

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به کنترل عفونت در سال ۱۳۹۶

علی‌رضا یوسفی^۱، زهرا کاووسی^۲، احمد صادقی^{۳*}، ریحانه هادی برق طلب^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۸/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: عفونت‌های بیمارستانی یکی از معضلات بیمارستان‌ها در تمامی کشورهای است. پرستار به عنوان یکی از اعضاً تیم مراقبت‌های بهداشتی درمانی نقشی حیاتی در کنترل و پیشگیری از این عفونت‌ها دارد. در این مطالعه آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به کنترل عفونت بررسی شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۹۶ در شیراز انجام شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بوده که از بین آن‌ها ۳۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه از بین ۱۰ بیمارستان انتخاب گردید. داده‌ها از طریق پرسشنامه گردآوری و توسط آزمون‌های آماری ANOVA-Test و ضربی همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS²³ تحلیل گردید.

یافته‌ها: نمره آگاهی ($12/15 \pm 1/21$)، نگرش ($14/24 \pm 1/64$) و عملکرد ($82/79 \pm 8/27$) پرستاران در زمینه کنترل عفونت در وضعیت خوبی قرار داشت. بین متغیرهای آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران مورد مطالعه در زمینه کنترل عفونت همبستگی مستقیم و معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0.05$). بین عملکرد با وضعیت تأهیل ($P = 0.001$) همچنین آگاهی با سطح تحصیلات پرستاران ($P = 0.000$) ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: علیرغم اینکه نمره آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه کنترل عفونت در وضع مناسبی قرار داشته ولی در عین حال لزوم برگزاری دوره‌های آموزش مداوم جهت افزایش میزان آگاهی و تقویت نگرش‌های مثبت در آن‌ها و اصلاح برخی عملکردهای اشتباه درنتیجه باورهای غلط برای پرستاران و سایر پرستار درمانی در بیمارستان‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: آگاهی، نگرش، عملکرد، عفونت بیمارستانی، پرستار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۹۸، آذر ۱۳۹۶، ص ۶۷۹-۶۶۷

آدرس مکاتبه: خراسان شمالی، اسفراین، خیابان امام رضا (ع)، معاونت آموزشی دانشکده علوم پزشکی، گروه بهداشت عمومی، تلفن: ۰۵۸۳۷۷۲۳۸۷۵۷

Email: Ahmadsadeghi1363@gmail.com

مقدمه

عفونت‌های بیمارستانی یکی از معضلات بیمارستان‌ها در تمامی کشورهای است. این عفونت‌ها درنتیجه اقامت در بیمارستان یا اماکنی مشابه به‌طور ثانویه در بیماران ایجاد می‌شود. عفونت‌های بیمارستانی ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از بستری و حداقل ۶ هفته پس از ترخیص بدون احتساب دوره کمون بیماری، برای اولین بار در فرد ایجاد می‌شوند؛ البته به شرطی که در زمان پذیرش، فرد علائم آشکار عفونت را نداشته باشد^(۱). چنین عفونت‌هایی می‌توانند

منجر به ایجاد عوارض دائمی، افزایش طول مدت بستری، افزایش شدید هزینه‌های درمان، ایجاد نارضایتی بیمار و همراهان وی و حتی مرگ شوند^(۲). که خطر بروز آن حتی در مجهرزترین و مدرن‌ترین بیمارستان‌های کشورهای پیشرفته هم وجود دارد^(۳). در این خصوص عوامل متعددی در ارتباط با بروز عفونت‌های بیمارستانی مطرح می‌باشند. از جمله عوامل مداخله‌گری که می‌توان آن‌ها را با درمان اصولی بیمار به حداقل رساند شامل مدت‌زمان طولانی بستری شدن، استفاده نابجا از آنتی‌بیوتیک‌ها، استفاده نادرست از کانترهای

^۱ دانشجویی دکترای تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۲ دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۳ استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ دانشجوی کارشناسی، فناوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

به کارگیری اصول احتیاط استاندارد، رعایت بهداشت دست، پیشگیری از تماس اتفاقی دست با سرسوزن، اجتناب از مواجهه با ترشحات و به کارگیری موازین پیشگیری نقش منحصر به فردی در کنترل و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی دارد. به همین دلیل باید پرستاران اطلاعات علمی صحیح و کافی از انواع عفونت‌های بیمارستانی و روش‌های پیشگیری از ایجاد آن‌ها داشته باشند. باید باورها، گرایشات آنان نسبت به رعایت این موارد تقویت شود تا بتوانند بیماران را از ابتلا به این عفونتها محافظت نموده و هر چه سریع‌تر به خانواده و اجتماع بازگردانند^(۴).

مطالعات انجام شده در زمینه سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. نتایج مطالعه انجام شده در بیمارستان امام حسین (ع) تهران بیانگر داشت محدود و عملکرد نامناسب مدیران و مسئولین در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی و رعایت بهداشت دست بوده است^(۱۶). در پژوهشی دیگر، آگاهی سپوراژیرهای پرستاری در مورد عفونت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های ارتش در حد مناسب گزارش گردید^(۱۷). نتایج مطالعه مشابه در ایتالیا نیز بیانگر آن بوده که آگاهی و نگرش پرستاران نسبت به عفونت‌های بیمارستانی به ترتیب ۵۸ و ۸۰ درصد بوده است^(۱۸).

با توجه به نتایج مختلف مطالعات انجام شده و همچنین عوارض عفونت‌های بیمارستانی و هزینه‌های مازادی که بر نظامهای سلامت تحمیل می‌شود، بدیهی است که پرستار به عنوان بخشی از منابع انسانی نظام سلامت نقش کلیدی را در ارتقاء سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند. همچنین با توجه به اینکه آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه بهداشتی نقش مهمی در تأمین سلامت فرد و نهایتاً جامعه ایفا می‌کند و با عنایت به اهمیتی که عفونت‌ها و کنترل عفونت دارد لازم است که میزان آگاهی پرستاران در این زمینه سنجیده شود^(۱۹). لذا این پژوهش باهدف بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به کنترل عفونت در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در انجام پذیرفت تا با استفاده از یافته‌های آن گامی اثربخش در جهت افزایش آگاهی پرسنل پرستاری از میزان و نوع عفونت‌های بیمارستانی و درنتیجه کاهش شیوع عفونت‌های بیمارستانی برداشته شود.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ در شیراز انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۲۹۴۳ نفر) بوده که از بین آن‌ها ۳۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید.

ساکشن، امتناع پرسنل مراقبت‌های بهداشتی از شستن دست‌ها و عدم استفاده از فن‌های استریل در انجام رویه‌های درمانی هستند^(۴). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، سالانه ۱/۷ میلیون عفونت بیمارستانی رخ می‌دهد و از هر ۲۰ نفر دچار عفونت بیمارستانی می‌شود که این اتفاق سالانه موجب مرگ ۹۹ هزار نفر شده و علی‌رغم آنکه حدود ۲۶-۳۲ میلیون دلار هزینه به جامعه تحمیل می‌کند^(۵). در پژوهشی که در سال ۲۰۱۵ در کلمبیا صورت گرفته، هزینه‌های بیمارستانی افراد مبتلا به عفونت بیمارستانی حدود شش برابر بقیه بیماران بوده است^(۶).

عفونت‌های بیمارستانی در ایالات متحده آمریکا تقریباً باعث مرگ ۸۰ هزار نفر در سال می‌شود^(۷). به گونه‌ایی که در این کشور هر روز ۲۴۷ نفر بر اثر عفونت‌های بیمارستانی جان خود را از دست می‌دهند و از هر ۱۳۶ بیمار بستری شده، یک نفر به علت عفونت بیمارستانی بشدت بیمار می‌شود^(۸). این در حال توسعه سالانه ۲-۴ میلیون عفونت بیمارستانی رخ می‌دهد و یاردهمین علت مرگ‌ومیر بیمارستانی محسوب می‌شود^(۹). در ایران نیز میزان این عفونت‌ها از حداقل ۱/۹ تا بیش از ۲۵ درصد گزارش شده است^(۴). مطالعات انجام شده در ایران در زمینه شیوع عفونت‌های بیمارستانی و افزایش مدت بستری و هزینه‌های همراه با این عفونت‌ها نشان می‌دهد که این عفونت‌ها از مهم‌ترین عوامل ایجاد‌کننده مشکلات پزشکی، اجتماعی و اقتصادی کشور هستند. بنابراین افزایش روزافزون عفونت‌های بیمارستانی و هزینه‌های بالایی که به دنبال خواهد داشت منجر به تدوین اصول احتیاطات استاندارد شده است^(۱۰). چراکه این اصول مقیاس پایه در کنترل عفونت بیمارستانی می‌باشد^(۱۱). کاهش خطر اکتساب عفونت توسط بیماران، کارکنان بیمارستان، همراهان بیمار و پیشگیری از انتقال عفونت توسط پرسنل بیمارستان و همراهان بیمار از جمله اهداف اصلی برنامه‌های کنترل عفونت‌های بیمارستانی می‌باشند^(۱۲). در این زمینه و جهت پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی، به یک نظام مدیریت یکپارچه و متحده در بیمارستان نیاز می‌باشد. اجزای ساختار سازمانی برای دستیابی به این هدف، تضمین کیفیت و اینمنی بیمار است که از ابزارهای مدیریت در رابطه با معیارهای کنترل عفونت می‌باشد^(۱۳). از سوی دیگر پیشگیری از این عفونت‌ها مسئله‌ای است که توجه به سه مفهوم آگاهی، نگرش و عملکرد را می‌طلبد^(۱۴) و در واقع از جمله روش‌های تضمین‌کننده کنترل عفونت افزایش آگاهی و نگرش و بهبود عملکرد پرسنل می‌باشد^(۱۵). پرستار به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی با اقداماتی نظیر ضدغوفونی کردن مناسب پوست، استفاده از دستکش و ماسک، تجویض به موقع ست‌های انفوژیون، جداسازی مناسب بیماران،

محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت. از معیارهای ورود به مطالعه، تمایل به شرکت در مطالعه و اشتغال در بخش‌های مختلف بالینی بیمارستان‌های موردنرسی، و معیار خروج، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و اشتغال در بخش‌های غیر بالینی نظیر بخش‌های اداری و مالی بیمارستان‌ها بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، ورود افراد به مطالعه و پر کردن فرم‌های پرسشنامه کاملاً داوطلبانه و تنها در صورت تمایل فرد انجام گردید. پس از اخذ مجوزهای موردنیاز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و توجیه شرکت‌کنندگان نسبت به اهداف طرح، در مورد اصل محرمانه بودن پاسخ‌ها تأکید گشته و رضایت شفاهی از آن‌ها کسب گردید. سپس پرسشنامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی بهصورت حضوری در بین پرستاران بیمارستان‌های موردمطالعه توزیع شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های t-test و ANOVA جهت بررسی ارتباط متغیرهای آگاهی، نگرش و عملکرد با مشخصات دموگرافیک پرستاران و ضریب همبستگی پیرسون بهمنظور تعیین همبستگی بین سه متغیر مذکور در قالب نرمافزار SPSS²³ و در سطح معنی‌داری $\alpha=0.5$ تحلیل گردید.

یافته‌ها

از ۳۴۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۲۴ پرسشنامه بهطور کامل تکمیل و مورد تحلیل قرار گرفت (نرخ پاسخگویی ۹۵/۷۹ درصد). میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه $29/98 \pm 7/4$ سال و اکثر آن‌ها $55/25$ درصد (در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال بودند). میانگین سابقه کاری $60/2 \pm 6/24$ سال و اکثر آن‌ها $68/83$ درصد (دارای سابقه کمتر از ۱۰ سال بودند) درصد مشارکت‌کنندگان زن و بقیه مرد بودند. بیشتر پاسخگویان دارای تحصیلات کارشناسی $85/49$ درصد) و استخدام طرحی $34/57$ درصد بودند. جدول ۱ توزیع فراوانی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه را نشان می‌دهد.

جهت توزیع این تعداد حجم نمونه بین هر یک از بیمارستان‌ها از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای مناسب با حجم جامعه استفاده شد و ۳۴۰ نفر بین ۱۰ بیمارستان بر اساس کد پرسنلی آنان و استفاده از تعیین‌شده در هر بیمارستان بر اساس کد پرسنلی آنان و استفاده از جدول اعداد تصادفی بهصورت تصادفی ساده انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها و توصیف دیدگاه پرسنل سازمان، از پرسشنامه استفاده گردید. بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ی موردمطالعه و قسمت دوم سوالات اختصاصی مربوط به آگاهی (سؤال)، نگرش (سؤال ۱۷) و عملکرد (سؤال ۵۸) در زمینه‌های ماهیت عفونت، روش انتقال، منبع عفونت بهداشتی، جلوگیری و کنترل عفونت بود. جهت نمره دهی سوالات مربوط به آگاهی و نگرش از طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، نظری ندارم=۳، موافق=۴، کاملاً موافق=۵) استفاده گردید. بر این اساس، میانگین نمره آگاهی در چهار دسته ضعیف ($58-58$)، متوسط ($58-87$)، خوب ($87-116$) و عالی ($116-145$) طبقه‌بندی گردید. میانگین نمره نگرش نیز در چهار طبقه ضعیف ($17-34$)، متوسط ($34-51$)، خوب ($51-68$) و عالی ($68-85$) قرار گرفت. همچنین جهت سنجش عملکرد از پاسخ‌های ۳ گزینه‌ای (هرگز=۱، گاهی اوقات=۲ و همیشه=۳) استفاده شد که میانگین امتیاز عملکرد بهصورت ضعیف ($58-87$)، متوسط ($87-116$)، خوب ($116-145$) و عالی ($145-174$) دسته‌بندی شد. بهمنظور تأیید روایی پرسشنامه از اعتبار محتوایی استفاده شده است. بدین ترتیب پرسشنامه توسط ۶ نفر از متخصصین رشته مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بازبینی و مورد تأیید قرار گرفت.

جهت سنجش باپایی پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور یک نمونه اولیه شامل ۴۰ پرسشنامه پیش‌آزمون گردید و سپس با استفاده از داده‌های بهدست‌آمده از این پرسشنامه‌ها، میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ $0/821$

جدول (۱): توزیع فراوانی پرستاران موردمطالعه بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

متغیر	طبقه	فراآنی	درصد
	<۳۰	۱۷۹	۵۵/۲۵
سن (سال)	۳۰-۴۰	۱۰۶	۳۲/۷۲
	>۴۰	۳۹	۱۲/۰۳
جمع	-----	۳۲۴	۱۰۰
	<۱۰	۲۲۳	۶۸/۸۳
سابقه خدمت (سال)	۱۰-۲۰	۷۵	۲۳/۱۵
	>۲۰	۲۶	۸/۰۲

متغير	طبقه	فراؤاني	درصد
جمع	-----	٣٢٤	١٠٠
جنسیت	مرد	١٢١	٣٧/٣٥
	زن	٢٠٣	٦٢/٦٥
جمع	-----	٣٢٤	١٠٠
وضعیت تأهل	مجرد	١٥٥	٤٧/٨٤
	متاهل	١٦٩	٥٢/١٦
جمع	-----	٣٢٤	١٠٠
سطح تحصیلات	کارشناسی	٢٧٧	٨٥/٤٩
	کارشناسی ارشد	٤١	١٢/٦٦
	دکترا (Ph.D)	٦	١/٨٥
جمع	-----	٣٢٤	١٠٠
وضعیت استخدامی	قراردادی	٧٣	٢٢/٥٣
	طرحی	١١٢	٣٤/٥٧
	رسمي	٦٩	٢١/٢٩
	پیمانی	٤٣	١٣/٢٧
	شرکتی	٢٧	٨/٣٤
	-----	٣٢٤	١٠٠
جمع	-----	٣٢٤	١٠٠

نموده (۱/۱۷) را به خود اختصاص داد. در بین ابعاد نگرش، بیشترین نمره مربوط به بعد "ضرورت مشارکت کلیه اعضاء" تیم پژوهشکی در پیشگیری از عفونت‌ها" با میانگین 0.82 ± 0.04 بیشترین و کمترین نمره نیز مربوط به "وجود تیم تخصصی در بیمارستان‌ها جهت کنترل عفونت" (۱/۲۶) بود (جدول ۲ و ۳).

میانگین نمره آگاهی و نگرش پرستاران موردمطالعه در خصوص کنترل عفونت به ترتیب $12/15 \pm 8/27$ و $10/41 \pm 8/27$ بودند. دست آمد که نشان دهنده وضعیت خوب برای هر دو متغیر می باشد. در میان مؤلفه های آگاهی، مؤلفه "قرار دادن نیدل های استفاده شده پس از تزریق در ظرف مخصوص" بیشترین نمره ($4/65 \pm 0/63$) و مؤلفه "استفاده از عینک های محافظ در طول عمل جراحی" کمترین

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی پرستاران موردمطالعه و ابعاد آن در زمینه کنترل عفونت

متغیر	ابعاد	انحراف معیار	میانگین
۰/۶۱	۴/۵۰	۰/۶۱	مهم‌ترین عامل در کاهش عفونت‌های بیمارستانی شستن دست‌ها است.
۰/۷۰	۴/۳۷	۰/۷۰	استفاده از دستکش و ماسک و عینک‌های محافظت خطر عفونت را کم می‌کند.
۱/۱۷	۲/۱۶	۱/۱۷	استفاده از عینک‌های محافظت در طول عمل جراحی لازم است.
۱/۱۶	۲/۴۴	۱/۱۶	عفونت‌های زخم جراحی شایع‌ترین عفونت‌های بیمارستانی هستند.
۱/۱۰	۲/۳۱	۱/۱۰	استفاده از گان محدود به مواردی است که احتمال آلوگی واضح وجود دارد.
۰/۶۳	۴/۶۵	۰/۶۳	نیدلهای استفاده شده را بعد از تزریق باید در ظرف مخصوص قرار داد.
۰/۸۶	۴/۲۷	۰/۸۶	دست‌های آلوه پرسنل بیشترین نقش را در انتقال عفونت بیمارستانی دارند.
۰/۹۹	۳/۹۲	۰/۹۹	ماسک و عینک باید وقتی استفاده شود که احتمال ترشح مایعات بدن وجود دارد.
۰/۹۷	۲/۶۲	۰/۹۷	احتمال عفونت بیمارستانی در بیماران بستری در بخش ICU بیش از ۵٪ است.

متغیر	ابعاد	انحراف معیار	میانگین
احتیاط‌های عمومی فقط در مورد بیماران مبتلا به ایدز و هپاتیت کاربرد دارد.		۲/۴۲	۱/۲۸
عفونت‌های بیمارستانی عفونت‌هایی هستند که ۴۸ ساعت پس از بستری به وجود آیند.		۴/۰۷	۰/۹۷
دست‌ها باید قبل از استفاده از دستکش شسته شوند.		۴/۰۹	۰/۹۹
ماسک باید برای مراقبت از هر بیمار تعویض شود.		۳/۶۷	۱/۱۷
کاربرد روش‌های صحیح کنترل عفونت خطر عفونت را در پرسنل می‌کاهد.		۴/۳۱	۰/۸۴
مهم‌ترین عامل در کاهش عفونت‌ها استفاده از ضدغونی‌کننده با غلظت بالا است.		۳/۳۹	۱/۰۸
دست‌ها باید بعد از درآوردن دستکش شسته شوند.		۴/۰۹	۱/۰۲
برای ساکشن ترشحات حلق و تراشه از یک نوع سر ساکشن می‌توان استفاده کرد.		۲/۸۸	۱/۳۵
برای انجام چند پانسمان می‌توان از یک ست پانسمان استفاده کرد.		۲/۴۴	۱/۲۹
برای انجام پانسمان استفاده از ماسک ضروری نیست.		۲/۹۲	۱/۷۶
استفاده از سوزن فولادی به جای کاترهای پلاستیکی خطر عفونت را کم می‌کند.		۲/۹۶	۱/۰۲
تعویض کانول وریدی هر ۲۴ تا ۴۸ ساعت یکبار ضروری است.		۳/۳۷	۱/۱۸
محل تزریق وریدی باید توسط پوشش استریل پوشانده شود.		۳/۷۹	۱/۰۹
احتیاط‌های عمومی باید برای همه بیماران صرف‌نظر از نوع بیماری به کار رود.		۴/۳۱	۰/۷۶
بیماران آلوده به HIV می‌توانند در بخش‌های عمومی مراقبت شوند.		۳/۱۷	۱/۲۳
تعویض لوله‌های ونتیلاتور بعد از ۲۴ تا ۴۸ ساعت موجب کاهش عفونت می‌شود.		۳/۶۸	۰/۹۶
استفاده از ست انفوژیون تا سه روز مجاز است و تعویض روزانه توصیه نمی‌شود.		۳/۷۲	۱/۰۶
در موارد تزریق خون یا فرآورده خونی بعد از اتمام تزریق باید ست عوض شود.		۴/۲۰	۰/۹۴
در بیماری که مدت کمتر از ۱ هفته سونداش شود تعویض کاتر ضروری نیست.		۳/۵۶	۱/۱۷
احتمال ایجاد عفونت در سونداش مستقیم و مکرر کمتر از نوع مداوم است.		۳/۳۱	۱/۲۱
کل		۱۰۴/۷۱	۱۲/۱۵

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار نمره نگرش پرستاران موردمطالعه و ابعاد آن در زمینه کنترل عفونت

متغیر	ابعاد	انحراف معیار	میانگین
اصلاح روش‌های انجام پروسیجرها عامل مهم کنترل عفونت است.		۴/۱۸	۰/۷۶
آگاهی پرستاران از روش‌های کنترل عفونت موجب کاهش عفونت است.		۴/۳۳	۰/۷۶
پرستاران ما آگاهی لازم را در مورد روش‌های کنترل عفونت ندارند.		۲/۸۳	۱/۲۱
بالا بودن هزینه‌های کنترل عفونت مانع برای کنترل عفونت‌ها است.		۳/۱۹	۱/۱۶
جهت ارائه بهتر روش‌های کنترل عفونت دوره‌های خاص لازم است.		۴/۰۰	۰/۸۶
عوارض عفونت‌های بیمارستانی مشکل‌ساز و جدی است.		۴/۲۴	۰/۸۲
مشارکت کلیه اعضاء تیم پزشکی در پیشگیری از عفونت‌ها ضروری است.		۴/۳۴	۰/۸۲
آموزش روش‌های کنترل عفونت برای پرستاران لازم است.		۴/۲۳	۰/۸۸
وجود تیم تخصصی در بیمارستان‌ها جهت کنترل عفونت لازم نیست.		۲/۷۷	۱/۲۶
لازم است که پرستاران از نحوه شیوه عفونت‌ها آگاهی داشته باشند.		۴/۲۹	۰/۸۰
بهتر است قبل از انجام عمل جراحی، موارد عفونی غربال‌گری شوند.		۴/۱۸	۰/۸۶
تقریباً همه عفونت‌های بیمارستانی با حوادث قابل‌پیشگیری اتفاق می‌افتد.		۳/۵۰	۱/۰۶
انتقال عفونت‌های بیمارستانی از کارکنان بهداشتی به بیمار نادر است.		۲/۷۸	۱/۱۴
به نظر من فقط پرستاران داوطلب باید از بیماران عفونی مراقبت کنند.		۲/۷۹	۱/۲۳

نگرش

متغیر	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
با کسب اطلاعات کافی در رابطه با عفونت‌ها می‌توان اینمی کسب کرد.	با کسب اطلاعات کافی در رابطه با عفونت‌ها می‌توان اینمی کسب کرد.	۲/۹۳	۰/۹۵
به نظر من در حال حاضر کنترل عفونت به نحو احسن صورت می‌گیرد.	به نظر من در حال حاضر کنترل عفونت به نحو احسن صورت می‌گیرد.	۳/۲۰	۱/۰۹
جهت ارتقاء روش‌های کنترل عفونت به تحقیقات بیشتری نیاز است.	جهت ارتقاء روش‌های کنترل عفونت به تحقیقات بیشتری نیاز است.	۳/۹۶	۰/۸۸
کل	کل	۶۲/۷۹	۸/۲۷

دارد. در میان ابعاد عملکرد، بعد "انداختن سرنگ در سطل مخصوص" بیشترین نمره ($0/۳۲ \pm ۰/۶۵$) و مؤلفه "استفاده از بتادین در شستشوی زخم" کمترین نمره ($0/۷۸ \pm ۰/۸۹$) را به خود اختصاص داد (جدول ۴).

در جدول شماره ۴ نمره عملکرد پرستاران در زمینه کنترل عفونت و مؤلفهای آن نشان داده شده است. طبق یافته‌ها، میانگین نمره عملکرد شرکت‌کنندگان در مطالعه نسبت به کنترل عفونت، $۱۴/۲۴ \pm ۱۴/۶۴$ بوده است که نشان از وضعیت خوب این متغیر

جدول (۴): میانگین و انحراف معیار نمره نگرش پرستاران مورد مطالعه و ابعاد آن در زمینه کنترل عفونت

متغیر	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
شستشوی دست			
آب‌کشی همه‌ی قسمت‌های دست		۲/۵۹	۰/۴۰
استفاده از ۳-۵ سی سی صابون مایع		۲/۵۴	۰/۴۵
آغشته کردن دست با صابون با حرکات منظم		۲/۶۲	۰/۳۸
شستن کامل پشت و کف دست		۲/۶۱	۰/۴۱
شستن کامل ناخن‌ها و انگشت‌ها		۲/۵۸	۰/۴۳
استفاده از صابون آنتی‌میکروبیال قبل از پروسیجر تهاجمی		۲/۴۳	۰/۵۹
خشک کردن دست با حوله‌ی تمیز یا دستمال		۲/۵۶	۰/۴۷
استفاده از صابون آنتی‌میکروبیال بعد از پروسیجر تهاجمی		۲/۴۲	۰/۶۱
انجام پانسمان			
شستشوی دست قبل از انجام پانسمان		۲/۵۲	۰/۴۸
برداشتن پانسمان کثیف با دستکش		۲/۵۵	۰/۴۷
انداختن پانسمان کثیف و دستکش‌ها در ظرف		۲/۴۶	۰/۶۴
استفاده از یک ست برای هر بیمار		۲/۴۷	۰/۶۲
استفاده از ماسک		۲/۳۷	۰/۵۵
استفاده از دستکش استریل		۲/۵۰	۰/۴۸
رعایت تکنیک استریل در بازکردن ست		۲/۵۲	۰/۳۵
رعایت تکنیک استریل در پوشیدن دستکش		۲/۶۴	۰/۳۹
قراردادن رسیور در زیر محل زخم		۲/۴۳	۰/۴۹
شستشوی زخم از مرکز به محیط		۲/۴۵	۰/۵۸
استفاده از بتادین در شستشوی زخم		۱/۸۹	۰/۷۸
خشک کردن زخم با استفاده از گاز استریل		۲/۶۰	۰/۴۱
قراردادن یک لایه گاز استریل روی زخم		۲/۶۲	۰/۳۹
درآوردن دستکش به صورت وارونه		۲/۶۲	۰/۴۱
قراردادن دستکش در ظرف زباله‌های طبی		۲/۵۵	۰/۵۳
شستشوی دست بعد از انجام پانسمان		۲/۶۲	۰/۳۹

متغیر	بعداد	میانگین	انحراف معیار
تزریق وریدی			
		---	---
شستن دست قبل از تزریق	۰/۵۸	۲/۴۰	۰/۵۸
پوشیدن دستکش یکبار مصرف	۰/۵۸	۲/۴۱	۰/۵۸
تمیز کردن دریچه برانول با الکل قبل از تزریق	۰/۵۹	۲/۴۳	۰/۵۹
نگذاشتند در پوش سرنگ بعد از تزریق	۰/۵۷	۲/۴۷	۰/۵۷
انداختن سرنگ در ظرف مخصوص	۰/۳۴	۲/۶۴	۰/۳۴
درآوردن دستکش	۰/۴۲	۲/۶۰	۰/۴۲
انداختن دستکش در ظرف مخصوص	۰/۳۸	۲/۶۳	۰/۳۸
شستن دست‌ها بعد از تزریق	۰/۴۲	۲/۵۸	۰/۴۲
تعبيه برانول			
		---	---
شستشوی دست قبل از پروسیجر	۰/۴۶	۲/۳۹	۰/۴۶
رعایت تکنیک استریل در هنگام بازکردن	۰/۴۲	۲/۴۶	۰/۴۲
رعایت تکنیک استریل در هوایگیری سرم	۰/۴۰	۲/۴۷	۰/۴۰
زدن برچسب زمان روی سرم	۰/۴۰	۲/۴۶	۰/۴۰
زدن برچسب زمان روی ست سرم	۰/۴۲	۲/۴۴	۰/۴۲
انتخاب محل فاقد مو	۰/۴۹	۲/۲۹	۰/۴۹
پوشیدن دستکش طبی	۰/۵۳	۲/۳۲	۰/۵۳
ضدغفعونی محل ورود برانول با الکل	۰/۴۹	۲/۳۹	۰/۴۹
ضدغفعونی محل ورود برانول با بتادین	۰/۷۵	۲/۰۲	۰/۷۵
ضدغفعونی با استفاده از حرکات چرخشی	۰/۴۹	۲/۳۴	۰/۴۹
پوشاندن محل ورود برانول با پانسمان	۰/۵۸	۲/۲۹	۰/۵۸
نوشتن تاریخ روی پانسمان	۰/۴۶	۲/۴۲	۰/۴۶
درآوردن دستکش به صورت وارونه	۰/۳۷	۲/۴۷	۰/۳۷
انداختن دستکش در سطلهای طبی	۰/۴۶	۲/۴۲	۰/۴۶
شستن دست‌ها بعد از تزریق	۰/۴۳	۲/۴۱	۰/۴۳
ساکشن			
		---	---
شستن دست‌ها قبل از ساکشن	۰/۴۷	۲/۳۵	۰/۴۷
بازکردن بسته‌بندی با تکنیک استریل	۰/۴۰	۲/۴۹	۰/۴۰
قراردادن ظرف استریل بیرون ست	۰/۵۷	۲/۳۴	۰/۵۷
ریختن سالین استریل درون ظرف استریل	۰/۴۱	۲/۴۳	۰/۴۱
پوشیدن دستکش استریل	۰/۳۶	۲/۴۸	۰/۳۶
گرفتن سر سوند ساکشن با دست غالب	۰/۴۵	۲/۴۶	۰/۴۵
وصل کردن سر سوند با دست غیر غالب	۰/۴۷	۲/۴۳	۰/۴۷
تمیز کردن سر سوند با سالین استریل	۰/۴۲	۲/۴۷	۰/۴۲
درآوردن دستکش به صورت وارونه	۰/۳۴	۲/۵۱	۰/۳۴
انداختن دستکش در سطلهای طبی	۰/۳۲	۲/۶۵	۰/۳۲
شستن دست‌ها بعد از انجام ساکشن	۰/۳۶	۲/۵۰	۰/۳۶

متغیر	ابعاد	کل	میانگین	انحراف معیار
۱۴/۲۴	۱۴۱/۶۴			

نتایج نشان داد که نمره آگاهی، نگرش و عملکرد اکثر مشارکت‌کنندگان در مطالعه درزمنه کنترل عفونت‌های بیمارستانی و راههای پیشگیری از آن در سطح خوبی ارزیابی شده است (جدول ۵).

جدول (۵): توزیع فراوانی واحد موردنبررسی بر اساس سطح آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه کنترل عفونت

متغیر	سطح	فرافانی (درصد)
آگاهی	ضعیف (۲۹-۵۸)	۰(۰)
	متوسط (۵۸-۸۷)	۸(۳/۱۵)
	خوب (۸۷-۱۱۶)	۲۰۴(۸۰/۳۲)
	عالی (۱۱۶-۱۴۵)	۴۲(۱۶/۵۳)
نگرش	ضعیف (۱۷-۳۴)	۱(۰/۴۰)
	متوسط (۳۴-۵۱)	۸(۳/۱۵)
	خوب (۵۱-۶۸)	۱۸۹(۷۴/۴۱)
	عالی (۶۸-۸۵)	۵۶(۲۲/۰۴)
عملکرد	ضعیف (۵۸-۸۷)	۱(۰/۴۰)
	متوسط (۸۷-۱۱۶)	۱۰(۳/۹۲)
	خوب (۱۱۶-۱۴۵)	۲۰۴(۸۰/۳۲)
	عالی (۱۴۵-۱۷۴)	۳۹(۱۵/۳۶)

یافته‌های مطالعه همچنین بیانگر همبستگی مستقیم و معنی دار بین متغیرهای آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران مورد مطالعه در زمینه کنترل عفونت بود ($P < 0.05$). بیشترین میزان همبستگی بین آگاهی و نگرش بوده است ($r = 0.448$) (جدول ۶).

جدول (۶): ارتباط سه متغیر آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران مورد مطالعه در زمینه کنترل عفونت

متغیر	آگاهی	نگرش	عملکرد
۱			۱
$x_1 = 0.448$			$r = 0.148$
$P = 0.000$			$r = 0.164$
			$P = 0.009$
$P = 0.018$			

×: ضریب همبستگی پیرسون

در بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران مورد مطالعه در زمینه کنترل عفونت مشخص شد که بین عملکرد با وضعیت تأهل ($P = 0.018$) همچنین آگاهی با سطح تحصیلات پرستاران ($P = 0.009$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد.

جدول (۷): ارتباط سه متغیر آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه کنترل عفونت با مشخصات دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

متغیر			متغیر دموگرافیک
عملکرد	نگرش	آگاهی	
$t = 0/14$	$t = 0/11$	$x_t = 0/21$	سن
$p = 0/12$	$p = 0/16$	$p = 0/08$	
$t = 1/31$	$t = 1/22$	$x_t = 1/28$	جنسیت
$p = 0/11$	$p = 0/23$	$p = 0/19$	
$t = 1/41$	$t = 1/13$	$t = 1/08$	وضعیت تأهل
$p = 0/001$	$p = 0/32$	$p = 0/26$	
$t = 0/21$	$t = 0/19$	$t = 0/11$	سابقه خدمت
$p = 0/09$	$p = 0/28$	$p = 0/16$	
$F = 1/31$	$F = 0/70$	$x_F = 2/36$	سطح تحصیلات
$p = 0/16$	$p = 0/29$	$p = 0/000$	
$F = 1/43$	$F = 1/43$	$F = 1/74$	وضعیت استخدامی
$p = 0/17$	$p = 0/17$	$p = 0/24$	

×: ضریب همبستگی پیرسون، t: آماره تی (آزمون t-test)،

F: آماره اف (آزمون ANOVA)

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف بررسی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به کنترل عفونت در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی از سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مطلوبی برخوردار هستند. مطالعات انجام شده در این زمینه طیف مختلفی از میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پرسنل بیمارستان‌ها نسبت به عفونت‌های بیمارستانی و راههای پیشگیری از آن ذکر کردند. در پژوهش قدمگاهی و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی آگاهی، نگرش و خودکار آمدی پرستاران در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی مشخص گردید که اکثر پرستاران آگاهی خوبی نسبت به عفونت‌های بیمارستانی ندارند (۱۴). نتایج مطالعه مشابهی در ایتالیا و فلسطین نشان داد که آگاهی اکثریت پرستاران در خصوص روش‌های ضدعفونی جهت پیشگیری از عفونت در وضعیت مناسبی قرار دارد (۲۱، ۲۰). الله بخشیان و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود که آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی و درمانی تبریز در مورد کنترل عفونت‌های بیمارستانی را می‌سنجید، بیان داشتند که اکثر پرستاران در زمینه کنترل عفونت بیمارستانی آگاهی و عملکرد متوسط داشتند (۴). در مطالعه شریفی و همکاران

(۲۰۱۶) میزان آگاهی خوب، نگرش مثبت و عملکرد مناسب در زمینه کنترل عفونتهای بیمارستانی به ترتیب ٪۷۴/۵، ٪۷۰/۵ و ٪۸۷/۵ بوده است (۲۲).

با این حال، نتایج مطالعه دیگر بیانگر آن است که فقط ۹/۶ درصد از پرستاران در زمینه کنترل عفونتهای بیمارستانی از آگاهی خوب برخوردار بوده و ۱۳/۹ درصد از عملکرد خوبی در این زمینه برخوردار بوده‌اند (۲۳) که یکی از علل عدم مطابقت با نتایج این مطالعه می‌تواند پیاده‌سازی و اجرای برنامه‌های آموزشی منسجم در خصوص کنترل عفونت در جامعه موربدبررسی پژوهش حاضر و درنتیجه آگاهی بهتر آنان باشد.

نتایج مطالعه Fashafsheh (۲۰۱۵) و Stane (۲۰۰۳) و همکارانشان بیانگر نگرش مثبت افراد مورد مطالعه به کنترل عفونتهای بیمارستانی بوده است (۲۴، ۲۰) که با نتایج مطالعه ما هم خوانی دارد. در بررسی جزء به جزء، گزینه‌های مربوط به گزینه‌های آگاهی مشخص شد که بیشترین پاسخ‌ها صحیح مربوط به گزینه‌های "مهم‌ترین عامل در کاهش عفونتهای بیمارستانی شستن دستها است" و "نیبدل‌های استفاده شده را بعد از تزریق باید در ظرف مخصوص قرار داد" می‌باشد. در مطالعه الله بخشیان و همکاران در تبریز (۲۰۱۰)، یعقوبی و همکاران در بجنورد (۲۰۱۳) و Stane (۲۰۱۰) نیز نتایج مشابه به دست آمده است (۴)، همکاران در انگلیس (۲۰۰۳) نیز نتایج مشابه به دست آمده است (۴)، و (۲۵، ۲۴) در مطالعه‌ای که توسط Barrett و Randel (۲۰۰۸) انجام

جهت تمیز کردن دریچه برانول از مواد ضد عفونی کننده استفاده می کرden. درنهایت در حیطه ساکشن بیشترین نمره عملکرد به "گزینه" انداختن دستکش در سطل مخصوص و کمترین نمره به "قراردادن ظرف استریل بیرون است" اختصاص یافت. در مطالعه الله بخشیان و همکاران (۲۰۱۰) حدود ۹۰ درصد افراد جهت انجام ساکشن از دستکش استریل استفاده نکرده و دستها را قبل از ساکشن نمی شستند(۴). در مطالعه Celik و Elbas (۲۰۰۰) نیز اکثر افراد در این حیطه‌ها عملکرد ضعیف داشتند(۲۹).

نتایج مطالعه نشان داد بین آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه کنترل عفونت ارتباط معنی دار وجود؛ این در حالی است که نتایج تحقیقی در جامائیکا نشان داد، ۸۵ درصد پرستاران علی‌رغم داشتن آگاهی احتیاط کامل اینمی را در هنگام انجام فن‌های پرستاری انجام نمی دادند(۳۰). در پژوهشی دیگر (۲۰۱۵) و در بررسی رابطه میان آگاهی و نگرش و خودکار آمدی، فقط میان نگرش و خودکار آمدی، همبستگی آماری مثبت و معنی دار مشاهده گردید و رابطه معنی داری میان آگاهی با نگرش و خودکار آمدی مشاهده نشد(۳۱). اعتقاد بر این است جهت ایجاد اثرات مطلوب بایستی هر سه حیطه داشت، نگرش و عملکرد تقویت گردد. صرف داشتن آگاهی منجر به عملکرد خوب نمی شود، بلکه باید نگرش‌ها هم تغییر کند و ساختار باورهای افراد هم باید عمیق و علمی پایه ریزی شود تا عملکرد مناسب بروز کند. درواقع، بایستی تدبیری اندیشه شده تا علاوه بر ارتقای سطح آگاهی و دانش پرستاران و سایر پرسنل درمانی در این زمینه، در آن‌ها نگرش مثبت ایجاد شده و این نگرش بتواند منجر به یک عملکرد مطلوب و مناسب در زمینه کنترل عفونت و درنهایت ارتقای اینمی بیمار و رضایتمندی او گردد.

علیرغم اینکه نمره آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه کنترل عفونت در وضع مناسبی قرار داشته ولی در عین حال لزوم برگزاری دوره‌های آموزش مداوم جهت افزایش میزان آگاهی و تقویت نگرش‌های مثبت در آن‌ها و اصلاح برخی عملکردهای اشتباہ درنتیجه باورهای غلط برای پرستاران و سایر پرسنل درمانی در بیمارستان‌ها ضروری و حیاتی به نظر می‌رسد.

نتایج اغلب پژوهش‌ها در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی بیانگر آن است که پرستاران و سایر پرسنل درمانی علیرغم آگاهی از لزوم و اهمیت شستشوی دستها قبل و بعد از مراقبت بیمار و داشتن نگرش‌های مثبت در این زمینه، در برخی حیطه‌ها عملکرد خوبی نداشته‌اند که لازم است در جهت بهبود عملکرد آنان برنامه‌های مدونی در نظر گرفته شود.

جهت انجام مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به کنترل عفونت به تفکیک بخش‌های

پذیرفت، برای پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی راهکارهای متعددی معرفی گردید که رعایت بهداشت دست راحت‌ترین، مؤثرترین و کم هزینه‌ترین راهکار می‌باشد. به‌طوری‌که به عنوان یک اولویت جهانی برای کاهش عفونت‌های بیمارستانی شناخته شده است(۲۶). درواقع بهداشت دست نقش مؤثری در قطع زنجیره عفونت داشته و رعایت بهداشت آن روشی بسیار ساده در کاهش انتقال و بروز عفونت‌های بیمارستانی، جلوگیری از گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش اینمی بیماران می‌باشد. یافته‌های مطالعه در خصوص نگرش واحدهای پژوهش در زمینه کنترل عفونت نیز بیانگر آن است که بیشترین نگش مثبت مربوط به گزینه‌های "مشارکت کلیه اعضاء" تیم پژوهشی در پیشگیری از عفونتها ضروری است" و "آگاهی پرستاران از روش‌های کنترل عفونت‌ها کاهش عفونت است" بوده است. در این رابطه می‌توان گفت که نگرش‌ها در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی، ارتباطات کاری و سایر مسائل تأثیر دارند و می‌توانند راهنمای اتخاذ تصمیمات و عملکرد فرد در برخورد با مسائل مختلف باشند. انتظار می‌رود که نگرش پرستاران در سایر حیطه‌ها نیز تقویت شده تا بتواند راهنمای رفتار صحیح و اتخاذ تصمیمات منطقی در برخورد با مسائل و انجام رویه‌های پرستار باشد. در ارتباط با بررسی عملکرد پرستاران در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی و در حیطه شسخته شده، گزینه "آغشته کردن دست با صابون با حرکات منظم"، بیشترین نمره عملکرد را به خود اختصاص داد، در حالی که گزینه "استفاده از صابون آنتی-میکروبیال قبل و بعد از بروسویجر تهاجمی" کمترین نمره را کسب نمود. در مطالعات مشابه (۴، ۲۷) نیز اکثر واحد موربد پژوهش آبکشی همه قسمت‌های دست را انجام داده ولی تعداد کمی از آن‌ها از صابون آنتی‌میکروبیال استفاده می‌کردند که تا حدودی نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند. در حیطه انجام پانسمان بیشترین و کمترین عملکرد مثبت به ترتیب مربوط به گزینه "رعایت تکنیک استریل در پوشیدن دستکش" و "استفاده از بتادین در شستشوی زخم" بوده است. در مطالعه الله بخشیان (۲۰۱۰) و Moavieh (۲۰۰۶) و همکارانشان، اکثر افراد جهت شستشوی زخم از بتادین استفاده می‌کردند و ۹۳ درصد آن‌ها در زمینه استفاده از ماسک عملکرد خوبی نداشتند(۴، ۲۷). در حیطه تزریق وریدی گزینه "انداختن سرنگ در ظرف مخصوص" بیشترین و گزینه "شستن دست قبل از تزریق" کمترین نمره عملکرد را کسب نمود. در مطالعه Mehtar و همکاران (۲۰۰۷) نیز تعداد کمی از افراد موردمطالعه قبل از انجام تزریق شستشوی دست‌ها را انجام می‌دادند(۲۸). در حیطه تعییه برانول بیشترین نمره عملکرد مربوط به گزینه "درآوردن دستکش به صورت وارونه" و کمترین نمره مربوط به گزینه "ضد عفونی محل ورود برانول با بتادین" بود. در مطالعه یعقوبی نیز فقط نیمی از افراد

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل یک طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز به کد ۹۵-۰۱-۶۸-۱۳۴۹۵ می‌باشد که به تأیید کمیته اخلاق رسیده است. محققان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و همچنین مدیریت بیمارستان‌های موردبررسی و پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

مختلف بیمارستانی موردبررسی قرار گیرد تا بدان وسیله مشخص گردد کدام یک از بخش‌های از وضعیت مطلوب‌تر و در مقابل کدام از شرایط نامناسب‌تری برخوردار می‌باشند. بدین ترتیب می‌توان مداخلات اثربخش‌تری متناسب با بخش موردنظر تدوین و اجرا نمود. همچنین بررسی ارتباط بین شیوع عفونت‌های بیمارستانی با آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران می‌تواند مفید واقع گردد.

References:

1. Amini M, Sanjary L, Vasei M, Alavi S. Frequency evaluation of the nosocomial infections and related factors in Mostafa Khomeini Hospital" ICU" based on" NNI" system. JAUMS 2009;7(1): 9-14.
2. Habibzadeh Sh ea. Knowledge, Attitude, and Practice of ICU Nurses about Nosocomial Infections Control in Teaching Hospitals of Tabriz. Iran J Nurs 2010;23(64): 17-28.
3. Nejad SB, Allegranzi B, Syed SB, Ellis B, Pittet D. Health-care-associated infection in Africa: a systematic review. Bull World Health Organ 2011;89(10): 757-65.
4. Allah-Bakhshian A, Moghaddasian S, Zamanzadeh V, Parvan K, Allah-Bakhshian M. Knowledge, attitude, and practice of ICU nurses about nosocomial infections control in teaching hospitals of Tabriz. Iran J Nurs 2010;23(64): 17-28.
5. Cardo D, Dennehy PH, Halverson P, Fishman N, Kohn M, Murphy CL, et al. Moving toward elimination of healthcare-associated infections: a call to action. Infect Control Hosp Epidemiol 2010;31(11): 1101-5.
6. Saavedra C, Ordóñez K, Díaz J. Nosocomial infections impact in a hospital in Bogota, Colombia: effects on mortality and hospital costs. Rev Chilena Infecto 2015;32(1): 25-9.
7. Suchitra J, Devi L. Impact of education on knowledge, attitudes and practices among various categories of health care workers on nosocomial infections. Indian J Med Microbiol 2007;25(3): 181.
8. Brunner LS. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
9. Saffari M, Shojaeizade D. Principles and foundations of health promotion and education. Tehran: Samat; 2008.
10. Ghanbari M, Shamsi M, Farazi A, Khorsandi M, Eshrat B. The survey of knowledge, self-efficacy and practice of nurses in standard precautions to prevent nosocomial infections in hospitals of Arak University of medical sciences, 2013. Arak Med Univ J 2013;7(76):46-54.
11. Amerioun A, AA KZ, Tavakkoli R, Zaboli R, SM HS. Supervisors' knowledge of hospital infections control in one of the medical sciences universities related hospitals. J Mil Med 2009;11(2): 97-101.
12. Luo Y, He G-P, Zhou J-W, Luo Y. Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. Int J Infec Diseases 2010;14(12): e1106-e14.
13. Brannigan E, Murray E, Holmes A. Where does infection control fit into a hospital management structure? J Hospital Infec 2009;73(4): 392-6.
14. Ghadmgahi F, Zighaimat F, Ebadi A, Houshmand A. Knowledge, attitude and self-efficacy of nursing staffs in hospital infections control. J Mil Med 2011;13(3): 167-72.
15. Lee M, Chiu C, Chow V, Lam R, Lai R. Prevalence of hospital infection and antibiotic use at a university medical center in Hong Kong. J Hospital Infec 2007;65(4): 341-7.
16. Alavi MM, Nabavi M, Gachkar L, Hosseini ZSM, Moeinian M. Knowledge, attitude, and practice of hospital administration and chief medical officers about

- nosocomial infections and hand hyiegen. *Iran J Infec Diseases Trop Med* 2015;20(69):1-8.
17. Amerioun A ,Karimi Zarchi AA., Tavakkoli R., Ghorbani GHA., Zaboli R., Hoseini Shokouh SM. Supervisors' knowledge of hospital infections control in one of the medical sciences universities related hospitals. *J Military Med* 2009;11(2): 97-101.
18. Parmeggiani C, Abbate R, Marinelli P, Angelillo IF. Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infect Dis* 2010;10(1): 35.
19. Smeltzer C BG, Hinkle L, Cheever H. Text book of medical-surgical nursing. 11th ed Philadelphia: Lippincott Williams and Wilins; 2008. P. 2473-81.
20. Fashafsheh I, Ayed A, Eqtaif F, Harazneh L. Knowledge and Practice of Nursing Staff towards Infection Control Measures in the Palestinian Hospitals. *J Educ Practice* 2015;6(4): 79-90.
21. Sessa A, Di Giuseppe G, Albano L, Angelillo IF. An investigation of nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding disinfection procedures in Italy. *BMC Infect Dis* 2011;11(1): 148.
22. Sharif A, Arbabisarjou A, Balouchi A, Ahmadidarehsima S, Kashani HH. Knowledge, Attitude, and Performance of Nurses toward Hand Hygiene in Hospitals. *Global J Health Sci* 2016;8(8): 57.
23. Abdollahi AA, Rahmani H, Khodabakhshi B, Behnampour B. Assessment of level of knowledge, attitude and practice of employed nurses to nosocomial infection in teaching hospitals of Golestan University of Medical Sciences (2000). *J Gorgan Univ Med Sci* 2003;5(1): 80-6.
24. Stein A, Makarawo T, Ahmad M. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infec* 2003;54(1): 68-73.
25. Yaghubi M, Sharifi S ,Abbaspour H. Knowledge, attitude, and practice of intensive care units nurses about nosocomial Infections control in hospitals of Bojnurd in 2012. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2014;5(5): 943-50.
26. Barrett R, Randle J. Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. *J Clin Nurs* 2008;17(14): 1851-7.
27. Qudeimat MA, Farrah RY, Owais AI. Infection control knowledge and practices among dentists and dental nurses at a Jordanian university teaching center. *Am J Infec Control* 2006;34(4): 218-22.
28. Mehtar S, Shisana O, Mosala T, Dunbar R. Infection control practices in public dental care services: findings from one South African Province. *J Hosp Infec* 2007;66(1): 65-70.
29. Çelik SS, Elbas NÖ. The standard of suction for patients undergoing endotracheal intubation. *Intensive Crit Care Nurs* 2000;16(3): 191-8.
30. Figueroa JP, Brathwaite AR, Wedderburn M, Ward E, Lweis-Bell K, Amon JJ, et al. Is HIV/STD control in Jamaica making a difference? *AIDS* 1998;12: S89-98.
31. Amini N, Rezazadeh A, Khooshmehri G, Amini M, Salehiniya H. Knowledge, Attitude and Self-Efficacy of Nursing Staff in Nosocomial Infection in Child Hospitals of Tehran university of Medical Sciences. *Alborz Univ Med J* 2015;4(1): 27-34.

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF NURSES IN AFFILIATED HOSPITALS OF SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES ABOUT INFECTION CONTROL IN 2016

Ali Reza Yusefi¹, Zahra Kavosi², Ahmad Sadeghi³, Reyane hadi Barhaghtalab⁴

Received: 25 Aug, 2017; Accepted: 27 Oct, 2017

Abstract

Background & aims: Hospital infections are one of the problems of hospitals in all countries. Nurse as a member of the health care team plays a vital role in controlling and preventing these infections. In this study, the knowledge, attitude and practice of nurses of Shiraz University of Medical Sciences Hospitals has been investigated regarding infection control.

Material & Methods: This descriptive-analytic study was conducted in Shiraz in 2017. The research population consisted of all nurses of educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences, among whom 340 from 10 hospitals were selected as sample size. Data were collected through a questionnaire and analyzed by t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficient in SPSS23 software.

Results: Knowledge score (104.71 ± 12.15), attitude (62.79 ± 8.27) and practice (141.64 ± 14.24) of nurses about infection control were in good condition. There was a direct and significant correlation between knowledge, attitude and practice of nurses regarding infection control ($p<0.05$). There was a significant relationship between practice with marital status ($P = 0.001$) and knowledge with nurses education level ($P = 0.000$).

Conclusion: Despite the fact that the knowledge, attitude and practice of nurses about infection control are in a good position, but continuing education courses are essential to increase awareness and strengthen positive attitudes in them and correct some wrong actions as a result of false beliefs for nurses and other medical personnel in hospitals.

Keywords: Knowledge, Attitude, practice, Hospital Infection, Nurse

Address: Department of Public Health, Faculty of Medical Sciences, Imam Reza Street, Esfarayen, North Khorasan

Tel: (+98) 5837238757, (+98) 9124374317

Email: Ahmadsadeghi1363@gmail.com

¹ Ph.D. Student of Health Service Management, Health Service Management, Shiraz university of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Associate Professor, Health Service Management, Shiraz university of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³ Assistant Professor, Health Service Management, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran
(Corresponding Author)

⁴ BSc Student, Department of Health Information Technology, Shiraz university of Medical Sciences, Shiraz, Iran