

دانش، نگرش و عملکرد مدیران و مسئولین بخشهای بیمارستان امام حسین (ع) تهران در زمینه تاثیر عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست در سال ۱۳۹۱

مصطفی علوی مقدم^۱، محمود نبوی^۲، لطیف گچکار^۳، سید مصطفی حسینی ذیجود^۴، محمد معینیان^{۵*}

۱. دانشیار طب اورژانس، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۲. استادیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۳. استادیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری، معاون مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۴. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
۵. دستیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

*نشانی برای مکاتبه: تهران، خیابان شهید مدنی (نظام آباد سابق)، بیمارستان امام حسین (ع)، واحد توسعه پژوهشهای بالینی، تلفن:
moeinianmohammad@yahoo.com .۰۲۱۷۷۵۴۳۶۳۴

دریافت مقاله: مهر نود و سه پذیرش برای چاپ: آذر نود و سه

چکیده

سابقه و هدف: عفونتهای بیمارستانی، عوارض ناخواسته و گاه مرگ را در پی دارند و نیز هزینه های درمانی گزافی را بر بیماران تحمیل میکند. مطالعه حاضر با هدف تعیین دانش، نگرش و عملکرد مدیران و مسئولین بخشهای بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران در زمینه تاثیر عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.
روش کار: مطالعه حاضر از نوع *KAP Study* می باشد که در میان ۴۰ نفر از مدیران و مسئولین بخشهای مختلف بیمارستان انجام شد. برای جمع آوری داده های مربوط به دانش، نگرش و عملکرد آنها، از سه پرسشنامه و چک لیست تدوین شده توسط *WHO* استفاده گردید. داده توسط نرم افزار آماری *SPSS* نسخه ۱۷ آنالیز شد.
یافته ها: از مجموع ۴۰ مدیر و مسئول شرکت کننده (۶۲٪/۵) ۲۵ نفر زن و (۳۷٪/۵) ۱۵ نفر مرد بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده $44/5 \pm 7/3$ سال بود. تعداد کمی از مدیران و مسئولین توانستند به سوالات در زمینه دانش، پاسخ صحیح دادند. بیش از ۸۰٪ آنها نگرش مثبت در زمینه کنترل عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست داشتند. در کل بر اساس پرسشنامه ها عملکرد آنها در این زمینه نامناسب بوده است.

نتیجه گیری: در مطالعه حاضر دانش محدود و عملکرد نامناسب مدیران و مسئولین در زمینه کنترل عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست مشاهده شد. بنابراین برای بهبود وضعیت بیمارستانی، توجه بیشتر به این موضوع خاص جهت انجام اقدامات مقتضی در راستای اجرای پروتکلهای *WHO* در زمینه کنترل عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست احساس می شود.

واژگان کلیدی: مدیران، مسئولین، عفونت بیمارستانی، بهداشت دست

مقدمه

بیمارستانی می شود. این عفونت ها سالانه موجب ۹۹ هزار مورد مرگ و میر شده و حدود ۲۶ تا ۳۲ میلیارد دلار هزینه به جوامع تحمیل میکنند. تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد بیماران بستری در ایالات متحده این عفونت ها را تجربه می کنند. این رقم در کشورهای در حال توسعه بیشتر است و سالانه ۲ تا ۴ میلیون مورد عفونت بیمارستانی در این کشورها رخ میدهد تا آنجا که یازدهمین علت مرگ و میر و پنجمین علت مرگ و میر بیمارستانی میباشند. میزان این عفونتها در ایران از حداقل ۱/۹ درصد تا بیش از ۲۵ درصد گزارش شده است (۴، ۵). عفونت بیمارستانی می تواند منجر به ایجاد عوارض دائمی، افزایش طول مدت بستری، افزایش شدید هزینه های درمان، ایجاد ناراحتی بیمار و همراهان وی و حتی مرگ شود. عفونت های شغلی ایجاد شده در کارکنان مراکز درمانی نیز گهگاه مرتبط با عفونت

عفونتهای بیمارستانی گروهی از عفونت ها هستند که در پی بستری در بیمارستان یا اقامت در سایر مراکز بهداشتی درمانی به طور ثانویه، بیمار به آنها مبتلا می شوند. این عفونت ها طرف دو تا سه روز بعد از بستری و حداکثر ۶ هفته پس از ترخیص بدون احتساب دوره کمون بیماری، فرد را مبتلا می کنند. مهمترین عامل ایجادکننده آنها میکروارگانیسم های موجود در بدن بیماران هستند که به صورت تماس بیمار با بیمار دیگر و یا توسط کارکنان بهداشتی- درمانی در بیمارستان منتقل می شوند (۱، ۲). خطر بروز آنها حتی در مجهزترین و مدرن ترین بیمارستانهای کشورهای پیشرفته نیز وجود دارد (۳).

براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، سالانه ۱/۷ میلیون مورد عفونت بیمارستانی روی می دهد و از هر ۲۰ نفر بیمار یک نفر دچار عفونت

دیالیز، اورژانس، درمانگاه تخصصی، بخشهای پاراکلینیک (پاتولوژی، آزمایشگاه، رادیولوژی) می باشد.

با همکاری واحد کنترل عفونت بیمارستان، همه مدیران و مسئولین بخشهای بیمارستان بر اساس لیست معاونت آموزشی بیمارستان دعوت به همکاری شدند، و اهداف کلی طرح به اطلاع آنها رسانده شد و رضایتمانه کتبی از آنها اخذ گردید.

در مطالعه حاضر سه پرسشنامه استاندارد، که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) تهیه گردیده و قبلا در برخی نواحی دنیا اجراء و ارزیابی شده، استفاده گردید (۱۱). پایایی و روایی پرسشنامه ها از پیش تایید شده است (۱۲، ۱۳). در مطالعه حاضر، به منظور اینکه سوالات برای همه شرکت کنندگان بطور شفاف و قابل درک باشد، تمام پرسشنامه ها توسط متخصصین امر به زبان فارسی ترجمه و ترجمه آنها تایید گردید.

پرسشنامه اول که مربوط به دانش و نگرش بود، در میان همه مدیران و مسئولین بخشهای بیمارستان توزیع شد و بر نحوه پاسخدهی آنان نظارت و در پایان پرسشنامه ها جمع آوری گردید. این پرسشنامه ها شامل سوالاتی در مورد مشخصات فردی (سن، جنس، نوع مسئولیت، سابقه کار و سابقه اجرای پروتکل)، روشهای انتقال عفونتهای بیمارستانی، نحوه پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست، همچنین سوالاتی در مورد میزان مشارکت مدیران بیمارستان در مورد اجرای پروتکل بهداشت دست بود.

پرسشنامه دوم از طریق بازدید میدانی توسط محقق در بخشهای بیمارستان تکمیل شد، که در زمینه نحوه اجرای پروتکل سازمان بهداشت جهانی در مورد بهداشت دست توسط بخشهای بیمارستان، وضعیت پرسنلی، امکانات و عملکرد مسولین و مدیران است و پرسشنامه سوم با مراجعه محقق به محل توزیع صابون بیمارستان و همچنین داروخانه مرکزی بیمارستان، که محل خرید محلولهای شستشوی دست با پایه الکل می باشد، تکمیل گردید.

پس از جمع آوری و ثبت اطلاعات از طریق پرسشنامه ها، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹، تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت و میزان دانش، نگرش و عملکرد بهداشت دست در مدیران و مسئولین بخشهای بیمارستان تعیین شد.

برای توصیف وضعیت از فراوانی، میانگین، میانه و انحراف معیار و درصد استفاده شد و برای بررسی رابطه از آزمونهای آماری مربع کای و تی و آنالیز واریانس (و در صورت لزوم از معادل ناپارامتری آن) استفاده شد. $P > 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۴۰ نفر از مدیران و مسئولین بخشهای مختلف بیمارستان امام حسین (ع)، که ۲۵ (۶۲/۵٪) نفر زن و ۱۵ (۳۷/۵٪) نفر مرد بودند، با همکاری واحد کنترل عفونت بیمارستانی، طبق اطلاع قبلی برای شرکت در مطالعه دعوت گردیدند.

میانگین سنی این افراد $44/5 \pm 2/7$ سال بود. میانگین سابقه مدیران و مسئولین در مسئولیت فعلی $5/5 \pm 4/6$ سال (۱-۱۸ سال) بود. ۲۴ نفر (۶۰٪) آنها زیر ۳ سال سابقه داشتند. ۱۶ نفر (۴۰٪) تجربه قبلی اجرای پروتکل رعایت بهداشت دست را داشته اند.

اطلاعات مربوطه به میزان دانش مدیران و مسئولین بخشها در مورد میزان تاثیر عفونتهای بیمارستانی و میزان رعایت بهداشت دست در جدول ۱- آمده است. میزان دانش، ارتباط معنی داری با جنس، سابقه اجرای دستورالعمل رعایت بهداشت دست و مدت زمان سابقه مسئولیت فعلی آنان نداشت.

های بیمارستانی بوده و باعث اختلال عملکرد پرسنل و افزایش استرس بیمار، افزایش هزینه های درمان و ایجاد معضلات عمده در بیماران میشود (۶).

بخش مهمی از این عفونت ها قابل پیشگیری هستند. جمع کل هزینه های صرف شده برای کنترل عفونت های بیمارستانی در مقابل هزینه های لازم جهت درمان بسیار کمتر میباشد. رعایت بهداشت دست، روش بسیار ساده در کاهش عفونت های بیمارستانی، جلوگیری از گسترش مقاومت میکروبی و افزایش ایمنی بیماران می باشد (۷).

با وجود اهمیت بهداشت دست در پیشگیری از عفونت های بیمارستانی، هنوز این مسئله به عنوان سیاست مسولین و مدیران بهداشتی جهان تبدیل نشده است و رعایت آن در سطح پایین و نامطلوبی قرار دارد (۵)؛ بطوریکه بررسی مروری مطالعات مربوط به تبعیت از پروتکل های بهداشت دست نشان میدهد که عملکرد بهداشت دست در اکثر بخش های بیمارستانها ضعیف است (۸).

مدیران و مسئولین بخشهای مختلف بیمارستانها به عنوان افراد تاثیرگذار و تصمیم گیرنده در زمینه مراقبتهای بهداشتی با اقداماتی نظیر به کارگیری اصول احتیاط استاندارد، اختصاص بودجه، برنامه ریزیهای کلان در زمینه عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست، تامین نیروی انسانی کافی و به کارگیری موازین پیشگیری، نقش منحصر به فردی در کنترل و پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی دارند. به همین دلیل، مدیران و مسئولین بیمارستانی می بایست اطلاعات علمی صحیح و کافی از انواع عفونت های بیمارستانی و روش های پیشگیری از ایجاد آنها داشته باشند تا بتوانند بهترین تصمیمات و رویه را اتخاذ نمایند. باید باورها، گرایشات و عملکرد آنان نسبت به رعایت این موارد تقویت شود تا بتوانند بیماران را از ابتلا به این عفونت ها محافظت نموده و هر چه سریعتر به خانواده و اجتماع بازگردانند (۹).

پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی مساله ای است که توجه به سه مفهوم آگاهی، نگرش و عملکرد را می طلبد (۱۰)، از اینرو ما در مطالعه حاضر بر آن شدیم تا آگاهی، نگرش و عملکرد مدیران و مسئولین بخشهای مختلف یکی از بیمارستانهای مرکزی شهر تهران، بیمارستان آموزشی و درمانی امام حسین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، را نسبت به خطرات ناشی از عفونت های بیمارستانی و همچنین راههای پیشگیری از آنها را در سال ۱۳۹۱ بررسی نماییم. کاربرد این مطالعه در جهت شناخت نقاط ضعف احتمالی مدیران و مسئولین از منظر دانش، نگرش و عملکرد آنان در مورد بهداشت دست و میزان پذیرش آنها برای اجرای پروتکل سازمان بهداشت جهانی است تا بتوان بر پایه این واقعیات برنامه های آموزشی مداوم، جهت این قشر طراحی و اجرا نمود تا بتوان انتقال عفونتهای بیمارستانی را به حداقل میزان رسانده و از هزینه های که صرف درمان این موارد میشود کاست.

روش کار

مطالعه از نوع توصیفی برای تعیین دانش، نگرش و عملکرد knowledge- Attitude-Practice (KAP) است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش مدیران و مسئولین بخشهای مختلف بیمارستان امام حسین (ع) بوده اند، که یک بیمارستان عمومی آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، با قدمت ۲۸ سال است و دارای پانزده بخش تخصصی، بعلاوه ICU، CCU، NICU،

جدول-۱. میزان دانش مسئولین بخشها و مدیران بیمارستان امام حسین(ع) تهران در مورد میزان تاثیر عفونتهای بیمارستانی و میزان رعایت بهداشت دست.

تعداد (درصد) افرادی که پاسخ صحیح داده اند.	پاسخ صحیح	
۸ (۲۰٪)	۱۰-۱٪	چند درصد از بیماران بستری مبتلا به عفونتهای بیمارستانی میگردند؟
۲۱ (۵۲/۵٪)	خیلی زیاد	میزان تاثیر عفونتهای بیمارستانی در سرنوشت بالینی بیماران چقدر است؟
۲۲ (۵۵٪)	خیلی زیاد	میزان اثربخشی رعایت بهداشت دست در پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی چقدر است؟

کردند. تعداد ۱۰ نفر (۲۵٪) آنها پرستاران، رزیدنتها و پزشکان ارشد بیمارستان را الگوی مناسبی برای سایرین در جهت رعایت بهداشت دست می دانستند. تعداد ۱۰ نفر (۲۵٪) بیان داشتند که بیماران بیمارستان بطور عملی از اهمیت رعایت بهداشت دست مطلع می گردند. از دیدگاه ۸ نفر (۲۰٪)، در میان اصول رعایت ایمنی و سلامت بیماران، رعایت بهداشت دست در بیمارستان از اولویت خیلی زیاد برخوردار بود. اولویت زیاد، متوسط و کم به ترتیب پاسخ ۲۲، ۷ و ۳ نفر از افراد بود. نیمی از آنها (۲۰ نفر) بیان داشتند که پرسنل درمانی اهمیت زیادی برای درخواست آنها در مورد رعایت بهداشت دست قائل هستند. اطلاعات مربوط به نگرش مسئولین بخشها و مدیران بیمارستان در مورد تاثیر انجام اقدامات لازم در بهبود رعایت بهداشت دست در جدول ۲ آورده شده است.

از دیدگاه نیمی از افراد (۲۰ نفر) عفونتهای بیمارستانی تاثیر بسیار زیادی بر هزینه های بیمارستان داشت و تاثیر زیاد و کم به ترتیب پاسخ ۱۸ و ۲ نفر از شرکت کنندگان بود. تعداد ۳۶ نفر (۹۰٪) اذعان داشتند که محلول با پایه الکل جهت شستشو در بیمارستان در دسترس می باشد و ۱۸ نفر (۴۵٪) بیان داشتند که در صورتیکه پرسنل درمانی بخواهند در حین ویزیت بیماران بهداشت دست را رعایت کنند، خیلی کم به زحمت می افتند. ۱۷ نفر از افراد شرکت کننده بیان داشتند که در ۴۰٪ (۱۰۰-۵٪) مواقعی که نیاز به شستشوی دست توسط کارکنان وجود دارد، در بیمارستان واقعا شستشوی دست انجام میگیرد و ۲۳ نفر (۵۷/۵٪) اظهار بی اطلاعی

جدول-۲. توزیع نحوه نگرش مسئولین بخشها و مدیران بیمارستان امام حسین(ع) تهران در مورد تاثیر انجام اقدامات لازم در بهبود رعایت بهداشت دست

تاثیر خیلی کم (نفر)	تاثیر کم (نفر)	تاثیر متوسط (نفر)	تاثیر زیاد (نفر)	تاثیر خیلی زیاد (نفر)	به نظر شما انجام هر کدام از اقدامات زیر در بیمارستان چه تاثیری در بهبود رعایت بهداشت دست دارد؟
۱	۲	۵	۱۳	۲۰	مدیران ارشد بیمارستان (و شخص شما) رعایت بهداشت دست را حمایت و ترویج دهند.
۰	۱	۵	۹	۲۵	مایع شستشوی دست با پایه الکل در تمام نقاط بیمارستان در دسترس باشد.
۰	۲	۰	۱۹	۱۹	پوستره های رعایت بهداشت دست در تمامی نقاط بیمارستان نصب گردیده باشند.
۰	۰	۳	۱۰	۲۷	هریک از پرسنل بیمارستان، دوره آموزش بهداشت دست را بگذرانند.
۰	۱	۱	۱۳	۲۵	کارکنان بیمارستان نتیجه رعایت بهداشت دستشان را در کنترل عفونت بطور منظم مطلع گردند.
۱	۲	۳	۹	۲۵	اساتید، رزیدنتهای ارشد و سرپرستاران خود بهداشت دست را به طور عملی رعایت کنند (بطوریکه به عنوان الگوی سایرین باشند).
۳	۱	۲	۱۲	۲۲	بیماران به طور منظم از پرسنل بخواهند، که آنها رعایت بهداشت را به خاطر داشته باشند.

بیماران و یا به پایه ترالی دارویی بخش نمی باشند و در ضمن هیچ محلول شستشو با پایه الکل بصورت special pocket در اختیار هیچ یک از پرسنل درمانی (پزشک ، پرستار و ...) نمی باشد.

بخش چهار بخش (ارتوپدی، I.C.U، دیالیز و درمانگاه)، مابقی سینکهای بیمارستان فاقد پوستر طبقه شستشوی دست می باشند.

تمامی بخشهای بیمارستان دارای مسئول تعویض و جایگزینی صابون مایع و همچنین محلول شستشو با پایه الکل هستند.

نسبت تخت بیمار به سینک در بیمارستان: ۲/۳۴

نسبت تخت بیمار به تعداد محلول شستشو با پایه الکل نصب شده بر دیوار بیمارستان: ۵/۹۵

نسبت تخت بیمار به تعداد رزیدنت در هر سال تحصیلی : ۹/۴

نسبت تخت بیمار به تعداد پرسنل پرستاری(پرستار، بهیار و...) در هر شیفت : ۳/۵

نسبت تخت بیمار به تعداد پرسنل کمکی (خدمه مسئول تمیز کردن بخش و...) در هر شیفت : ۸/۴

قبلا آموزش شستشوی دست برای کلیه پرسنل بجز پزشکان اجرا شده است ولی برنامه منظم تکرار آموزش و بررسی میزان مقبولیت (Compliance) اجراء نشده است.

پرسشنامه سوم با مراجعه محقق به محل توزیع صابون بیمارستان و همچنین داروخانه مرکزی بیمارستان، که محل خرید محلولهای شستشوی دست با پایه الکل می باشد، تکمیل شده است که نتایج آن در جدول-۳ آورده شده است.

یافته های مربوط به پرسشنامه دوم که از طریق بازدید میدانی در بخشهای بیمارستان تکمیل شده، به ترتیب زیر است:

- بیمارستان دارای کمیته کنترل عفونت است. کنترل عفونت بیمارستان دارای یک پزشک متخصص عفونی به عنوان مسئول و یک پرستار به عنوان پرسنل.
- تعداد سینکهای موجود در بخشهای درمانی بیمارستان : ۲۱۸
- تمامی سینکهای موجود دارای آب تمیز هستند.
- ۲۱۲ سینکهای موجود دارای صابون مایع هستند.
- تعداد محلول شستشو با پایه الکل نصب شده بر دیوار بخشهای: ۸۶
- در بیمارستان در هر زمان تنها یک نوع صابون مایع و یک نوع محلول شستشو با پایه الکل وجود دارد و در ضمن میزان مقبولیت و یا حساسیت پوست پرسنل به آنها سنجیده نمی شود.
- تمام سیک های بیمارستانی، بجز سینکهای موجود در اتاقهای درمانگاه، فاقد دستمال کاغذی می باشند.
- تنها ۴ سینک در کل بیمارستان کامل می باشند، یعنی هم آب تمیز و هم محلول شستشو با پایه الکل و هم دستمال کاغذی به طور همزمان دارند.
- بجز چهار سینک ذکر شده، مابقی فاقد محلول شستشو با پایه الکل است.
- تمامی اتاقهای Ttreatment بخشهای بیمارستان فاقد سینک می باشند (منظور اتاقهایی است که پرستاران اقدام به چپنش دارو در تریلیهای مربوطه می نمایند) ولی دارای بطریهای محلول شستشو با پایه الکل می باشند.
- تمامی اتاقهای بیماران بیمارستان دارای سینک همراه با آب تمیز و صابون مایع هستند. ولی هیچکدام دارای محلول شستشو با پایه الکل نیستند.
- تمامی محلولهای شستشوی با پایه الکل در سالنهای بیمارستان نصب شده اند و هیچ یک از آنها در داخل اتاقهای بیمارستان و یا نصب به تخت

جدول-۳. اطلاعات مربوط به میزان خرید محلول شستشو با پایه الکل توسط داروخانه و میزان توزیع صابون مایع بیمارستان امام حسین (ع) تهران در شش ماه اول سال ۱۳۹۱ برای کل بیمارستان.

ماه	تعداد کل بیمار بستری در بیمارستان	Number of patient-days related to the facility	میزان محلول با پایه الکل خریداری شده (لیتر)	میزان صابون مایع توزیع شده(لیتر)
فروردین	۱۷۹۷	۶۷	۱۹۴	۱۳۰۰
اردیبهشت	۲۱۳۹	۶۶	۱۹۴	۱۳۰۰
خرداد	۲۰۰۵	۶۷	۱۶۷	۱۳۰۰
تیر	۲۰۶۱	۶۶	۱۵۱	۱۳۰۰
مرداد	۲۰۹۰	۶۳	۱۷۱	۱۳۰۰
شهریور	۲۰۱۴	۶۸	۱۵۶	۱۳۰۰
مجموع ۶ ماه			۱۰۳۳	۷۸۰۰

بحث

در مطالعه حاضر تعداد کمی از مدیران به سوالات در زمینه دانش پاسخ صحیح داده اند و در مجموع می توان اظهار داشت که میزان دانش مسئولین بخشها و مدیران بیمارستان شرکت کننده، در مورد میزان تاثیر عفونتهای بیمارستانی و رعایت بهداشت دست براساس پرسشنامه اول پایین است و این میزان کم دانش مدیران و مسئولین بخشها ارتباط معنی داری با جنسیت، سابقه اجرای دستورالعمل رعایت بهداشت دست، مدت زمان مسئولیت فعلی و سابقه کاری ندارد. این یافته زنگ خطری برای مدیران و مسئولین است. زیرا که مدیران و مسئولین تصمیم گیرندگان و سیاستگذاران اصلی در این زمینه هستند و با دانش کم نمیتوانند کمک شایانی به بیمارستانها در مورد کنترل و پیشگیری عفونتهای بیمارستانی نمایند که می بایست مورد توجه بیشتر قرار گیرد. از طرفی نیمی از آنها اظهار داشته اند که پرسنل درمانی اهمیت فراوانی برای درخواست آنها در مورد رعایت بهداشت دست قائلند.

بررسیها نشان دهنده محدودیت مطالعات صورت گرفته در زمینه بهداشت دست در ایران میباشد (۵). مطالعه ای که با هدف بررسی آگاهی سوپروایزهای پرستاری در مورد عفونت های بیمارستانی در بیمارستانهای ارتش صورت گرفت، آگاهی سوپروایزها را مناسب گزارش داد (۱۴). مدیران و مسئولین بیمارستان امام حسین نگرش مثبتی در مورد رعایت بهداشت دست و کنترل عفونتهای بیمارستانی دارند، بدین ترتیب که ۷۵٪ آنها رعایت بهداشت دست را در میان اصول رعایت ایمنی و سلامت بیماران، اولی می دانند و ۹۵٪ آنها بر این باورند که عفونتهای بیمارستانی تاثیر بسزایی در هزینه های بیمارستانی دارد. بیش از ۸۰٪ آنها معتقدند که انجام اقدامات لازم که در جدول ۲ آمده است می تواند تاثیر زیاد و بسیار زیادی در بهبود رعایت بهداشت دست در بیمارستان داشته باشد.

فقط ۱۰ نفر (۲۵٪) آنها پرستاران، رزیدنتها و پزشکان ارشد بیمارستان را الگوی مناسبی برای سایرین در جهت رعایت بهداشت دست می دانند. در مطالعات قبلی نشان داده شده که پذیرش بهداشت دست از سوی پزشکان و مسئولین بر رفتار سایر گروه های شغلی و همکاران تاثیر گذار است (۱۵)، از آنجایی که این افراد، خود بعنوان الگوی پذیرش بهداشت دست برای دیگر کارکنان هستند، لذا تغییر در نگرش مدیران و مسئولین میتواند در پیشرفت اجرای دستورالعمل بهداشت دست موثر واقع شود. البته طبق مطالعه حاضر سابقه اجرای دستورالعمل رعایت بهداشت دست تاثیری در نگرش مدیران و مسئولین نداشته است.

پرسشنامه دوم که از طریق بازدید میدانی در بخشهای بیمارستان تکمیل شده، تا حدی منعکس کننده عملکرد نامناسب مدیران و مسئولین بیمارستان است. عدم وجود دستمال کاغذی بر بالای سینک دستشویی داخل اتاقها، دور بودن محلولهای شستشوی با پایه الکل نصب شده، عدم وجود محلول شستشو با پایه الکل بصورت pocket special، عدم نظرسنجی در مورد میزان انطباق صابونها و همچنین محلول شستشو با پایه الکل با پوست و ذائقه افراد از یک سو و کمبود پرسنل کنترل عفونت بیمارستان، کمبود پرسنل پرستاری، خدمات و نیز رزیدنتها و شلوغی بیمارستان از سوی دیگر بر میزان پذیرش بهداشت دست، می تواند تاثیر منفی داشته باشد. در مطالعات قبل، علل مختلفی موثر بر میزان پذیرش بهداشت ذکر شده اند. Kampf اولین قانون طلایی جهت ارتقای پذیرش بهداشت دست را انتخاب محلول الکی سازگار با پوست و مورد قبول پرسنل درمانی عنوان کرد (۱۷). عوامل دیگری نیز در افزایش میزان پذیرش مؤثر شناخته شده اند که از جمله ی آن، در دسترس بودن ظروف محلول الکی

و بخصوص تهیه ظروف جیبی می باشد و از سایر عوامل بسیار مؤثر آموزش پرسنل و ایجاد انگیزه جهت بهداشت دست ذکر شده اند که میزان پذیرش را از ۴۸ درصد به ۶۶ درصد در مطالعه Pittet و همکاران افزایش داده است (۱۸). Carroll و همکاران عامل کلیدی ارتقای بهداشت دست را حمایت مسؤولین، اهدای جوایز، تشویق پرسنل و دادن بازخورد معرفی میکنند (۱۹). در مطالعه Pittet و همکاران همانند مطالعه حاضر عدم رعایت بهداشت دست با شلوغی بیمارستان ارتباط داشته است (۲۰).

با این وجود در بیمارستان مورد مطالعه گامهایی برای اجرای دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی برداشته شده و یکبار آموزش برای پرسنل درمانی اجرا شده و پوستهای مربوطه نصب شده است. به دلیل کمبود نیروی شاغل در کنترل عفونت بیمارستان و مشغله فراوان پرستار شاغل در آن، آموزشهای دوره ای و همچنین نصب مجدد پوستهای آموزشی، ارزیابی وضعیت پذیرش پرسنل و فیدبک آن نامنظم و با تاخیر انجام میگردد، که می بایست مورد توجه بیشتری از سوی مدیران و مسئولین بخشها قرار گیرد.

نسبت تخت بیمار به سینک دستشویی در بیمارستان (۲/۳) مطلوب است ولی نسبت تخت بیمار به تعداد محلول شستشو با پایه الکل نصب شده بر دیوار بیمارستان (۵/۹) مطلوب نیست. با اینکه سطح امکانات مرکز درمانی می تواند بر میزان پذیرش بهداشت دست کارکنان تاثیر گذار باشد اما در مطالعه linkford و همکاران دسترسی بهتر به سینک دستشویی در افزایش میزان شست و شو تأثیری نداشته است (۱۶).

در مطالعه حاضر برای بررسی غیرمستقیم رعایت بهداشت دست و نتیجه عملکرد مدیران و مسئولین با استفاده از پرسشنامه سوم، از میزان صابون مایع توزیع شده و میزان خرید محلول شستشو با پایه الکل توسط داروخانه استفاده شد، که میزان مایع صابون توزیع شده هیچ تفاوتی نکرده و میزان محلول شستشو با پایه الکل خریداری شده کاهش نیز داشته است، که به طور غیرمستقیم تایید کننده میزان پایین پذیرش بهداشت دست در پرسنل بیمارستان می باشد. در ضمن میزان مصرف صابون مایع در شش ماه ۷۸۰۰ لیتر بوده است، که نسبت به میزان خرید محلول شستشو با پایه الکل توسط داروخانه، که ۱۰۳۳ لیتر برای شش ماه بوده است، بیشتر می باشد.

ملاحظه می شود که میزان مقبولیت رعایت بهداشت دست میتواند تحت تاثیر آگاهی، نگرش و عملکرد مدیران و مسئولین باشد. پذیرش رعایت بهداشت دست در پرسنل مراکز درمانی در کل دنیا یک مشکل عمده می باشد. بهبود رعایت بهداشت دست یک ایده جدید در دنیا نیست و پروتکلهای متعدد در دنیا تهیه شده است و در حال حاضر در دنیا اجراء می گردد و جزء برنامه های آموزش مداوم سیستمهای بهداشتی و درمانی می باشد (۱۳، ۲۰). برای بهبود وضعیت لازمست میزان دانش، نگرش و عملکرد بهداشت دست در پرسنل درمانی و مسئولین را به طور اولیه بررسی و تعیین نمود و سپس آموزشهای لازم و تغییرات مناسب در محیط و شرایط کاری را ایجاد و مجدداً در زمانهای مشخص و به طور منظم آن را ارزیابی نموده و مقبولیت رعایت بهداشت دست را در پرسنل افزایش داد و در نتیجه موجب کاهش انتقال و بروز عفونتهای بیمارستانی شد.

با توجه به اهمیت بهداشت دست در کاهش انتقال میکروبها و تاثیر آن در کاهش عفونتهای بیمارستانی و کاهش آمار مرگ و میر بیماران (۴، ۵، ۱۵)، شایسته است که در سطح کشور مسئولان بهداشت و درمان، ارتقای بهداشت دست را بعنوان یک تقدم و اولویت بهداشتی ملی قرار دهند و زمینه مناسب را برای تهیه سرمایه، هماهنگی و اجرائی شدن برنامه های

توجه داشت از آنجا که علل عملکرد ضعیف در بهداشت دست چندگانه می باشند (۲۱) به نظر می رسد رویکردهای چندگانه (multimodal) نیز در جهت بهبود آن باید صورت گیرند.

نتیجه گیری

در مجموع اگرچه مدیران بیمارستان نگرش مثبتی به رعایت بهداشت دست و پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی دارند اما میزان دانش آنها پایین بوده و عملکرد مناسبی در این زمینه نداشته اند. این یافته ها زنگ خطری برای مدیران و مسئولین است و پیشنهاد میشود آموزش بهداشت دست در برنامه آموزشی مدیران بیمارستانها گنجانده شود و شرایط محیطی بیمارستانها نیز باید اصلاح گردد و آموزشها بطور دوره ای تکرار گردند. بطور دوره ای و منظم عملکرد بهداشت دست پرسنل ارزیابی و نتایج آنها به اطلاع آنها و مسئولین رسانده شود.

تشکر و قدردانی

تشکر و سپاس فراوان از کمیته کنترل عفونت، مدیران و مسئولین شرکت کننده در مطالعه، پرسنل محترم معاونت آموزشی و همچنین پرسنل واحد توسعه پژوهشهای بالینی بیمارستان امام حسین (ع) تهران، که بدون همکاری و همراهی آنها امکان انجام این مطالعه وجود نداشت.

بهداشت فردی در سطح جامعه فراهم نمایند و مدیران بیمارستانها امکانات دسترسی آسان پرسنل به مواد و لوازم مورد نیاز بهداشت دست مثل دستشوئی کافی، صابون، محلولهای مناسب و سازگار با پوست دست را فراهم کنند، برنامه های آموزش دوره ای و منظم برای تمام پرسنل تدارک ببینند، اقدامات کنترل و نظارتی مناسب را اجرا نمایند، همچنین راهکارهایی جهت ایجاد انگیزه و نگرش مثبت نسبت به بهداشت دست به اجرا در آورند.

مطالعه حاضر با حجم نمونه کم انجام شده است. ضروری است مطالعات گسترده تر با حجم نمونه بیشتر صورت گیرد تا تعمیم پذیری نتایج حاصل از مطالعه افزایش یابد. این نکته قابل ذکر است که فراخوان مدیران و مسئولین برای شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه، با توجه به مشغله فراوان آنها بسیار مشکل بود.

در مجموع نتایج این بررسی می تواند زنگ خطری برای مسئولین باشد. اما با توجه به اینکه هر گونه برنامه ریزی منسجم در زمینه رعایت بهداشت دست توسط کارکنان به عنوان ابزار کارآمد پیشگیری از عفونت های بیمارستانی، نیاز به علت یابی دارد، پیشنهاد می شود علل میزان پذیرش پایین بهداشت دست در سطح بیمارستان ها مورد مطالعه قرار گیرد. باید

REFERENCES

1. Mette SA. When should central venous catheters be changed in the intensive care unit? Should there be a rigid time, based protocol for doing so? Cleveland Clinic journal of medicine. 2001;68(12):994-6.
2. Amini M, Sanjary L, Vasei M, Alavi S. Prevalence of the Nosocomial Infections and its Related Factors in Intensive Care Unit of Mostafa Khomeini Hospital Based on the National Nosocomial Infection Surveillance System. HBI_Journals. 2009;7(1):9-14.
3. 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.e7-12.
4. 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. American journal of infection control. 2010;38(9):671-5.
5. Najafi Ghezljeh T, Abbas Nejhadd Z, Rafii F. A Literature Review of Hand Hygiene in Iran. Iran Journal of Nursing (2008). (۵۹۲۳-۲۰۱۳);۲۵(۸۰):۸۰-۸۵.
6. van de Mortel T, Bourke R, McLoughlin J, Nonu M, Reis M. Gender influences handwashing rates in the critical care unit. American journal of infection control. 2001;29(6):395-9.

۷. Conterno LO, Shymanski J, Ramotar K, Teye B, Zvonar R, Roth V. Impact and cost of infection control measures to reduce nosocomial transmission of extended-spectrum beta-lactamase-producing organisms in a non-outbreak setting. *The Journal of hospital infection*. 2007;65(4):354-60.
۸. Mertz D, Johnstone J, Krueger P, Brazil K, Walter SD, Loeb M. Adherence to hand hygiene and risk factors for poor adherence in 13 Ontario acute care hospitals. *American journal of infection control*. 2011;39(8):693-6.
۹. 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 Journal of Nursing*. 2010;23(64):17-28.
۱۰. Ghadmgahi F, Zighaimat F, Ebadi A, Houshmand A. Knowledge, attitude and self-efficacy of nursing staffs in hospital infections control. *MilMed Journal*. 2011;13(3):167-72.
۱۱. http://www.who.int/gpsc/5may/tools/evaluation_feedback/en/index.html [cited 2013]. revised August 2009]:
۱۲. Abdulraheem IS, Amodu MO, Saka MJ, Bolarinwa OA, Uthman MMB. Knowledge, Awareness and Compliance with Standard Precautions among Health Workers in North Eastern Nigeria. *J Community Med Health Edu*. 2012; 2:131.
۱۳. Sax H, Allegranzi B, Chraiti MN, Boyce J, Larson E, Pittet D. The World Health Organization hand hygiene observation method. *American journal of infection control*. 2009;37(10):827-34.
۱۴. Amerion A, Tavakoli R, Sanaeinasab H, Karimizarchi A. Knowledge of Hospital Infection Control by Supervisors in Three selected Military Hospitals in Islamic Republic of Iran. *Eur J Sci Res*. 2010: 660-5.
۱۵. Feather A, Stone S, Wessier A, Boursicot K, Pratt C. 'Now please wash your hands': the handwashing behaviour of final MBBS candidates. *Journal of Hospital infection*. 2000;45(1):62-4.
۱۶. Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of healthcare workers. *Emerging infectious diseases*. 2003;9(2):217-23.
۱۷. Kampf G. The six golden rules to improve compliance in hand hygiene. *Journal of hospital infection*. 2004;56:3-5.
۱۸. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouroug P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet*. 2000;356(9238):1307-12.
۱۹. Carroll C, Gladson S, Camins B. "Your Hands Touch Many Lives": A Hand Hygiene Compliance Improvement Campaign. *American journal of infection control*. 2006;34(5):E27-E8.

۲۰ Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infection control and hospital epidemiology* : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America. 2009;30(7):611-22.

۲۱ Whitby M, McLaws M-L, Slater K, Tong E, Johnson B. Three successful interventions in health care workers that improve compliance with hand hygiene: is sustained replication possible? *American journal of infection control*. 2008;36(5):349-55.