | ۱۸/۳۵۵         | ۳۲/۷۶۸         | ۱۸/۷۵۳                       | ۲۱/۶۳             | ۹/۳۲۸                     | ۲/۹۰(±۱/۲۴)            | ۲/۳۷           | ۵/۷۱۷          | ۲۰/۷۶۲         | ۴۸/۳۱۴۸        | ۲/۶۶           | ۲/۸۳(±۰/۹۱)            |
| ۳۳- بررسی نبض کاروتید  | ۲/۷۶           | ۱۲/۷۶۸         | ۱۰/۳۳۱                       | ۴۰/۳۱۲۱           | ۳۴/۱۰۲                    | ۲/۹۰(±۱/۰۸)            | ۱/۷۵           | ۱/۳            | ۴/۷۱۴          | ۴۷/۷۱۴۰        | ۴۵/۷۱۳۷        | ۴/۳۳(±۰/۷۷)            |
| ۳۴- بررسی برجستگی ورید ژوگولار                                   | ۲/۷۶           | ۱۲/۷۶۸         | ۱۰/۳۳۱                       | ۴۰/۳۱۲۱           | ۳۴/۱۰۲                    | ۲/۳۷(±۱/۳۸)            | ۱/۷۵           | ۳/۳۱۰          | ۱۲/۳۳۷         | ۴۸/۳۱۴۸        | ۳۳/۳۱۰۰        | ۴/۰۹(±۰/۸۵)            |
| ۳۵- ارزیابی قفسه سینه  | ۱۹/۷۵۹         | ۳۱/۷۹۵         | ۱۶/۳۴۹                       | ۲۵/۷۵             | ۷/۳۲۲                     | ۲/۹۰(±۱/۲۴)            | ۲/۳۷           | ۴/۷۱۴          | ۵/۳۱۰۹         | ۱۹/۳۳۸         | ۲۰/۷۶۲         | ۲/۸۵(±۰/۸۸)            |
| ۳۶- لمس پره کورنیوم جهت بررسی PMI                                | ۶۰/۳۱۸۱        | ۱۹/۳۳۸         | ۷/۷۴۳                        | ۹/۳۲۷             | ۳/۷۱۱                     | ۱/۶۳(±۱/۱۴)            | ۳/۳۱۰          | ۶/۱۸           | ۳۳/۷۶۸         | ۴۴/۳۱۳۳        | ۱۲/۷۴۱         | ۳/۵۹(±۰/۹۱)            |
| ۳۷- سمع قلب جهت بررسی سوفل                                       | ۵۰/۳۱۵۰        | ۲۸/۸۴          | ۱۰/۷۳۲                       | ۷/۶۳۲             | ۴/۱۲                      | ۱/۸۷(±۱/۱۱)            | ۲/۳۷           | ۳/۷۱۱          | ۱۷/۵۱          | ۵۱/۳۱۵۶        | ۳۵/۷۵          | ۲/۹۳(±۰/۸۸)            |
| ۳۸- تعیین اختلال نبض رادیال و نوک قلب                            | ۴۲/۳۲۲         | ۳۷/۳۲۲         | ۱۰/۷۳۲                       | ۱۱/۷۳۵            | ۷/۳۲۲                     | ۲/۱۲(±۱/۲۸)            | ۲/۷۸           | ۲/۷۸           | ۴/۷۱۴          | ۳۱/۷۶۵         | ۲۲/۶۶          | ۲/۸۳(±۰/۹۱)            |
| ۳۹- معاینه پستانها جهت بررسی توده                                | ۱۲/۷۶۸         | ۳۳/۳۷۰         | ۱۲/۳۹                        | ۲۹/۳۷۸            | ۲۱/۶۵                     | ۲/۲۴(±۱/۳۵)            | ۲/۷۸           | ۳/۹            | ۱۱/۷۳۵         | ۵۱/۳۱۵۴        | ۳۱/۳۳۴         | ۴/۰۵(±۰/۸۸)            |
| ۴۰- آزمایش رفلکس‌های عمیق تاندونی                                | ۳۶/۷۱۰         | ۳۳/۷۶۱         | ۱۶/۷۵۰                       | ۱۴/۷۴۴            | ۸/۳۲۵                     | ۲/۳۴(±۱/۳۲)            | ۲/۷۸           | ۲/۷۸           | ۲/۷۸           | ۵۲/۳۱۶۳        | ۱۶/۷۵۰         | ۲/۸۶(±۰/۸۸)            |

Downloaded from hayat.tums.ac.ir at 2:12 IRDT on Monday June 18th 2018



**جدول ۳-** رابطه بین متغیرهای دانش- مهارت و اهمیت معاینات فیزیکی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان با استفاده از رگرسیون خطی. سال ۱۳۹۵

| متغیر                        | ضریب استاندارد B | $\rho$ | آماره آزمون  |
|------------------------------|------------------|--------|--|
| جنس                          | ۰/۰۵             | ۰/۳۲   | $r=۰/۴۷$<br>Adjusted $R^2=۰/۲۰۲$<br>R square= $۰/۲۲$ |
| میزان تحصیلات                | ۰/۱۶             | ۰/۰۰۷  |  |
| شرکت در کلاس معاینات فیزیکی  | ۰/۱۷             | ۰/۰۰۲  |  |
| گذراندن واحد درسی در دانشگاه | ۰/۰۷             | ۰/۱۹   |  |
| وضعیت استخدامی               | ۰/۰۳             | ۰/۶۲   |  |
| اهمیت معاینات فیزیکی         | ۰/۳۴             | ۰/۰۰۱  |  |

### بحث و نتیجه‌گیری

میانگین نمره دانش- مهارت پرستاران در این مطالعه نشان داد که دانش و مهارت پرستاران در معاینات رایج در مقایسه با معایناتی که کمتر توسط پرستاران استفاده می‌شود، در سطح بالاتری قرار داشته است. اکثریت آنان این معاینات را مهم تشخیص داده بودند. از طرفی بین دانش- مهارت پرستاران از معاینات فیزیکی و اهمیت این معاینات ارتباط مثبت و معناداری وجود داشته است. بدین معنی که در معایناتی که مهم‌تر تشخیص داده شده، صلاحیت و مهارت بیشتری کسب شده، به عبارت دیگر دانش و مهارت پرستاران در معاینات با اهمیت‌تر، بیشتر بوده است. بررسی مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که ۳۴٪ از تغییر نمرات دانش- مهارت ناشی از اهمیت معاینات فیزیکی می‌باشد. این نتیجه مشابه مطالعه Yamauchi (۲) نیز بوده است. افرادی که معاینات فیزیکی را بهتر می‌دانستند، آن‌ها را بیشتر به کار برده و مهارت بیشتری در زمینه اجرای آن‌ها داشتند. دانش بیشتر موجب افزایش اعتماد به نفس پرستاران در اجرای معاینات فیزیکی می‌شود (۲). از آن‌جا که توانایی آموزش به دیگران موجب یادگیری

ماندگارتر و عمیق‌تر از موضوع یادگیری می‌شود (۱۲)، بنابراین گمان می‌رود که یادگیری ناکافی مهارت‌های معاینات فیزیکی توجیه‌کننده به‌کارگیری اندک این مهارت‌ها باشد. Douglas و همکاران بیان می‌کنند که یکی از موانع اجرای معاینات فیزیکی کمبود اعتماد به نفس در پرستاران مورد مطالعه بوده است (۱۳). لیکن در مطالعه Birks و همکاران پرستاران ذکر شده که کمبود وقت و انجام معاینات توسط سایر افراد تیم درمانی عاملی برای اجرای ناکافی معاینات بوده است (۱۰). مهارت‌هایی که پرستاران دانش- مهارت بیشتری را در آن‌ها گزارش کردند شامل: کنترل علائم حیاتی، ارزیابی وضعیت هوشیاری و ذهنی، مشاهده زخم‌ها، و لمس انتهاها برای درجه حرارت بوده است که در مطالعات Birks و همکاران (۱۰)، Giddens (۱۱) و Douglas و همکاران (۱۴) نیز نتایج تقریباً مشابهی گزارش شده است (۱۰، ۱۱، ۱۴). در مطالعه Yamauchi (۲)، یکه‌فلاح و همکاران (۱۵) و شکوهی‌فر و نوروزی‌نژاد (۱۶) نیز گزارش شده است که پرستاران کنترل علائم حیاتی را به‌طور روزمره به کار برده و قادر به آموزش آن نیز بودند. شایان توجه است که در سه مورد از

معایناتی که پرستاران بیشترین نمره دانش و مهارت را دریافت کردند، بیشترین نمره اهمیت را نیز به آن‌ها اختصاص دادند. این امر می‌تواند مبین این فرضیه باشد که پرستاران معایناتی را که در تعیین وضعیت بحرانی بیماران و درک تغییر شرایط آنان بیشترین تأثیر را داشته باشد، مهم‌تر تشخیص داده و در زمینه انجام آن دانش و مهارت‌های لازم را کسب می‌نمایند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر پرستاران در دو زمان معاینات فیزیکی را در حد مطلوب اجرا می‌کنند. زمانی که آن معاینات تعیین‌کننده وضعیت‌های بحرانی بیماران باشد، مانند کنترل علائم حیاتی، ارزیابی وضعیت ذهنی بیماران، بررسی سطح هوشیاری و دیگری زمانی که انجام معاینه فیزیکی یکی از وظایف اصلی پرستاری قلمداد شود و سایر اعضای تیم درمان به اقدامات پرستاران در آن زمینه متکی باشند، مانند کنترل علائم حیاتی. بنابراین به نظر می‌رسد برای عملیاتی شدن معاینات فیزیکی در پرستاران لازم است ضمن برطرف ساختن موانع انجام آن، اجرای معاینات فیزیکی پایه پرستاری به عنوان یک وظیفه پرستاری شناخته شود و از پرستاران انتظار انجام آن برود و سپس شرایطی فراهم شود تا آن‌ها در این ارزیابی‌ها با سایر افراد تیم درمانی همگام شوند.

یکی از نتایج مهم دیگر در این مطالعه تأثیر آموزش بود. در تحلیل خام، مدرک تحصیلی بالاتر، شرکت در کلاس‌های ضمن خدمت و آموزش مداوم و گذراندن واحد درسی مربوط در دوره کارشناسی به طور معناداری موجب افزایش نمرات دانش- مهارت گزارش

شده پرستاران مورد مطالعه بود. در بررسی ارتباط دو متغیر دانش- مهارت و اهمیت با استفاده از رگرسیون چندمتغیره مشخص شد که همچنان آموزش‌های ضمن خدمت و مداوم (با قدرت پیش‌گویی ۱۷٪ از تغییر نمرات دانش- مهارت) و مدرک تحصیلی بالاتر (با قدرت ۱۶٪ پیش‌گویی نمرات دانش- مهارت) تأثیر معنادار داشتند. واقعیت آن است که در مقطع کارشناسی ارشد جهت انجام معاینات فیزیکی تأکید بیشتری وجود دارد و در این دوره واحد بررسی وضعیت سلامت مجدداً همراه با دوره کارآموزی تکرار می‌شود. همچنین تجربه‌ای که افراد کارشناس ارشد قبل از قبولی در بالین کسب نموده‌اند و نیز کسب اعتماد به نفس بیشتر به خاطر تحصیل در مقطع تحصیلی بالاتر، می‌تواند از عوامل تأثیرگذار بر این اختلاف باشد. این نتایج در مطالعات Lin و Chen (۱۷)، ادیب حاج باقری و همکاران (۱۸)، عبادی و همکاران (۱۹) نیز حمایت شده است. با استناد به نتایج مطالعه می‌توان بیان کرد که پرستاران، دانش- مهارت معاینات فیزیکی را در بالین کسب می‌نمایند که با مطالعه Yamauchi (۲) همسو و بیانگر آن است که آموزش در مقاطع بالاتر و تخصصی و تداوم آموزش پس از فراغت از تحصیل سبب افزایش مهارت‌های کسب شده و در نتیجه به‌کارگیری آن‌ها در بالین می‌شود.

از نتایج فرعی، لیکن با اهمیت مطالعه حاضر تحلیل معایناتی که پرستاران کم‌ترین نمره دانش- مهارت را از آن‌ها کسب کردند، عدم تفاوت معنادار نمرات دانش- مهارت پرستاران در بخش‌های ویژه و اورژانس‌ها با

و مدیریت این بیماران و گزارش به همکاران پزشک، ممکن است خسارت‌های جبران‌ناپذیر به دنبال داشته باشد.

پرستاران در بخش‌های مختلف بیمارستانی تفاوت معناداری در نمره دانش- مهارت نداشتند در حالی که از پرستاران در بخش‌های حاد انتظار می‌رود تا از توانمندی بیش‌تری در معاینات فیزیکی و به تبع آن تشخیص وضعیت‌های بحرانی بیماران، برخوردار باشند. لیکن نتایج مطالعه حاضر چنین نبود و لازم است به این نکته ظریف ولی با اهمیت در بررسی صلاحیت‌های بالینی پرستارانی که در بخش‌های ویژه و اورژانس‌ها به کار گمارده می‌شوند، توجه گردد. در این مطالعه زنان نسبت به مردان از دانش و مهارت کم‌تری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد تمایل دو جنس جهت انجام معاینه فیزیکی و مهارت‌های مختلف، همچنین توانمندی‌های آن‌ها متفاوت باشد. مسایل فرهنگی، احساس شرم و خجالت از انجام معاینات فیزیکی (۱۳)، نگرانی از انجام اشتباه معاینه، کمبود اعتماد به نفس (۱۳) می‌تواند از جمله عواملی باشد که بتواند کسب نمره کم‌تر دانش و مهارت را در زنان نسبت به مردان توجیه نماید. مطالعه صادقی و همکاران (۲۱) نتایج همسو و پژوهش نصیریانی و همکاران نتایجی مخالف را نشان داد (۲۲). از آن‌جا که بیش‌ترین جمعیت پرستاران در بخش‌های بیمارستان‌های کشور را زنان تشکیل می‌دهند، توجه به دلایل این اختلاف اهمیت به‌سزایی در تشخیص سریع‌تر وضعیت بیماران، ارایه مراقبت جامع و جلوگیری از وخیم شدن وضعیت بیماران با گزارش به موقع تغییرات آنان، خواهد داشت.

بخش‌های عمومی و پایین‌تر بودن نمرات دانش- مهارت زنان نسبت به مردان، بود که هر سه مورد بالا دارای اهمیت بالینی هستند که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود.

کم‌ترین نمرات دانش- مهارت در این مطالعه در سه مورد مربوط به سیستم قلب و عروق بود، در حالی که در مطالعه Giddens پرستاران در اجرای معاینات این سیستم توانایی بیش‌تری داشتند که با مطالعه حاضر نا همسو است (۱۱) اما با مطالعه ادیب حاج باقری و همکاران هم‌خوانی دارد (۸). کم‌ترین نمرات دانش- مهارت پرستاران (لمس پره کوردیوم، سمع صداهای قلب و سوفل قلبی، رفلکس عمیق تاندونی ...) مربوط به ارگان‌هایی می‌شد که عمدتاً توسط تیم پزشکی اجرا می‌شود و به نظر می‌رسد که دانش و مهارت کم‌تر در این زمینه ناشی از آن باشد که اجرای این معاینات از تیم پزشکی انتظار می‌رود و جزو وظایف پرستاران نمی‌باشد. نتیجه مطالعه حاضر در این بخش با مطالعات Anderson و همکاران (۲۰)، Yamauchi (۲) و Douglas و همکاران (۱۴) هم‌سو می‌باشد. از آن‌جا که مطالعه حاضر در بیمارستان‌های آموزشی که همواره پزشکان در رده‌های مختلف اینترن، رزیدنت و اتندینگ در بالین حضور دارند، انجام یافته است، می‌تواند دلیلی بر پایین بودن نمرات دانش- مهارت پرستاران در این معاینات باشد، زیرا نیازی به کاربرد این مهارت‌ها در بالین به طور روزمره احساس نمی‌کنند. لازم است که مدیران پرستاری به این نکته توجه نمایند که پرستاران اولین کسانی هستند که بیماران بد حال قلبی را بررسی می‌کنند و ناتوانی در تشخیص وضعیت

برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت و آموزش مداوم در زمینه انجام معاینات فیزیکی، به نیاز پرستاران برای افزایش مهارت معاینات فیزیکی پاسخ داده و یکی از موانع احتمالی به‌کارگیری ناکافی این معاینات در بالین رفع می‌شود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد، لذا نویسندگان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که با حمایت‌های خود (تصویب طرح و اختصاص کد اخلاق) زمینه انجام آن را فراهم نمودند، قدردانی می‌نمایند. همچنین نویسندگان این مقاله، تشکر صمیمانه خود را از کلیه پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق اعلام می‌دارند.

نتایج این مطالعه با در نظر داشتن محدودیت‌هایی نظیر: خودارزیابی بودن ابزار مطالعه، محدود بودن تعداد معاینات فیزیکی در پرسشنامه و نمونه‌گیری غیرتصادفی، باید مورد لحاظ قرار گیرد. توصیه می‌شود سیستم‌های مدیریت پرستاری با تأکید بیش‌تر بر مواردی که از دید پرستاران مهم قلمداد شده است، آنان را در انجام این معاینات توانمندتر ساخته و به اجرای آن‌ها ترغیب نمایند. ارزیابی نامطلوب پرستاران از وضعیت مهارت خود در معاینات فیزیکی می‌تواند به عنوان یکی از موانع انجام این مهارت‌ها در بالین باشد. علاوه بر آن لازم است مدیران پرستاری ضمن الزام پرستاران به انجام معاینات فیزیکی در راستای فرایند پرستاری صحیح، به امر آموزش این مهارت‌ها با شیوه‌های مؤثرتر اهتمام ورزند.

### منابع

- 1 - Fennessey A, Wittmann-Price RA. Physical assessment: a continuing need for clarification. Nurs Forum. 2011 Jan-Mar; 46(1): 45-50.
- 2 - Yamauchi T. Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. Nurs Health Sci. 2001 Dec; 3(4): 213-24.
- 3 - Allen K. Recognizing and managing adult patients who are critically sick. Nurs Times. 2004 Aug 31-Sep 6; 100(35): 34-7.
- 4 - PejmanKhah Sh, PejmanKhah Sh, Alavi Majd H. [The evaluation of the patients' health status by the nurses working in Tehran]. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2013; 10(1): 52-60. (Persian)
- 5 - Zambas SI, Smythe EA, Koziol-Mclain J. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: a hermeneutic pragmatic study. Int J Qual Stud Health Well-being. 2016 Jan; 11(1): 32090.
- 6 - Patarroyo-Aponte M, Colvin-Adams M. Evaluation of patients with heart failure. Cardiol Clin. 2014 Feb; 32(1): 47-62.
- 7 - Fritz D. Assessment of the respiratory system. Home Healthcare Now. 2015 Sep; 33(8): 414-8.

- 8 - Adib-Hajbaghery M, Safa A, Fazel Darbandi AR. [Nurses' self-assessment of skills in the cardiovascular physical examination]. *Medical - Surgical Nursing Journal*. 2013; 2(1,2): 19-25. (Persian)
- 9 - Khoran M, Alhani F, Hajizadeh E. [Nurses' self-assessment for pediatric physical examination skills]. *Iranian Journal of Pediatric Nursing (JPEN)*. 2016; 3(2): 1-9. (Persian)
- 10 - Birks M, Cant R, James A, Chung C, Davis J. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian*. 2013; 20(1): 27-33.
- 11 - Giddens JF. A survey of physical assessment techniques performed by RNs: lessons for nursing education. *J Nurs Educ*. 2007 Feb; 46(2): 83-7.
- 12 - Fiorella L, Mayer RE. The relative benefits of learning by teaching and teaching expectancy. *Contemporary Educational Psychology*. 2013; 38(4): 281-8.
- 13 - Douglas C, Osborne S, Reid C, Batch M, Hollingdrake O, Gardner G. What factors influence nurses' assessment practices? Development of the Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale. *J Adv Nurs*. 2014 Nov; 70(11): 2683-94.
- 14 - Douglas C, Windsor C, Lewis P. Too much knowledge for a nurse? use of physical assessment by final-semester nursing students. *Nurs Health Sci*. 2015 Dec; 17(4): 492-9.
- 15 - Yekkeh Fallah L. [Evaluation of quality and nursing skills in emergency department]. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2006; 16(1): 39-42. (Persian)
- 16 - Shokohi Far N, Nowrouzi Neajad M. [Assessment of nursing skills in emergency department in Sabzevar]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2000; 3(1): 23-8. (Persian)
- 17 - Lin MC, Chen CH. An investigation on the nursing competence of southern Taiwan nurses who have passed N3 case report accreditation. *J Nurs Res*. 2004 Sep; 12(3): 203-12.
- 18 - Adib-Hajbaghery M, Salami M, Ahmadi F. [The concept of professional power in nursing]. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2004; 8(1): 9-19. (Persian)
- 19 - Ebadi A, Yousefi Goshtasb Sh, Khaghanizadeh M, Hosseini SMJ, Raeisifar A, Masoumi M, et al. Comparison the effect of conventional and distance training on nurses' clinical skills. *Journal of Military Medicine*. 2010; 12(2): 71-74.
- 20 - Anderson B, Nix E, Norman B, McPike HD. An evidence based approach to undergraduate physical assessment practicum course development. *Nurse Educ Pract*. 2014 May; 14(3): 242-6.
- 21 - Sadeghi T, Ravari A, Shahabinejad M, Hallakoei M, Shafiee M, Khodadadi H. [Performing of OSCE method in nursing students of Rafsanjan University of medical science before entering to clinical field in year 2010: a process for quality improvement]. *Community Health Journal*. 2012; 6(1,2): 1-8. (Persian)
- 22 - Nasiriani Kh, Farnia F, Salimi T, Shahbazi L, Motavasselian M. [Nursing graduates' self-assessment of their clinical skills acquired in medical-surgical wards]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2006; 6(1): 93-100. (Persian)

# Correlation between knowledge-skill and the importance of physical assessments in nurses: A descriptive correlational study

Mohammad Reza Zeid Abadi\* (MSc.) - Zahra Ghazanfari\*\* (MSc.) - Om Salimeh Roudi Rasht Abadi\*\*\* (MSc.).

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Jan. 2017  
Accepted: Mar. 2017  
e-Published: 14 May 2017

**Background & Aim:** Patients' assessment is fundamental to nursing practice and the more precise assessment nurses can perform, the better outcomes patients can achieve. Better practice requires suitable knowledge, skills and attitude regarding the importance of physical assessment. This study aimed to determine correlation between knowledge-skill and the importance of physical assessment in nurses employed in hospitals.

**Methods & Materials:** In this descriptive correlational study, 300 nurses employed in the medical, surgical, ICU and CCU wards of hospitals affiliated to Kerman University of medical sciences, were chosen conveniently in 2016. The data collecting instrument included demographic data, knowledge-skill and the importance of physical assessment items. Data were analyzed by the SPSS software version 19 using correlation coefficient test, linear regression and ANOVA.

**Results:** The mean score of knowledge-skill was  $3.14(\pm 0.74)$  and the median (mode) score of importance was  $4(0.52)$ . There was a significant and positive correlation between knowledge-skill and the importance of physical assessment. The nurses had higher knowledge-skill scores for those skills that they had considered more important. The most effective variable on the correlation between knowledge-skill and importance was education.

**Conclusion:** Nurses' self-assessment of their skills in performing physical assessment was at a low level but they considered all skills important. Effective educational programs can fulfill the nurses' needs for physical assessment skills.

**Key words:** physical assessment, nurses, self-assessment, knowledge, skill

Corresponding author:  
Om Salimeh Roudi Rasht Abadi  
e-mail:  
fatroody@yahoo.com

### Please cite this article as:

- Zeid Abadi MR, Ghazanfari Z, Roudi Rasht Abadi OS. [Correlation between knowledge-skill and the importance of physical assessments in nurses: A descriptive correlational study]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2017; 23(1): 86-99. (Persian)

\* MSc. in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

\*\* Instructor, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Member of Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

\*\*\* Ph.D Candidate of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Member of Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman Iran