

آگاهی، نگرش و خودکارآمدی کارکنان پرستاری بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در خصوص عفونت‌های بیمارستانی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۷

چکیده

مقدمه: عفونت بیمارستانی، معضل بهداشتی تمامی کشورهای جهان است که شیوع آن در بخش مراقبت‌های ویژه بیش از سایر بخش‌هاست. با توجه به نقش فعال پرستاران در کنترل این عفونت‌ها و آسیب‌پذیری کودکان در برابر عفونت‌های بیمارستانی، این پژوهش به بررسی آگاهی، نگرش و خودکارآمدی کارکنان پرستاری بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در خصوص عفونت‌های بیمارستانی در سال ۱۳۹۲ پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تحلیلی-مقطعی روی ۷۳ نفر از کارکنان پرستاری بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت و آنان به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌ی استاندارد سنجش آگاهی، نگرش و خودکارآمدی در خصوص عفونت‌های بیمارستانی بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS18 استفاده گردید.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که ۹۳/۲ درصد افراد از آگاهی متوسط و نگرش خوبی در مورد عفونت‌های بیمارستانی برخوردار بوده و ۵۴/۸ درصد آنان از خودکارآمدی بالایی در رعایت دستورالعمل‌های کنترل عفونت برخوردار بودند. بین آگاهی، نگرش و خودکارآمدی با سن، سابقه کار، تحصیلات، سمت و وضع تاهل رابطه معناداری یافت نشد ولی رابطه میان نگرش و خودکارآمدی معنادار بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: اکثر پرستاران آگاهی خوبی در مورد عفونت‌های بیمارستانی ندارند. اگرچه تمامی آنان، در سطوح متوسط و بالا، تهدید حاصل از عفونت‌های بیمارستانی و منافع حاصل از رعایت موارد کنترل‌کننده‌ی آن را درک کرده و بیشتر آنان از خودکارآمدی خوبی در خصوص رعایت دستورالعمل‌های کنترل عفونت برخوردار بودند، ولی درصد قابل توجهی از آنان، وجود موانعی مانند نداشتن وقت کافی در رعایت دستورالعمل‌ها را گزارش کردند؛ لذا باید در راستای کنترل این عفونت‌ها، آموزش‌های لازم جهت کم‌رنگ کردن موانع داده شود.

کلمات کلیدی: آگاهی، خودکارآمدی، عفونت بیمارستانی، کارکنان پرستاری، نگرش

نرگس امینی^۱، افسانه رضازاده^۲، گیتی خوشه مهری^۳، محسن امینی^۴، حمید صالحی نیا^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، عضو هیات علمی گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ MD-MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۵ دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشگر مرکز تحقیقات اترواسکلروز و عروق کرونر بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

نویسنده مسئول:

دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۰۹۱۹-۰۱۶۹۶۷۲

E-mail: nersisuseamini@yahoo.com

مقدمه

مساله عفونت‌های بیمارستانی یکی از معضلات بهداشتی و درمانی در تمامی کشورهای دنیا محسوب می‌شود.^۱ عفونت‌های بیمارستانی به عفونت‌هایی گفته می‌شود که در نوزادان و بیماران بستری در بیمارستان ظاهر می‌شود مشروط بر آن که این عفونت‌ها قبلاً در فرد نبوده و در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته باشند.^۲ بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه ۱/۷ میلیون عفونت بیمارستانی رخ می‌دهد و از هر ۲۰ نفر بیمار بستری شده یک نفر دچار عفونت بیمارستانی می‌شود. این عفونت‌ها سالانه منجر به ۹۹ هزار مرگ شده و حدود ۲۶ تا ۳۲ بیلیون دلار هزینه را به اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند.^۳ تا ۱۰٪ کل بیماران در زمان بستری بودن در بیمارستان‌های ایالات متحده این عفونت‌ها را تجربه می‌کنند ولی این رقم در کشورهای در حال توسعه بالاتر است.^۴

از نظر اعضای درگیر در عفونت بیمارستانی سیستم ادراری شایعترین عضو درگیر است و بعد از آن سیستم تنفس، گردش خون، پوست و سایر اعضا قرار دارند.^۵ ریسک فاکتورهای موجود عفونت‌های بیمارستانی شامل مواردی مانند: ایتوبه بودن، سونداژ طولانی مدت، دردهای جراحی، سطح سلامت پایین، سرکوب ایمنی، انتقال خون، عدم استفاده از دستکش و عدم تعویض به موقع پانسمان می‌باشد.^۶ مبتلایان به عفونت‌های بیمارستانی نسبت به سایر بیماران بستری شده در بیمارستان آمار بالایی از اختلال عملکرد اعضا، اقامت طولانی مدت در بخش مراقبت‌های ویژه و مرگ و میر بالا را شامل می‌شود.^۷ با وجود اینکه تعداد بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کمتر از سایر بخش‌ها می‌باشد و تخت‌های موجود در بخش‌های مراقبت ویژه فقط ۵٪ تخت‌های بیمارستانی را تشکیل می‌دهند ولی میزان عفونت بیمارستانی در این بیماران چندین برابر این مقدار در سایر بخش‌های بیمارستانی است.^۸ امکان حذف کامل این عفونت وجود ندارد ولی می‌توان با اقدامات مناسب میزان این عفونت را کاهش داد.^۹ از اقدامات مهم پیشگیرانه می‌توان به شستن دست‌ها بخصوص توسط پرسنل بیمارستان، رعایت بهداشت فردی توسط بیماران، کنترل بهداشت محیط بیمارستان و جلوگیری از مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها

اشاره کرد.^{۱۰} با توجه به اهمیت موضوع مطالعات فراوانی در این خصوص انجام یافته از جمله در مطالعه ای توسط پارمگیانی در سال ۲۰۱۰ در ایتالیا با عنوان بررسی آگاهی و نگرش پرستاران در مورد احتیاطات استاندارد، نتایج نشان داد که آگاهی پرستاران ۵۸/۸٪ است و ۸۰٪ آنان در مورد تهدید عفونت‌های بیمارستانی نگرش مثبت دارند.^{۱۱} در پژوهشی که بر روی ۱۷۳ پرستار در سه بخش ICU و جراحی و داخلی در دو بیمارستان صورت گرفت نتایج حاکی از آن بود که پرستاران فقط در ۲۸/۷٪ از موارد دستهای خود را شسته بودند در حالی که در ۴۹/۸٪ از موارد شستن دست ضروری بود.^{۱۲}

یکی از اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی که نقش منحصر به فردی در کنترل عفونت‌های بیمارستانی و تامین سلامتی فرد و نهایتاً جامعه ایفا می‌کنند پرستاران هستند. از آن جایی که میزان تماس یکی از مهم ترین فاکتورها در ایجاد عفونت بیمارستانی می‌باشد و پرستاران زمان بیشتری در تماس با بیماران هستند نقش زیادی در عفونت‌های بیمارستانی دارند^۱ بطوری که در برخی موارد نزدیک به ۳۰ درصد موارد عفونت‌های بیمارستانی وابسته به پرستاران است. به همین دلیل پرستاران باید اطلاعات علمی صحیح و کافی از انواع عفونت‌های بیمارستانی و روش‌های پیشگیری از ایجاد آن‌ها داشته باشند.^{۱۳} پرستاران می‌توانند با ضدعفونی کردن مناسب پوست، پوشیدن دستکش و ماسک، تعویض ست‌های انفوزیون، بکارگیری اقدامات احتیاطی، جداسازی مناسب، بکارگیری اصول احتیاطات استاندارد، رعایت بهداشت فردی، پیشگیری از تماس اتفاقی با سرسوزن و اجتناب از مواجهه با ترشحات تنفسی آلوده، از انتقال عفونت جلوگیری کنند و در پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی سهیم باشند.^{۱۴} پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی مساله‌ای است که توجه به سه مفهوم آگاهی، نگرش و عملکرد را می‌طلبد.^{۱۵} از جهتی خودکارآمدی واسطه بین دانش و رفتار است و عبارت است از اعتمادی که شخص به توانایی‌اش برای انجام یک رفتار دارد لذا احساس خودکارآمدی پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار است.^{۱۶} از آنجاکه کودکان بیشتر از بزرگسالان بدلیل ضعف سیستم ایمنی مستعد ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی هستند و با توجه به اینکه تاکنون چنین مطالعه‌ای انجام نگرفته است پژوهش حاضر جهت

روش پژوهش، پرسشنامه میان کارکنان پرستاری توزیع شده و پس از تکمیل توسط پرستاران که به صورت خود گزارشی بود، جمع آوری پرسشنامه‌ها بعد از حدود ۴۵-۶۰ دقیقه انجام می‌گرفت. ضمناً به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت کلی و بدون ذکر نام منتشر خواهد شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-18 طی آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و ANOVA تجزیه و تحلیل شد و آمار توصیفی نیز بررسی شد.

در تجزیه و تحلیل داده‌های پرسشنامه از مقیاس لیکرت استفاده شد. امتیاز بندی پرسشنامه بر اساس مطالعه قدمگاهی و همکاران و که پرسشنامه را استاندارد سازی کرده اند صورت گرفت.^{۱۷} بر این اساس برای عبارات «کاملاً موافق» بالاترین امتیاز (۴ امتیاز) و برای «کاملاً مخالف» کمترین امتیاز (صفر امتیاز) و عبارت «نظری ندارم» حد وسط (دو امتیاز)، و برای عبارات «نسبتاً مخالفم» (۱ امتیاز)، «نسبتاً موافقم» (۳ امتیاز) منظور شد. چنانچه بالاترین رقم مقیاس به نگرش مخالف اختصاص می‌یافت به روش عکس عمل می‌شد. جهت سنجش میزان آگاهی افراد پرسشنامه در چهار بخش: آگاهی عمومی از عفونت‌های بیمارستانی، شستن دست، تزریقات و پانسمان طراحی شد. در بخش آگاهی عمومی از عفونت‌های بیمارستانی ۵ سوال در زمینه تعریف عفونت بیمارستانی، شیوع، بروز و راه‌های انتقال طراحی شده بود که بیشترین امتیاز ۵ و کمترین آن صفر بود. در بخش آگاهی در مورد شستن دست و برآورد اطلاعات پاسخگو در زمینه زمان‌های شستن دست، نحوه اجرا و انواع دست شستن ۵ سوال طراحی شده بود. در بخش آگاهی در مورد انجام IV و تزریقات و برآورد اطلاعات پاسخگو در زمینه نحوه تشخیص عفونت در کاترها، احتیاط‌های استاندارد در این زمینه و زمان استاندارد برای تعویض کاترها، ۸ سوال طراحی شده بود. در بخش آگاهی در مورد انجام پانسمان در قالب ۵ سوال، برآورد اطلاعات پاسخگو در زمینه رعایت نکات استاندارد در این زمینه برای جلوگیری از عفونت، شیوه‌های انجام پانسمان اصولی و علائم عفونت در زخم‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع امتیاز آگاهی کل از مجموع امتیازات حاصل از این چهار بخش حاصل شد که بالاترین امتیاز ۲۳ و کمترین امتیاز صفر بود. همچنین در این بررسی برای هر سوال در بخش‌های تهدید درک شده، منافع و

بررسی آگاهی، نگرش و خودکارآمدی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ی تحلیلی-مقطعی است که در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. جامعه پژوهش، کارکنان پرستاری بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان‌های کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که به روش سرشماری در صورت داشتن معیار ورود، مورد مطالعه قرار گرفتند و مجموعاً ۷۳ نفر بودند. رضایت برای شرکت در پژوهش و حداقل یکسال سابقه کار در بخش به عنوان معیارهای ورود به مطالعه لحاظ شد. کار همزمان در سایر بخش‌ها و عدم رضایت برای ورود به مطالعه به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. ابزارگردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ی استاندارد بود که در دو بخش طراحی شده بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی و بخش دوم شامل پرسشنامه سنجش آگاهی، نگرش و خودکارآمدی در مورد عفونت‌های بیمارستانی بود که شامل سه بخش می‌باشد: الف- بخش آگاهی؛ ۲۳ سوال در خصوص آگاهی عمومی در مورد عفونت‌های بیمارستانی، احتیاطات مربوط به تزریقات ایمن، احتیاطات مربوط به پانسمان و شستن بهداشتی دست. ب- بخش نگرش؛ ۲۹ سوال در خصوص تهدید درک شده پرستاران از عفونت بیمارستانی، منافع درک شده از رعایت احتیاطات استاندارد و موانع موجود در اجرای احتیاطات. ج- بخش خودکارآمدی؛ ۱۱ سوال در خصوص اعتماد به نفس کارکنان پرستاری در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی.

اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش قدمگاهی و همکاران بررسی شده است. اعتبار پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سبزواری و تربیت مدرس مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با روش آزمون-پس آزمون بررسی شده و ضریب همبستگی ۰/۸۳ نشان دهنده پایایی پرسشنامه بود.^{۱۷}

روش جمع‌آوری اطلاعات بدین گونه بود که پژوهشگر با دست داشتن معرفی نامه تحقیق از دانشگاه علوم پزشکی تهران و هماهنگی با مسئولین محترم بیمارستان‌ها، در شیفت‌های مختلف به بیمارستان مراجعه کرده و پس از ارائه توضیحاتی راجع به اهداف و

در مورد تهدید درک شده از عدم رعایت استانداردها پس از جمع بندی امتیازات به دست آمده در سه سطح خوب (۴۴ تا ۳۲)، متوسط (۳۱ تا ۳۱)، ضعیف (۰ تا ۱۵) طبقه بندی شد. در بخش نگرش در مورد منافع و موانع درک شده در رعایت استانداردها پس از جمع بندی، امتیازات در سه سطح ضعیف (۰ تا ۱۲)، متوسط (۱۳ تا ۲۴) و خوب (۲۵ تا ۳۶) سطح بندی شد و برای سطوح خودکارآمدی تقسیم بندی به این ترتیب که امتیاز (۰-۱۱) ضعیف، (۱۲-۲۲) متوسط و (۲۳-۳۳) خوب در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد در میان کارکنان پرستاری، ۱/۴ درصد سر پرستار، ۹۰/۳ درصد پرستار و ۸/۲ درصد بهیار و کمک بهیار بودند. از نظر تحصیلات ۸۷/۳ درصد لیسانس، ۸/۵ درصد دیپلم و ۱۴/۲ درصد فوق لیسانس بودند. میانگین سنی آنان $31/5 \pm 4/14$ سال و میانگین سابقه کار، $7/15 \pm 4/43$ سال بود. کارکنان پرستاری در هر سطح از سطوح آگاهی، نگرش و خودکارآمدی در جدول شماره ۱ آمده است:

موانع درک شده ۴ امتیاز و کمترین امتیاز صفر در نظر گرفته شد. تعداد سوالات در نظر گرفته شده در بخش تهدید درک شده ۱۱ سوال بود، لذا حداکثر امتیاز ۴۴ می‌باشد. تعداد سوالات در بخش منافع درک شده از رعایت نکات استاندارد در خصوص کنترل عفونت‌های بیمارستانی ۹ سوال است که در مجموع امتیاز کل منافع درک شده ۳۶ امتیاز و کمترین امتیاز صفر می‌باشد. تعداد سوالات در بخش موانع درک شده از رعایت نکات و احتیاطات استاندارد در خصوص عفونت‌های بیمارستانی ۹ سوال می‌باشد که بیشترین امتیاز ۳۶ و کمترین امتیاز صفر در نظر گرفته شد.

در بخش خود کارآمدی برآورد میزان خودکارآمدی و اعتماد به نفس افراد در خصوص انجام رفتارهای بهداشتی در جهت کنترل عفونت‌های بیمارستانی بود که ۱۱ سوال با گزینه‌های کاملاً موافقم (۳ امتیاز) و کاملاً مخالفم (۰ امتیاز)، موافقم (۲ امتیاز)، مخالفم (۱ امتیاز) در نظر گرفته شد. مجموع امتیاز خودکارآمدی ۳۳ در نظر گرفته شد. سپس مجموع امتیازات در سه سطح ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی گردید. پس از جمع بندی امتیازات هر فرد میزان آگاهی بر اساس امتیازات به دست آمده در سه سطح خوب (۱۶ تا ۲۳)، متوسط (۹ تا ۱۵)، ضعیف (۰ تا ۸) طبقه بندی شد. در نگرش

جدول ۱: وضعیت آگاهی، نگرش و خودکارآمدی کارکنان پرستاری در مورد عفونت‌های بیمارستانی

ضعیف (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	خوب (درصد) تعداد		
۱ (۱/۴)	۶۸ (۹۳/۲)	۴ (۵/۵)	آگاهی کلی	آگاهی
۶ (۸/۲)	۵۰ (۶۸/۵)	۱۷ (۲۳/۳)	آگاهی عمومی	
۱۷ (۲۳/۳)	۴۷ (۶۴/۴)	۹ (۱۲/۳)	آگاهی در مورد احتیاطات تزریقات	
۶۲ (۸۴/۹)	۱۰ (۱۳/۷)	۱ (۱/۴)	آگاهی در مورد احتیاطات پانسمان	
۹ (۱۲/۳)	۶۰ (۸۲/۲)	۴ (۵/۵)	آگاهی در مورد شستن دست	
صفر	۵ (۶/۸)	۶۸ (۹۳/۲)	نگرش کلی	نگرش
صفر	۵ (۶/۸)	۶۸ (۹۳/۲)	تهدید درک شده	
صفر	۲۱ (۲۸/۸)	۵۲ (۷۱/۲)	منافع درک شده	
۳ (۴/۱)	۱۰ (۱۳/۷)	۶۰ (۸۲/۲)	موانع درک شده	
صفر	۳۳ (۴۵/۲)	۴۰ (۵۴/۸)		خودکارآمدی

جدول شماره ۲: نتایج آزمون ANOVA جهت بررسی ارتباط میان متغیرهای تحصیلات، سمت، تاهل با آگاهی، نگرش و خودکارآمدی

ANOVA					ارتباط تحصیلات با آگاهی، نگرش و خودکارآمدی		
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares			
۰/۹۳۷	۰/۱۳۸	۰/۵۴۸	۳	۱/۶۴۴	با گروه	آگاهی	
		۳/۹۸۱	۶۵	۲۵۸/۷۹۱	بدون گروه		
			۶۸	۲۶۰/۴۳۵	نتیجه		
۰/۵۱۹	۰/۷۶۲	۷۴/۱۹۲	۳	۲۲۲/۵۷۷	با گروه	نگرش	
		۹۷/۳۵۲	۶۵	۶۳۲۷/۸۵۷	بدون گروه		
			۶۸	۶۵۵۰/۴۳۵	نتیجه		
۰/۰۵۲	۲/۷۱۲	۴۱/۷۱۴	۳	۱۲۵/۱۴۲	با گروه	خودکارآمدی	
		۱۵/۳۸۰	۶۵	۹۹۹/۷۲۷	بدون گروه		
			۶۸	۱۱۲۴/۸۷۰	نتیجه		
۰/۰۷۰	۲/۷۵۸	۹/۸۱۲	۲	۱۹/۶۲۴	با گروه	ارتباط سمت با آگاهی، نگرش و خودکارآمدی	
		۳/۵۵۸	۶۹	۲۴۵/۴۸۷	بدون گروه		
			۷۱	۲۶۵/۱۱۱	نتیجه		
۰/۱۲۴	۲/۱۵۵	۱۹۶/۳۳۰	۲	۳۹۲/۶۶۰	با گروه	نگرش	
		۹۱/۱۰۵	۶۹	۶۲۷۶/۲۱۵	بدون گروه		
			۷۱	۶۶۷۸/۸۷۵	نتیجه		
۰/۷۳۸	۰/۳۰۶	۴/۹۶۰	۲	۹/۹۲۱	با گروه	خودکارآمدی	
		۱۶/۲۲۶	۶۹	۱۱۱۹/۵۷۹	بدون گروه		
			۷۱	۱۱۲۹/۵۰۰	نتیجه		
۰/۰۶۳	۲/۸۷۶	۱۰/۱۱۴	۲	۲۰/۲۲۷	با گروه	ارتباط تاهل با آگاهی، نگرش و خودکارآمدی	
		۳/۵۱۶	۶۸	۲۳۹/۰۹۷	بدون گروه		
			۷۰	۲۵۹/۳۲۴	نتیجه		
۰/۰۶۷	۲/۸۱۷	۲۵۳/۲۳۷	۲	۵۰۶/۴۷۵	با گروه	نگرش	
		۸۹/۹۰۴	۶۸	۶۱۱۳/۴۴۱	بدون گروه		
			۷۰	۶۶۱۹/۹۱۵	نتیجه		
۰/۹۳۳	۰/۰۶۹		۱/۱۲۴	۲	۲/۲۴۷	با گروه	نتایج خودکارآمدی
			۱۶/۱۹۲	۶۸	۱۱۰۱/۰۴۸	بدون گروه	
			۷۰	۱۱۰۳/۲۹۶	نتیجه		

بر اساس آزمون آماری آنالیز واریانس، میان آگاهی، نگرش و خودکارآمدی با هیچ یک از متغیرهای سن، سابقه کار، تحصیلات، وضعیت تاهل و سمت کارکنان پرستاری، رابطه معناداری یافت نشد. جدول شماره ۲ نتایج آزمون آنالیز واریانس در بررسی ارتباط

بیشترین منافع درک شده جهت رعایت دستورالعمل‌ها، مربوط به بهبودی سریع بیمار، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و حفظ سلامتی خود و خانواده بود و بیشترین موانع درک شده در نداشتن وقت کافی برای رعایت استانداردها گزارش شد.

رابطه با عفونت‌های بیمارستانی ۴۵ درصد منفی ذکر کرد.^{۲۴} در این رابطه می‌توان بیان کرد از آنجایی که نگرش‌ها در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی، ارتباطات و سایر مسائل تاثیر می‌گذارند و می‌توانند راهنمای رفتار فرد و اتخاذ تصمیم آنان در انجام رویه‌های پرستاری باشند.

در ارزیابی خودکارآمدی کارکنان، بیشتر آنان دارای اعتماد به نفس خوبی جهت اجرای استانداردها بودند. میان خودکارآمدی و نگرش، رابطه معناداری مشاهده شد که این یافته با پژوهش قدمگاهی و مروتی مطابقت داشت.^{۲۵} در مطالعه حاضر نیز مانند مطالعه قدمگاهی، رابطه معناداری میان سن، سابقه کار، سمت و تحصیلات و وضعیت تاهل یافت نشد.^{۲۶} ($p < 0.05$)

نتیجه گیری

اگرچه اکثر کارکنان پرستاری، آگاهی، نگرش و خودکارآمدی خوبی در خصوص عفونت‌های بیمارستانی دارند ولی با وجود موانعی بر سر رعایت استانداردهای کنترل این عفونت‌ها موافقت لذا جهت بهبود رفتار بهداشتی کنترل و پیشگیری از عفونت بیمارستانی توصیه می‌شود در کلاس‌های آموزشی، علاوه بر ارائه آموزش‌هایی جهت افزایش آگاهی، به راهکارهایی جهت کم‌رنگ کردن موانع رعایت استانداردها پرداخته شود. یافته‌های این مطالعه می‌تواند زمینه و پایه‌ای برای فعالیت‌های بعدی از جمله طراحی برنامه‌های مداخله آموزشی باشد. در نهایت نتایج این پژوهش می‌تواند برای پژوهشگران دیگری که در این زمینه تحقیق می‌نمایند مثر ثمر واقع گردد.

انجام مطالعات در سایر بیمارستان‌ها و بخش‌ها و گروه‌های درمانی مختلف جهت اطلاع از آگاهی، نگرش و خودکارآمدی پرسنل درمانی در زمینه عفونت‌های بیمارستانی به منظور اطلاع دقیق از وضعیت موجود به منظور برنامه ریزی بهتر پیشنهاد می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش به عدم همکاری و تمایل اکثریت پرستاران در تکمیل پرسشنامه‌ها به علت مشغله کاری اشاره کرد که با دادن توضیحات به پرستاران تا حد امکان برای رفع این مشکل اقدام گردید.

سمت، تحصیلات و تاهل با آگاهی، نگرش و خودکارآمدی را نشان می‌دهد. در بررسی رابطه میان آگاهی و نگرش و خودکارآمدی، فقط میان نگرش و خودکارآمدی، همبستگی آماری مثبت و معنادار مشاهده گردید ($r=0.423$, $P < 0.05$) و رابطه معناداری میان آگاهی با نگرش و خودکارآمدی مشاهده نشد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد آگاهی کلی اکثریت کارکنان پرستاری در سطح متوسط و خوب قرار دارد ولی سطح آگاهی اکثریت افراد در مورد احتیاطات پانسمان، ضعیف بوده لذا می‌توان با برگزاری کلاسهای آموزشی و استفاده از راهنماهای عمل در خصوص رعایت احتیاطات پانسمان، شاهد ارتقای آگاهی آنان بود. نتایج حاصل از این پژوهش در سوالات آگاهی کلی پرستاران با نتایج مطالعه انجام شده توسط نصرالله زاده در بررسی میزان آگاهی پرستاران از عفونت‌های بیمارستانی در شهر رشت که ۵۶/۲٪ پرستاران را از نظر میزان آگاهی در حد ضعیف ارزیابی نموده بود همخوانی ندارد.^{۱۸} البته نتایج حاصل از این پژوهش با مطالعه انجام شده توسط Regina و همکاران در آمریکا و تحقیق طاهری در مورد میزان آگاهی پرستاران و دانشجویان پرستاری در خصوص عفونت‌های بیمارستانی در حد متوسط ۶۸/۱٪ گزارش شد.^{۱۹} و مطالعه جوکار با عنوان مقایسه میزان آگاهی دانشجویان و پرسنل پرستاری در رابطه با عفونت‌های بیمارستانی همخوانی دارد.^{۲۱}

در بخش سوالات نگرش، نتایج نشان داد اگر چه تمامی افراد تحت مطالعه، تهدید حاصل از عفونت‌های بیمارستانی و منافع حاصل از رعایت موارد کنترل کننده آن را درک کرده‌اند ولی درصد قابل توجهی از آنان، وجود موانع در رعایت دستورالعمل‌ها را گزارش کردند که بیشترین مانع رعایت استانداردهای کنترل عفونت، نداشتن وقت کافی بود که این مسئله با پژوهش قدمگاهی و رائو در کراچی مطابقت داشت.^{۱۷} در کل نگرش پرستاران به کنترل عفونت‌های بیمارستانی در این پژوهش با ۹۳/۲ درصد خوب ارزیابی شد که با مطالعه Stane و همکاران و مطالعه Angelillo و همکاران همخوانی دارد.^{۲۲} اما Gould نگرش پرستاران را در

بیمارستانها و کارکنان پرستاری قدردانی نمایند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم

References

1. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine: Volumes 1 and 2. McGraw-Hill, USA. 2012.
2. Rosenthal VD. Device-associated nosocomial infections in limited-resources countries: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). American journal of infection control. 2008;36(10):S171. e7-S. e12.
3. 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. Infection control and hospital epidemiology. 2010 ; 31 (11):1101-5.
4. Askarian M, Gooran NR. National nosocomial infection surveillance system-based study in Iran: Additional hospital stay attributable to nosocomial infections. American journal of infection control. 2003;31(8):465-8. [In Persian].
5. Lewis KL, Thompson JM. Health care professionals' perceptions and knowledge of infection control practices in a community hospital. The Health Care Manager 2009;28(3):230-8.
6. Agarwal M, Thomas P. Prevalence of post-op. nosocomial infection in neurosurgical patients and associated risk factors--a prospective study of 2441 patients. The Nursing journal of India 2003;94(9):197.
7. Vosylius S, Sipylaite J, Ivaskевичius J. Intensive care unit acquired infection: a prevalence and impact on morbidity and mortality. Acta anaesthesiologica scandinavica 2003;47(9):1132-7.
8. Molasadeghi-Roknabadi G, Farasat-Kish R, Aghdaie N, Heidarpour E. Baresie mizane shoyoue ofounat dar bakhsh moraghebathaye vije bimarestane ghalbe shahid rajaie. majale anesthesiology va Moraghebathaye vije. 1380;2(10):24-30 [In Persian].
9. Black JG, Wistreich GA. Study Guide George A. Wistreich Microbiology: Principles and Applications: Prentice Hall; 1996.
10. Schulman J, Wirtschafter DD, Kurtin P. Neonatal intensive care unit collaboration to decrease hospital-acquired blood stream infections: from comparative performance reports to improvement networks. Pediatric clinics of North America 2009;56(4):865-92.
11. 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 infectious diseases. 2010;10(1):35.
12. Gould D. Nurses' hand decontamination practice: results of a local study. Journal of Hospital Infection. 1994;28(1):15-30.
13. Sadagiani M. A Survey on knowledge and practice of nurses to control the nosocomial infections in educational hospitals of Urmiah. Gilan nurse 2000;11(40):5-8. [In Persian]
14. Smetltzer & Bare. Text Book of medical surgical nursing. Philadelphia: J.B.Lippincott co. 2004;2122-2125.
15. Mohseni M. Foundations of health education. Tehran: Tehran Publications; 2002 [In Persian].
16. Saffari M, Shojaee D, Ghofranipour F, Heidarnia A. Health education and promotion: Theory, models and methods. Tehran: Sobhan Publication; 2002 [In Persian].
17. Ghadmgahi F, Zighaimat F, Ebadi A, Houshmand A. Knowledge, attitude and self-efficacy of nursing staffs in hospital infections control. Mil Med Journal. 2011 ; 13 (3):167-72. [In Persian]
18. Nasrollah Zadeh AR. Survey knowledge of nurse's surgical wards in teaching hospitals in Rasht to control nosocomial infections [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004. [In Persian]
19. Regina C, Molassiotis A. Nurse's knowledge of and compliance with universal precautions in an acute care hospital. Inter J nurs stud 2002; (39): 157-163.
20. Taheri Z, Jokar F. Comparison of knowledge of students and nursing staff in relation to hospital infections. J Infec Dis Trop Med. 2007;1(37):83-6.
21. Rao MH. Knowledge, Attitude and Practice Patterns of Hand washing in Major Public Sector Hospitals of Karachi. Pak J Med Res. 2006;45(4):93-5.
22. Stain A D, Makarawo T P, Ahmad M F R. A survey of doctors and nurses knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. J hospit infects 2003; (54):68-73.
23. Angelillo I F, Mazziotta A, Nicotera G. Nurses and hospital infection, control: knowledge, attitudes and behaviour of Italian operating theatre staff, medical school, university of Catanzaro Magna Gracia, Italy. J hospit Infect. 1999; 42: 105-112.

24. Gould D, Chamberlain A. Infection control as a topic for ward-based nursing education. *J Adv Nurse.* 1994;20(2):275-82.
25. Morovati M, Sillimani H, Mazlomi M. Assessing risk factors of self-care and its relationship with self-care behaviors in patients with rheumatoid arthritis. *Hayat.* 2009;15(3):39-51. [In Persian]

Archive of SID