

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک

دانشکده بهداشت

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

بررسی تأثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های بیمارستانی

در پرستاران

**IRCT2013091714689N1**

نگارنده: محبوبه خاتون قنبری

اساتید راهنما: دکتر محسن شمسی، دکتر علی اصغر فرازی

اساتید مشاور: دکتر محبوبه خورسندی ، دکتر بابک عشرتی

مرداد ۱۳۹۳



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک

دانشکده بهداشت اراک

حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

دانشگاه علوم پزشکی اراک

با عنایت به سیاست های پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک در راستای رعایت اخلاق پژوهشی و حرفه ای که لازمه شکوفایی علمی و فنی می باشد و نیز با توجه به مصوبات جلسه ۳۵۰ شورای آموزشی دانشگاه در تاریخ ۱۳۹۰/۰۴/۲۸، دانشجو ملزم است موارد زیر را رعایت نماید.

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان نامه و درآمدهای حاصل از آن ها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا

دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می باشد.

تبصره ۱: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه نیز منتشر می شود، باید نام دانشگاه درج شود.

تبصره ۲: چنانچه از پایان نامه یا طرح تحقیقاتی یک مقاله مستخرج شود، در مقاله ای که صرفاً جهت دفاع دانشجو مورد مستند قرار می گیرد، نام دانشجو نفر اول و نام استاد راهنما به عنوان نویسنده مسئول نفر دوم خواهد بود.

تبصره ۳: چنانچه از پایان نامه یا طرح تحقیقاتی بیش از یک مقاله مستخرج شود، در مقاله ای که صرفاً جهت دفاع دانشجو مورد مستند قرار می گیرد، ترتیب اسامی شبیه به بند فوق الذکر و در سایر مقالات ترتیب اسامی به صلاحدید استاد راهنما خواهد بود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه حاصل از نتایج پایان نامه باید با مجوز کتبی صادره از گروه مربوطه و معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آئین نامه های مصوب دانشگاه صورت پذیرد.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته ها در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان نامه و تمامی طرح های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- اینجانب مراتب فوق را خوانده و متعهد به رعایت آن می باشم.

تاریخ:

امضا دانشجو:

## اظهار نامه دانشجو

بررسی تأثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های بیمارستانی در  
پرستاران

اینجانب محبوبه خاتون قنبری، دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده  
بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک گواهی می نمایم که تحقیقات ارائه شده در این پایان نامه توسط اینجانب  
انجام شده و صحت و اصالت مطالب نگارش شده مورد تأیید می باشد و در موارد استفاده از کار دیگر محققان  
به مرجع مورد استفاده اشاره شده است. به علاوه گواهی می نمایم که مطالب مندرج در پایان نامه تاکنون برای  
دریافت مدرک توسط اینجانب یا فرد دیگری در جای دیگری ارائه نشده است و در تدوین متن پایان نامه،  
دستورالعمل مصوب دانشکده به طور کامل رعایت شده است.

تاریخ:

امضا دانشجو:



شماره:

تاریخ:

صورتجلسه دفاع از پایان نامه

جلسه دفاعیه پایان نامه تحصیلی خانم محبوبه خاتون قنبری دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک تحت عنوان: بررسی تأثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های بیمارستانی در پرستاران در ساعت .....روز  
..... مورخ ..... با حضور اعضای محترم هیات داوران متشکل از:

سمت	نام و نام خانوادگی	امضاء
الف: استاد (ان) راهنما		
ب: استاد (ان) مشاور		
ج: عضو هیات داوران (داخلی)		
د: عضو هیات داوران (خارجی)		

		ه: نماینده تحصیلات تکمیلی
--	--	---------------------------

تشکیل گردید و ضمن ارزیابی به شرح پیوست با درجه ..... و نمره..... مورد تأیید قرار گرفت

مهر و امضا معاون آموزشی و پژوهشی دانشکده



شماره:

تاریخ:

## صور تجلسه دفاع از پایان نامه

به منظور بررسی و ارزشیابی پایان نامه آقای / خانم ..... رشته ..... مقطع .....  
جلسه ای با حضور امضاکنندگان ذیل به عنوان هیئت داوران در تاریخ ..... در دانشکده  
بهداشت اراک برگزار و با توجه به معیارهای ارزشیابی، پایان نامه ایشان با عنوان  
..... با نمره .....  
و درجه ..... مورد تأیید قرار گرفت.

هیئت داوران :

- ۱- سرکار خانم/ آقای .....(استاد راهنما)
- ۲- سرکار خانم/ آقای .....(استاد مشاور تخصصی)
- ۳- سرکار خانم/ آقای .....(استاد مشاور آمار)
- ۴- سرکار خانم/ آقای .....(استاد داور داخلی)
- ۵- سرکار خانم/ آقای .....(استاد داور داخلی)
- ۶- سرکار خانم/ آقای .....(استاد داور خارجی)
- ۷- سرکار خانم/ آقای .....(نماینده تحصیلات تکمیلی دانشگاه)
- ۸- سرکار خانم/ آقای ..... (رئیس جلسه)
- ۹- سرکار خانم/ آقای .....(مسئول تحصیلات تکمیلی)

دکتر محبوبه خورسندی- ریاست دانشکده



تقدیم به:

**"پدر و مادر بسیار بزرگوارم"**

همسر بسیار مهربانم

**"خواهران بسیار عزیزم"**

تقدیم به:

**"پرستاران عزیز"** که عشق و صبرشان را می بایست از زینب (س) بیاموزند هم او که تا ابد بزرگترین

معمای تاریخ خواهد بود، چه این که او باشد و سلسله جبال نور، فقط، چهارده قله داشته باشد...

و تقدیم به:

**"شهدای هشت سال دفاع مقدس"** که به قول شهید بزرگوار سید مرتضی آوینی: ای شهیدان برای ما

حمدی بخوانید که شما زنده اید وما ....؟

**خدایا! یا نوری بیفکن ، یا توری...**

**ماهی کوچکت از تاریکی این اقیانوس می ترسد!**

برخود بایسته و شایسته میدانم خالصانه ترین مراتب قدرانی خود را خدمت اساتید راهنمای بزرگوار جناب آقای دکتر محسن شمسی و جناب آقای دکتر علی اصغر فرازی تقدیم دارم. چراکه اقیانوس بی انتهای مهربانیشان تکیه گاه ساقه های نیلوفران باورم شد تا پیچک وار در سایه سار سخاوت بی دریغشان در آسمان نیلگون شکفتن به پرواز درآیم و پهنه ای از زیبایی دانش را لمس کنم.

همچنین صمیمانه ترین سپاس خود را خدمت اساتید مشاور سرکار خانم دکتر خورسندی و جناب آقای دکتر بابک عشرتی که باسعه صدر و با قبول زحمات فراوان علم و تجربه خویش را در اختیار اینجانب قرار دادند، تقدیم می کنم.

شایسته است از اساتید بزرگوار آقایان: دکتر احمد رضا عابدی (دکتری پرستاری داخلی - جراحی که افتخار شاگردی ایشان همواره باعث مباهات اینجانب بوده است)، دکتر احسان ... غزنوی (دانشیار میکروبیولوژی)، دکتر علیرضا آموزنده (استادیار بیماری های عفونی)، دکتر بهنام حاجیان (متخصص عفونی بیمارستان محلات)، دکتر ابوالفضل خدا مرادی (دکتری آموزش زبان انگلیسی)، مهدی رنجبران (کارشناس ارشد اپیدمیولوژی)

و

سرکار خانم ها: دکتر نسیم زاهدی (پاتولوژیست بیمارستان محلات) و صدیقه جدیدی (کارشناس ارشد علوم

آزمایشگاه و مسوول آزمایشگاه بیمارستان امام خمینی ره محلات)

و

از همکلاسی بزرگوارم جناب آقای ناصر شرفخانی و کلیه همکاران عزیز پرستارم تقدیر و تشکر فراوان نموده و مراتب سپاس خاضعانه و قلبی خود را بدین طریق اعلام می کنم .

و همچنین

از جناب آقای دکتر داوود حکمت پو(استاد مسلم پرستاری که افتخار شاگردی ایشان همواره باعث مباهات اینجانب بوده است) و سرکار خانم دکتر نسرین روزبهانی که داوری این اثر را به عهده گرفتند.

## چکیده فارسی

**اهداف:** احتیاطات استاندارد مقیاس پایه در کنترل عفونت های بیمارستانی می باشد. از آن جا که مدل اعتقاد بهداشتی سعی در توضیح علت انجام یا عدم انجام رفتارهای بهداشتی دارد، این پژوهش با هدف بررسی تأثیرآموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت های بیمارستانی در پرستاران صورت پذیرفت.

**روش ها:** پژوهش حاضر به صورت نیمه تجربی شاهددار، از نوع قبل و بعد بر روی ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر گروه مداخله، ۵۰ نفر کنترل) از پرستاران شاغل در بیمارستان ها صورت پذیرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسش نامه ای پایا و روا و محقق ساخته بود. مداخله آموزشی برای گروه مداخله در طی یک ماه از طریق برگزاری سمینارهای آموزشی مداوم تعاملی و ارائه بروشور آموزشی و پوستر و یک ماه بعد لوح فشرده چند رسانه ای تهیه شده به عنوان یاد آور انجام گرفت. نتایج سه ماه بعد از مداخله جمع آوری و تجزیه و تحلیل های آماری با استفاده از آزمون های تی مستقل و تی وابسته، کای اسکوئر و با در نظر گرفتن سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) انجام گردید.

**یافته ها:** میانگین سنی نمونه ها در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $35/02 \pm 7/35$ ،  $38/20 \pm 7/41$  سال بود. قبل از مداخله بین میانگین نمرات متغیرهای عملکرد و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت بیمارستانی در دو گروه اختلاف آماری معنی دار نبود، اما بعد از مداخله آموزشی تئوری محور بین میانگین نمرات متغیرهای فوق در دو گروه اختلاف آماری معنی دار بود ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه گیری:** براساس نتایج این مطالعه مجریان طرح از کارآیی این مدل بر ارتقاء عملکردهای پیشگیری کننده از عفونت بیمارستانی در پرستاران حمایت می نمایند. از این رو بکارگیری این مدل در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها توصیه می شود.

**کلیدواژه ها:** احتیاطات استاندارد، پرستار، عفونت بیمارستانی، مدل اعتقاد بهداشتی، عملکرد.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول بیان مسئله</b>
۲-۱-۱	عفونت های بیمارستانی
۱۱-۲-۱	اهمیت طراحی مداخلات تئوری محور
	<b>فصل دوم مروری بر متون و مطالعات گذشته</b>
۱۹-۱-۲	مطالعات داخل کشور
۲۶-۲-۲	مطالعات خارج کشور
	<b>فصل سوم مواد و روشها</b>
۳۶-۱-۳	گزاره های پژوهش
۳۷-۲-۳	فرضیات و سوال های پژوهشی
۳۸-۳-۳	قلمرو پژوهش
۳۹-۴-۳	تعریف جامعه آماری
۴۰-۵-۳	متغیرهای پژوهش
۴۸-۶-۳	روش تعیین حجم نمونه
۴۸-۷-۳	روش نمونه گیری
۴۹-۸-۳	روشهای گردآوری اطلاعات
۷۱-۹-۳	منابع داده ها
۷۲-۱۰-۳	ابزار گردآوری داده
۷۲-۱۱-۳	روش سنجش روایی و پایایی ابزار
۷۸-۱۲-۳	روش های تجزیه و تحلیل داده ها
۷۹-۱۳-۳	محدودیت های طرح
۷۹-۱۴-۳	سازمان هایی همکاری کننده
۸۰-۱۵-۳	ملاحظات اخلاقی
	<b>فصل چهارم نتایج و یافته ها</b>

۴-۱) نتایج یافته های مطالعه توصیفی ..... ۸۱

۴-۲) نتایج یافته های مطالعه مداخله ای ..... ۸۴

#### فصل پنجم بحث

۵-۱) بحث و نتیجه گیری ..... ۱۰۳

۵-۲) پیشنهادات ..... ۱۱۹

فهرست منابع و مأخذ ..... ۱۲۱

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
<b>۴-۱) جداول مطالعه توصیفی</b>	
جدول ۴-۱: توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه مقطعی	۸۸
جدول ۴-۲: میانگین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد در مطالعه مقطعی	۸۹
جدول ۴-۳: میانگین انواع راهنمای عمل خارجی در مطالعه مقطعی	۹۰
جدول ۴-۴: میانگین اهمیت نگرش پرستاران به محوریت پیشگیری در مطالعه مقطعی	۹۱
جدول ۴-۵: ضریب همبستگی پیرسون بین سازه های مدل و عملکرد	۹۲
جدول ۴-۶: تحلیل رگرسیون چند متغیره در پیش بینی عملکرد	۹۳
جدول ۴-۷: ضرایب رگرسیون پیش بینی عملکرد پرستاران به تفکیک مراحل	۹۳
<b>۴-۲) جداول مطالعه مداخله ای</b>	
جدول ۴-۱: توزیع مشخصات دموگرافیک گروه مداخله و کنترل	۹۴
جدول ۴-۲: مقایسه میانگین نمره های آگاهی با عملکرد گروه های مداخله و کنترل قبل و بعد مداخله	۹۵
جدول ۴-۳: میانگین انواع راهنمای عمل خارجی گروه های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله	۹۶
جدول ۴-۳: مقایسه میانگین نمره های سازه های مدل با عملکرد گروه های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله	۹۷
جدول ۴-۵: توزیع فراوانی انواع راهنمای عمل داخلی گروه های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله	۹۸
جدول ۴-۷: توزیع فراوانی گزینه مورد استفاده برای راب دست در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله	۹۹
جدول ۴-۸: توزیع فراوانی میزان آلودگی میکروبی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله	۱۰۰
جدول ۴-۹: توزیع فراوانی نسبی تاثیر روش های آموزشی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله	۱۰۱

**فصل اوّل :**

**مقدّمه و کلیات**

**INTRODUCTION**



## ۱-۱) عفونت های بیمارستانی

امر سلامت و بهداشت و درمان یکی از مهم ترین مقولات ساختاری و سیاستگذاری دشوار در هر کشوری می باشد (۱). ادراک درست ذهنی از سلامت نه تنها موجب بهبود قابل توجه در استفاده از مراقبت های بهداشتی شده بلکه در افزایش رضایتمندی از خدمات بهداشتی نیز موثر است. تجربه نشان داده که بی توجهی و تبعیض در تنظیم و ارائه خدمات بهداشتی باعث کاهش قابل توجهی در رضایتمندی از گرفتن خدمات سلامتی می شود (۲). بیماران به طور فزاینده ای در امر انتخاب بهداشت و درمان درگیر هستند و بار هزینه های بهداشتی درمانی بر دوش بیماران همچنان رو به تزاید است. در این میان درک مفاهیمی چون کیفیت خدمات، سطح رضایتمندی بیماران، بهبود خدمات و مشارکت بیمار در امر مراقبت در دستیابی به مراقبت بهتر حائز اهمیت است (۳). بیمارستان نهادی بسیار ضروری است که برای تداوم حیات و حفظ جان انسان ها و بازگشت تندرستی بیماران به تدریج در زندگی انسان ها پدیدار گشته و به طور کلی به عنوان مراکز درمانی و بهداشتی به صورت بالقوه مکان هایی برای انتقال عوامل عفونی، پاتوژن ها و میکروارگانیسم ها محسوب می شوند (۴). اصطلاح (AEs)<sup>۱</sup> به عنوان عوارض جانبی ناشی از بستری شدن نامیده شده و به عنوان آسیب های ناشی از مدیریت مراقبت های بهداشتی (ونه به دلیل وضعیت بیمار و بیماری) تعریف می شود (۵، ۶). پنجاه درصد از عوارض جانبی ناشی از بستری شدن به دلیل خطاهای انسانی به وقوع می پیوندد. به طوری که به گزارش موسسه پزشکی خطاهای انسانی، عوارض جانبی ناشی از بستری شدن در بیماران بستری هشتمین علت اصلی مرگ در ایالات متحده آمریکا بوده و برآورد شده از ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مرگ و میر در هر سال را در بر می گیرد (۷). برخی از شرایط تسهیل کننده مهم برای بروز خطا در مراقبت های بهداشتی بر موارد زیر تاکید دارند: سن بیمار و شدت بیماری در هنگام بستری، وجود بیماری های زمینه ای، امکانات بستری در مدت اقامت، حضور کارکنان مراقبتی جوان و بی تجربه، عدم نظارت و بازرسی، از هم گسیختگی مراقبت، شکست های ارتباطی، نیروی انسانی پرستاری نا کافی و حجم کار بیش از حد (۸). عفونت ناشی از مراقبت یک

---

<sup>۱</sup> Adverse events.

دسته مهم و اصلی از این گروه می باشد که از همان آغاز شکل گیری بیمارستان ها وجود داشته و در حال حاضر نیز حتی با وجود آنتی بیوتیک های قوی و گاه جدید یکی از چالش های عمده در بهبود کیفیت مراقبت بوده (۹، ۱۰) و وقوع آن ها نشان دهنده وجود نقایص مهم در روند مراقبت های بهداشتی می باشد (۹). اصطلاح "بیمارستانی" "Nosocomial" به طور عموم به هر بیماری که بیمار در حین گرفتن مراقبت پزشکی دچار آن می شود، اطلاق می گردد (۱۱). اما به طور دقیق تر، عفونت بیمارستانی (NI)<sup>۱</sup> که همچنین به عنوان عفونت ناشی از مراقبت بیمارستانی یا مرتبط با آن (HAI)<sup>۲</sup> نیز خوانده می شود، عفونتی است که در طی بستری شدن بیمار در مراکز درمانی و یا گرفتن سایر امکانات پزشکی برای بیمار اتفاق می افتد، در حالی که در زمان پذیرش دچار آن نبوده است لذا سازمان جهانی بهداشت (WHO)<sup>۳</sup> با خواندن این عفونت ها به عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی – Health care associated Infection تعریف جامع تری از این عفونت ها ارائه کرده و در سال ۲۰۰۵ میلادی شعار مراقبت سالم مراقبت تمیزتر است (Clean care is safer care) را ارائه نموده است (۲۸). عفونت بیمارستانی عفونتی است که به صورت محدود یا منتشر در اثر واکنش های بیماری زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود و البته به شرطی که :

---

<sup>۱</sup> .Nosocomial infections

<sup>۲</sup> . Hospital associated/acquired infections

<sup>۳</sup> . World Health Organisation

۱. حداقل ۷۲-۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود یا طی دوره مشخص ۱۰-۳ روزه پس از ترخیص بیمار رخ می دهد .

۲. در زمان پذیرش فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوط را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد .

۳. معیارهای مرتبط با عفونت های اختصاصی (کد مربوطه) را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد(۱۰).

این عفونت ممکن است در طی بستری شدن یا بعد از ترخیص بیمار اتفاق افتد (۱۰, ۱۲) لذا عفونتی است که به بیمار منتقل شده و به عنوان نتایج و عوارض ناخوشایند درمان به حساب می آید که شامل عفونت بالینی (CS)<sup>۱</sup>، عفونت بافت نرم (STI)<sup>۲</sup>، عفونت محل جراحی (SSI)<sup>۳</sup>، پنومونی اکتسابی ناشی از ونتیلاتور (VAP)<sup>۴</sup>، عفونت خونی (BSI)<sup>۵</sup> و عفونت لاین های مرکزی مرتبط با خون (CLABSI)<sup>۶</sup> می باشد (۱۳-۱۶). عفونت ها مختص بیمارستان نیست و در هر مرکز ارائه خدمات بهداشتی امکان وقوع دارد. عفونت های مرتبط با شغل و حرفه نیز که بین کارکنان مراکز بهداشتی ایجاد می شود جزء این عفونت ها است (۵). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت سالانه ۱/۷ میلیون عفونت بیمارستانی روی می دهد و از هر ۲۰ نفر ۱ نفر دچار عفونت بیمارستانی شود. سالانه موجب مرگ ۹۹ هزار نفر شده و حدود ۳۲-۲۶ بلیون دلار هزینه به جامعه تحمیل می کند (۱۷, ۱۸). مطالعات نشان داده اند در اروپا و شمال آمریکا عفونت بیمارستانی ۱۰-۵ درصد از همه بستری ها

---

<sup>۱</sup>. Clinical sepsis

<sup>۲</sup>. Soft tissue infection

<sup>۳</sup>. Surgical site infections

<sup>۴</sup>. Ventilator acquired pneumonia

<sup>۵</sup>. Blood stream infection

<sup>۶</sup>. Central line associated blood stream infection

رخ داده است. در بخش هایی از آسیا، آمریکای لاتین و کشورهای جنوب صحرای آفریقا در بیش از ۴۰ درصد از بستری شدن های بیمارستانی به وقوع پیوسته است (۱۰). تخمین زده می شود که در آمریکا سالانه ۹۰۰۰۰ نفر بر اثر عفونت های بیمارستانی (HAIs) می میرند و تقریباً ۱۰-۵ درصد بیماران بستری در ایالت متحده گرفتار این عفونت ها شده و بسیاری دیگر عوارض ابتلا به این عفونت ها را تجربه می کنند (۱۸، ۱۹). این رقم در کشورهای در حال توسعه بیشتر است و سالانه ۴-۲ میلیون مورد عفونت بیمارستانی در این کشورها رخ می دهد به طوری که "یازدهمین" علت مرگ و میر و "پنجمین" علت مرگ و میر بیمارستانی است. این عفونت ها تأثیر زیادی بر میزان ابتلا، طول مدت بستری شدن و افزایش هزینه مراقبت های بهداشتی داشته به طوری که رقمی معادل ۵/۷ میلیون دلار تا ۶/۸ میلیارد دلار در سال رادر برمی گیرد و یکی از موضوعات مهم برای سلامت عمومی در سطح دنیا و به عنوان یک مشکل جدی در مراقبت های بهداشتی مطرح هستند. از علل شایع بیماری و مرگ و میر در میان بیماران بستری در بیمارستان و همچنین پرسنل می باشند (۱۰، ۱۸، ۲۰-۲۳). باید توجه داشت متوسط اقامت بیمار در بیمارستان یکی از شاخص های بسیار حیاتی در سنجش عملکرد بیمارستان بوده که این شاخص با هزینه، کارایی و کیفیت مراقبت ارتباط دارد (۲۴) و بسیاری از تحقیقات کاهش مدت اقامت بیمار در بیمارستان را به عنوان سطح عملکرد بهینه کارکنان و بیمارستان برشمرده اند (۲۵-۲۷). چرا که نشان دهنده درمان سریعتر بیمار، کارایی بهتر منابع و صرف هزینه های کمتر برای بیمار است (۲۸-۳۱). عفونت های بیمارستانی همچنین باعث افزایش شیوع مقاومت آنتی بیوتیکی و متعاقب آن بستری شدن طولانی مدت و افزایش استفاده از آنتی بیوتیک های وسیع الطیف و ظهور میکروارگانیسم های مقاوم به چند دارو (MDROs)<sup>۱</sup>، استافیلوکوکوک آئروس مقاوم به متی سیلین (MRSA)<sup>۲</sup> و نیز استافیلوکوک آئروس مقاوم به وانکومایسین (VRSA)<sup>۳</sup> در کل دنیا شده است (۲۳، ۳۲-۳۵) که تنها در آمریکا از حدود ۵۰-۶

---

<sup>۱</sup>. Multidrug-resistant organisms

<sup>۲</sup>. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

<sup>۳</sup>. Vancomycin resistant *Staphylococcus aureus*