

موانع رعایت بهداشت دست از دیدگاه پرستاران بخش‌های نوزادان تبریز

محمد ارشدی بستان آباد^۱، ملیحه اسداللهی^۲، مهناز جبرئیلی^۳، مجید محله‌ای^۴، *مرضیه عبدالعلی پور^۵

چکیده

مقدمه: عفونت، علت اصلی مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه می‌باشد، بهترین، موثرترین و کم هزینه ترین روش پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی، رعایت بهداشت دست به خصوص شستن دست قبل و بعد از تماس با هر نوزاد می‌باشد اما تحقیقات نشان می‌دهند که پرسنل بهداشتی عملکرد ضعیفی در این مورد دارند. مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع رعایت بهداشت دست در پرسنل پرستاری بخش‌های نوزادان و NICU انجام گرفت.

روش: در یک پژوهش توصیفی-مقطعی، ۱۵۰ پرستار شاغل در بخش‌های نوزادان و NICU چهار بیمارستان شهر تبریز به روش تمام شماری مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها از طریق پرسشنامه محقق ساخته که روایی آن توسط ۱۴ نفر از اساتید دانشکده پزشکی و پرستاری انجام و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ تأیید شده بود جمع آوری گردید.

یافته‌ها: در بررسی میانگین نمرات هر یک از گویه‌های پرسشنامه، بیشترین موانع رعایت بهداشت دست به ترتیب "اعتقاد به بهداشت دست، نوع نگرش به تاثیر بهداشت دست در کنترل عفونت، تعداد نوزادان بستری در بخش، نبود دستمال کاغذی، حجم کاری بالا، رعایت بهداشت دست توسط سرپرستار و پزشکان" بودند. افراد با سابقه کاری بالاتر موانع مدیریتی را در رعایت بهداشت دست موثرتر از سایر موانع دانستند ولی سایر متغیرهای دموگرافیک با نمره کل دیدگاه نسبت به موانع، رابطه معنی‌دار نداشتند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد تلفیقی از عوامل ذکر شده از جمله فرهنگ سازی مناسب جهت تقویت اعتقاد به بهداشت دست در میان پرستاران، استاندارد کردن آمار بخش‌های نوزادان، تهیه به موقع و به میزان کافی دستمال کاغذی، تمهیدات مدیریتی در مواقع شلوغی بخشها (مثل توجه به نسبت پرستار به بیمار) و استفاده از الگوهای موفق و پایبندی مدیران، می‌تواند در حل مشکل بهداشت دست موثر واقع شود.

واژگان کلیدی: پرستار، بهداشت دست، موانع، نوزادان، عفونت بیمارستانی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۱۱

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۲- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۳- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۴- استادیار فوق تخصص نوزادان، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات سلامت کودکان.
- ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات دانشجویی. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: nabdolalipour@yahoo.com

مقدمه

عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی و درمانی یکی از شایعترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستانهای کشورهای در حال توسعه و پیشرفته محسوب می شود (۱). این عفونتها تهدیدی برای سلامتی بیمار بوده و با طولانی کردن مدت اقامت در بیمارستان، عوارض زیادی با خود به همراه دارد (۲). یکی از مهم ترین مشکلات و چالشها در بخش های ویژه مواجهه با این عفونتها می باشد (۳) زیرا بیماران بستری در بخش های ویژه به سبب وجود عوامل خطر سازی چون صدمات متعدد، پایین بودن سطح هوشیاری و ضعف مکانیسم های پیشگیری کننده، بیش از سایر بیماران در معرض خطر عفونت بیمارستانی قرار دارند (۳،۴). بر اساس آمارهای موجود، بخش مراقبتهای ویژه علی رغم اینکه فقط ۱۰-۵ درصد تختهای بیمارستانی را شامل می شود، ۲۰ درصد از کل عفونت های بیمارستانی را به خود اختصاص داده و مرکز اصلی ظهور میکروبیهای مقاوم و مقاومت های آنتی بیوتیکی هستند (۵).

مطالعات نشان می دهد علت اصلی مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه ابتدا به عفونت می باشد (۶) و از طرفی در قرن اخیر به علت پیشرفت تکنولوژی درمان نازایی، آمار نوزادان چندقلویی و نارس حاصل نازایی مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه افزایش یافته (۷) و با توجه به این امر که نوزادان نارس بستری در بخش های ویژه نوزادان، به علت نارس بودن سیستم ایمنی شان مستعد عفونت و در نتیجه افزایش مرگ و میر هستند (۸)، بنابراین کنترل و پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی در این بخش ها اهمیت ویژه ای دارد.

در حال حاضر، بهترین، موثرترین و کم هزینه ترین روش پیشگیری از عفونت، طبق توصیه CDC، رعایت بهداشت دست به خصوص شستن دست قبل و بعد از تماس با هر بیمار می باشد (۱۰،۱۱) که تاثیر آن بر کاهش عفونت های بیمارستانی توسط مطالعات زیادی تأیید شده است (۱۲-۱۴) اگرچه تکنیک های

بهداشت دست ساده هستند، ولی مسئله رعایت بهداشت دست توسط افراد، بسیار چالش برانگیز هست، که این امر در نتایج تحقیقات متعددی در کشورهای پیشرفته و توسعه یافته منعکس شده است (۶، ۱۴-۱۶) و تحقیقات متعددی که در این زمینه انجام شده است حاکی از پذیرش کم و عملکرد ضعیف پرسنل بهداشتی در این مورد می باشد (۱۷، ۱۵، ۱۴، ۶). نجفی در مطالعه مروری خود، آگاهی، پذیرش و عملکرد کارکنان بهداشتی ویژه در بخش های ویژه را ضعیف گزارش کرده و در یک نتیجه گیری از متون بهداشت دست در ایران می افزاید: به طور کلی پرستاران در ۸۳ درصد از موقعیتهای اقدام به رعایت بهداشت دست نمی کنند و در این میان بیشترین موارد بهداشتی کردن دستها (۴۳ درصد) بعد از تماس با بیمار اتفاق می افتد (۱۸).

با در نظر گرفتن این میزان پایین رعایت بهداشت دست، بسیاری از مراکز بهداشتی و درمانی جهت کاهش میزان عفونت در بیمارستانها، در صدد انجام مداخلات برای بهبود این روند برآمدند، اما ناتوانی در تحریک و انگیزه دادن به کارکنان مراقبت بهداشتی در رعایت گایدلاین های مربوطه، باعث شده تا ضمن ساده بودن، بهداشت دست به عنوان یکی از پیچیده ترین چالش های بیمارستانی برای مسئولین و کمیته های کنترل عفونت محسوب شود و علی رغم اقدامات زیادی که با هدف بهبود دانش و رعایت گایدلاین های بهداشت دست و تقویت این اقدامات انجام شده، تاثیر این اقدامات نسبتاً کم و یا کوتاه مدت گزارش شده است و تا کنون، هیچکدام نتوانسته است باعث بهبودی پایدار در امر رعایت بهداشت دست شود (۱۹، ۲۰) در نتیجه موضوع عفونت و عدم رعایت بهداشت دست به عنوان یکی از مشکلات پایدار بخش های حساسی چون بخش های نوزادان، لاینحل باقی مانده است.

بررسی مقالات نشان می دهد که برخی عوامل فردی و سازمانی، می تواند در رعایت بهداشت دستها تاثیر بسزایی داشته باشد (۱۵، ۲۱-۲۴). با توجه به اینکه آگاهی از موانع رعایت بهداشت دست، اولین قدم در راستای بهبود کیفیت آن و در نهایت

کنترل عفونتهای بیمارستانی است لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع رعایت بهداشت دست در پرسنل پرستاری بخشهای نوزادان و NICU بیمارستانهای منتخب تبریز در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی - مقطعی است. نمونه های پژوهش را ۱۵۰ پرستار شاغل در بخش های نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان تشکیل می دادند که به روش تمام شماری وارد مطالعه شدند، محقق با حضور در محیط های تحت مطالعه، بعد از توضیح اهداف پژوهش برای پرستاران و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه را جهت تکمیل در اختیار شرکت کنندگان قرار داد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته بود که بر اساس مروری بر متون، منابع، مقالات و گایدلاین ها تدوین شد. پرسشنامه مشتمل بر دو قسمت بود، بخش اول شامل سوالات دموگرافیک و بخش دوم حاوی ۴۹ سوال بود که در چهار حیطه فردی (۱۲ سوال)، مدیریتی (۲۰ سوال)، تجهیزات (۱۰ سوال) و محیطی (۷ سوال) به بررسی موانع رعایت بهداشت دست از دیدگاه پرستاران می پرداخت. امتیازات در مقیاس لیکرت و به صورت «خیلی کم (۱ نمره)، نسبتاً کم (۲ نمره)، نسبتاً زیاد (۳ نمره) و خیلی زیاد (۴ نمره)» به هر سوال تعلق گرفت. سپس میانگین نمرات هر گویه در هر یک از طبقات محاسبه شده و در نهایت به ترتیب از بیشترین تا کمترین امتیاز رتبه بندی گردید.

جهت تعیین روایی ابزار از دو روش روایی محتوایی کمی و کیفی استفاده شد و ابزار بر اساس نظر ۹ تن از اساتید دانشکده پرستاری و ۵ نفر از متخصصین کودکان و نوزادان اصلاح گردید. در بررسی کیفی محتوی از متخصصان خواسته شد تا بر اساس رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب و قرارگیری گویه ها در جای مناسب، بازخورد لازم را انجام دهند. در بررسی کمی روایی محتوی، از شاخص روایی محتوی (CVI) و نسبت روایی محتوی (CVR) استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوی از گروه

خبرگان خواسته شد تا هر سوال را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند که این مقدار برای پرسشنامه اخیر برابر با ۰/۵۵ محاسبه شد و بر اساس جدول لاوشه مقدار بالاتر از ۰/۵۱ به عنوان حد قابل قبول بود (۲۵). جهت بررسی شاخص اعتبار محتوا نیز، پرسشنامه ابزار در اختیار ۱۴ تن از صاحب نظران قرار گرفت و از آنان درخواست شد تا بر اساس شاخص اعتبار محتوای والتس و باسل میزان مربوط بودن، واضح بودن و روان بودن هر یک از گویه های موجود در ابزار را از نمره ۱ تا ۴ تعیین نمایند، امتیاز شاخص اعتبار محتوا برای هر گویه از طریق تقسیم تعداد متخصصان موافق رتبه ۳ و ۴ برای گویه بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد، سپس بر اساس میانگین نمرات شاخص اعتبار محتوای همه گویه های ابزار، متوسط شاخص اعتبار محتوای ابزار محاسبه گردید. در این روش گویه های دارای نمره بالاتر از ۰/۷۹ مناسب تلقی، بین ۰/۷-۰/۷۹ اصلاح شد و کمتر از ۰/۷ غیر قابل قبول محسوب شد (۲۵). جهت سنجش پایایی ابزار، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که در این مطالعه ضریب آلفا ۰/۸۸ برآورد شد. داده ها پس از جمع آوری در نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و بر حسب کمی یا کیفی بودن متغیرهای پرسشنامه و با روشهای تعیین میانگین و انحراف معیار یا تعیین فراوانی و درصد و نیز آزمونهای همبستگی پیرسون، آزمونهای T مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

مطالعه بعد از کسب اجازه نامه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (تاریخ ۹۲/۱۱/۲۸، شماره ۵/۴/۱۰۳۳۰)، معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری، اخذ رضایت کتبی از واحدهای مورد پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از پرستاران تحت مطالعه شروع شد.

یافته ها

در این مطالعه تمامی پرستاران شرکت کننده مونث و ۶۳/۱ درصد آنان مجرد بودند و میزان تحصیلات ۹۱/۷ درصد آنان در سطح کارشناسی بود. رشته تحصیلی ۹۵/۵ درصد از شرکت کنندگان

کارشناسی پرستاری و ۴/۵ درصد کارشناسی ارشد پرستاری نوزادان بود. ۶۱/۱ درصد آنان در بخش NICU شاغل بودند و ۵۵/۵ درصد شرکت کنندگان بین ۱-۳ دوره آموزشی در مورد بهداشت دست گذرانده بودند. در بررسی نهایی امتیازات پرسشنامه و در میان حیطه‌های چهارگانه فردی، مدیریتی، تجهیزات و محیطی بیشترین امتیاز به حیطه فردی تعلق گرفت و حیطه‌های محیطی، تجهیزات و مدیریتی به ترتیب در رتبه بعدی قرار گرفتند (جدول ۲). در بررسی میانگین نمرات هر یک از گویه‌های پرسشنامه، بیشترین موانع رعایت بهداشت دست به ترتیب "اعتقاد به بهداشت دست، نوع نگرش به تاثیر بهداشت دست در کنترل عفونت، تعداد نوزادان بستری در بخش، نبود دستمال کاغذی جهت خشک کردن دستها، حجم کاری بالا و بدحال بودن نوزادان" بودند. مهم‌ترین موانع رعایت بهداشت دست در حیطه‌های مختلف، بالاترین و پایین‌ترین امتیازات کسب شده در هر حیطه رتبه بندی شد که نتایج در جدول شماره ۲ درج شده است.

آیتمها که در حیطه فردی از امتیاز بالایی برخوردار بود "علاقه فردی به حرفه پرستاری و علاقه به کار در بخش نوزادان" بود (۳/۳۴±۰/۸۲)، از طرفی تاثیر اعتقادات و باورهای مذهبی با میانگین نمره ۲/۳۴±۱، در رعایت بهداشت دست کم برآورد شده است. شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند سن و سابقه افراد تاثیر زیادی در رعایت یا عدم رعایت بهداشت دست ندارد، همچنین از نظر پرستاران نبود ضدعفونی کننده الکلی جیبی نیز از موانع رعایت بهداشت دست محسوب نمی‌شود. با توجه به اینکه دامنه جمع نمرات پرسشنامه ۱۹۶-۴۹ بود، در جدول ۳ مقایسه نمره کل دیدگاه پرستاران بر اساس برخی از مشخصات دموگرافیک با استفاده از آزمونهای T مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه بررسی شده است. افراد با سابقه کاری بالاتر موانع مدیریتی را در رعایت بهداشت دست موثرتر از سایر موانع دانستند ($p < 0.05$). در مقایسه نمره کل دیدگاه نسبت به موانع با تعداد شیفت در هفته، میزان درآمد و سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$).

آیتم مربوط به کفایت آموزش در حیطه فردی نمره نسبتاً پایینی به خود اختصاص داده بود (۲/۹۷±۰/۸۰)، از مهم‌ترین **جدول ۱:** برخی از مشخصات دموگرافیک (کمی) نمونه‌های پژوهش

ردیف	حداقل	حداکثر	میانگین (انحراف معیار)
سن	۲۲	۵۰	۳۳/۱۷(۶/۳۹)
کل سابقه کاری (بر حسب ماه)	۳	۳۴۰	۹۹/۹۱(۷۵/۱۲)
سابقه کاری در بخش نوزادان (بر حسب ماه)	۳	۲۱۶	۶۷/۸۸(۵۷/۵۳)
تعداد شیفتها در هفته	۳	۱۵	۶/۹۸(۱/۳۴)

جدول ۲: رتبه بندی عوامل تاثیرگذار در رعایت بهداشت دست در حیطه‌های چهارگانه

ردیف	رتبه	نام گزینه	میانگین (انحراف معیار)
عوامل فردی	بالاترین رتبه	۱- اعتقاد به بهداشت دست	۳/۷۳(۰/۶۳)
	پایین‌ترین رتبه	۲- نوع نگرش به تاثیر بهداشت دست در کنترل عفونت ۱- سن	۳/۵۲(۰/۷۱) ۱/۸۸(۰/۹۵)
عوامل مدیریتی	بالاترین رتبه	۱- رعایت بهداشت دست توسط سرپرستار، رئیس بخش و پزشکان ۲- فراهم آوردن تجهیزات ضروری برای بهداشت دست	۲/۰۴(۰/۹۹) ۳/۳۶(۰/۷۵)
	پایین‌ترین رتبه	۱- ناخشنودی از جایگاه خویش در تصمیم‌گیری‌های سازمانی ۲- زیاد بودن فواصل زمانی آموزش‌ها	۳/۲۵(۰/۸۱) ۲/۲۱(۰/۹۸)
عوامل تجهیزاتی	بالاترین رتبه	۱- نبود دستمال کاغذی جهت خشک کردن دست‌ها ۲- عوارض پوستی حاصل از مواد ضدعفونی کننده	۲/۴۰(۰/۸۳) ۳/۴۰(۰/۸۰)
			۳/۳۸(۰/۷۸)

۲/۷۱(۰/۹۵)	۱- تاثیر استفاده از دستکش در رعایت بهداشت دست	پایین ترین رتبه
۲/۸۵(۱/۰۳)	۲- وجود ضد عفونی کننده دست جیبی برای پرستاران	
۳/۴۸(۰/۸۱)	۱- تعداد نوزادان بستری در بخش	بالاترین رتبه
۳/۳۹(۰/۸۰)	۲- حجم کاری بالا و بدخل بودن نوزادان	عوامل محیطی
۲/۴۰(۱/۰۶)	۱- ایجاد جو روانی نامناسب از سوی تعدادی از پرسنل در مورد رعایت بهداشت دست	پایین ترین رتبه
۲/۴۲(۱/۰۲)	۲- میزان آگاهی همراه نوزاد برای تذکر دادن به پرستار در مورد رعایت بهداشت دست	

جدول ۳: مقایسه نمره کل دیدگاه پرستاران بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	نمره دیدگاه	حداقل	حداکثر	میانگین (انحراف معیار)	p
آموزش در مورد بهداشت دست	بله	۸۹/۸۳	۱۹۰	۱۴۳/۱۸(۳۰/۶۸)	۰/۵۷
	خیر	۱۰۸	۱۶۷	۱۴۰/۹۵(۱۷/۵۷)	
افرادی که آموزش بهداشت دست دیده اند	کمتر از ۳ دوره	۹۵	۱۹۰	۱۴۵/۱۹(۲۱/۶۷)	۰/۵۴
	بین ۳-۵ دوره	۱۱۱	۱۷۷	۱۴۰/۲۲(۱۸/۱۹)	
	بیشتر از ۵ دوره	۱۱۰	۱۶۵	۱۳۹/۱۰(۱۶/۷۴)	
وضعیت تاهل	متاهل	۸۹/۸۳	۱۸۳	۱۴۰/۳۶(۱۸/۶۷)	۰/۲۲
	مجرد	۹۵	۱۹۰	۱۴۴/۲۷(۲۰/۹۷)	
سمت سازمانی	پرستار شیفت	۸۹/۸۳	۱۹۰	۱۴۲/۸۷(۳۰/۴۰)	۰/۹۴
	پرستار استفت	۱۱۹	۱۷۳	۱۳۹/۷۵(۲۳/۷۹)	
	سرپرستار	۱۳۵	۱۶۵	۱۴۲/۸۰(۱۲/۱۱)	
بخش	نوزادان	۸۹/۸۳	۱۸۹	۱۴۰/۱۷(۳۰/۵۲)	۰/۱۹
	NICU	۹۵	۱۹۰	۱۴۴/۵۱(۱۹/۸۸)	

بحث

بر اساس این مطالعه علل مختلفی در میزان رعایت بهداشت دست تاثیرگذار است. اعتقاد به بهداشت دست و نوع نگرش به تاثیر بهداشت دست در کنترل عفونت از جمله عوامل فردی بودند که از دیدگاه پرستاران بالاترین رتبه را به خود اختصاص داده بود و بدیهی است که اعتقادات افراد از مهمترین مولفه های تاثیرگذار در بروز رفتار افراد به شمار می آید و شاید دیدگاه صمدی پور در این مورد که "بهبود رفتار کارکنان از طریق بیدار کردن ناظر همیشگی در افراد موثرترین شیوه تاثیر تائیر گذار است" اعتقاد به بهداشت دست و نوع نگرش به تاثیر بهداشت دست در کنترل عفونت از جمله عوامل فردی بودند که از دیدگاه پرستاران بالاترین رتبه را به خود اختصاص داده بود و بدیهی است که اعتقادات افراد از مهمترین مولفه های تاثیرگذار در بروز رفتار افراد به شمار می آید و شاید دیدگاه صمدی پور در این مورد که "بهبود رفتار کارکنان از

طریق بیدار کردن ناظر همیشگی در افراد موثرترین شیوه می باشد" به همین موضوع دلالت دارد (۲۶).

از طرفی یافته های این مطالعه در حیطه عوامل مدیریتی، وجود الگوی فردی مناسب در بخش (مثل پزشک یا سرپرستار) و توجه آنها در فراهم کردن تجهیزات ضروری بهداشت دست را از مهمترین عوامل مدیریتی تاثیرگذار معرفی می کند، Van Beeck (۲۰۰۹) در مطالعه ای با عنوان شناسایی دلایل رعایت ضعیف بهداشت دست، اشاره می کند که فقدان مدلها و هنجارهای اجتماعی مثبت در میان پزشکان و مدیران ممکن است از عوامل بازدارنده رعایت بهداشت دست باشد (۱۹) Muhammad. Salman (۲۰۱۰) نیز از موانع رعایت بهداشت دست بر اساس خود گزارش دهی کارکنان بهداشتی و درمانی، به الگو گرفتن از پیشکسوتان و همکاران دیگر اشاره کرده است (۲۲)، از آنجاییکه در محیط های اجتماعی داشتن الگوی مناسب و هنجارهای مثبت برای افراد در ایفای نقش و رعایت اصول، قواعد و گایدلاین های

آن محیط بسیار مهم بوده و تجربه نشان داده که افراد در رفتارهای خود از مدیران ارشد تقلید می‌کنند، بنابراین به نظر می‌رسد در صورتی که سرپرستار، پزشک، پرستار کنترل عفونت و سایر مدیران در زمینه بهداشت دست رفتار نامناسبی داشته باشند، مستقیماً بر عملکرد سایر پرسنل تاثیرگذار خواهد بود.

در میان عوامل تجهیزاتی در این مطالعه بیشترین امتیاز به آیتیم "نبود دستمال کاغذی جهت خشک کردن دستها و عوارض پوستی حاصل از مواد شستشو دهنده و ضدعفونی کننده" تعلق گرفته، که با نتایج مطالعه Muhammad Salman (۲۰۱۰) و Larson (۲۰۰۴) مطابقت دارد (۲۲،۲۳)، شاید هزینه بالای تهیه مواد با کمیت و کیفیت بهتر سیاست‌های بیمارستانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

یافته‌ها حاکی از آن است که پرستاران معتقدند تعداد نوزادان بستری، حجم کاری بالا و بدحال بودن نوزادان از جمله مهمترین عوامل محیطی تاثیرگذار در رعایت بهداشت دست می‌باشد، که Whitby و Muhammad نیز در مطالعه خود به این آیتیم‌ها اشاره کرده‌اند (۲۰، ۲۲) و منطقی به نظر می‌رسد که در حجم کاری بالا و آمار زیاد، به علت استرس، نبود آرامش خاطر و تعجیل در انجام امور محوله، ناگزیر بهداشت دست به فراموشی سپرده می‌شود.

همچنین در مطالعه Salman (۲۰۱۰) از علل عدم شستشوی دست، اعتقاد پرستاران به تمیز بودن دست به خاطر پوشیدن دستکش ذکر شده ولی در مطالعه ما استفاده از دستکش به عنوان مانع اساسی برای رعایت بهداشت دستها شناخته نشده است (با میانگین نمره $۰/۹۵ \pm ۰/۶۰$) و در این مورد بیشتر مسئله حفاظت شخصی مطرح می‌باشد از طرفی در گایدلاین بهداشت دست استفاده از دستکش به عنوان جایگزینی برای شستن و ضدعفونی کردن دست پذیرفته نشده است (۲۷). Erasmus (۲۰۱۰) در تحقیق خود عنوان می‌کند، تنها فاکتوری که باعث میزان رعایت بالاتر می‌شود نوع کار (تماس با خون و ترشحات) بوده است و تاثیر آموزش را ناچیز دانسته است (۲۸). Van

Beeck (۲۰۰۹) نیز در مطالعه خود اشاره می‌کند که رفتار بهداشت دست تحت تاثیر "تمایل افراد به تمیزی خودشان" و "رفتار سایر کارکنان" قرار می‌گیرد و نتیجه گیری می‌کند که برگزاری کارگاهها و دوره‌های آموزشی که بر محافظت از بیمار تاکید دارند ممکن است تاثیر کمتری داشته باشد (۱۹)، به نظر می‌رسد تحریک و انگیزه دادن پرسنل با استفاده از راهکارهای نوین در کنترل عفونت (از جمله تاکید بر ایمنی و حفاظت شخصی) راهگشاست از سایر روشها خواهد بود و در این مطالعه نیز بر اساس خودگزارش‌دهی پرستاران، تاثیر کلاسهای آموزشی بهداشت دست بر میزان رعایت بهداشت دست، با توجه به میانگین نمره این آیتیم $۰/۸۳ \pm ۰/۴۰$ خیلی زیاد برآورد نشده است، که با مطالعه Jumaa (۲۰۰۵) همخوانی دارد که وجود علم و دانش در کارکنان را باعث بالا بودن پذیرش و مراعات بهداشت دست ندانسته است (۲۹) در عین حال مطالعات زیادی نسبت به برگزاری دوره‌های آموزش بهداشت دست تاکید کرده‌اند، از جمله بلوچی (۱۳۸۹) که علت پذیرش کم رعایت بهداشت دست با مواد الکلی را در زمینه اعتقادات مذهبی، عدم احساس تمیزی و آموزش ناکافی ذکر کرده است (۱۴) در حالیکه بر اساس یافته‌های مطالعه ما تاثیر اعتقادات و باورهای مذهبی (مبنی بر ناپاک بودن محلول الکلی و یا محدودیت جنس مونث در بالا زدن آستین لباس کار به هنگام شستشوی دست) نیز در رعایت بهداشت دست نسبتاً کم (۱±۰/۲۹) می‌باشد. در نهایت از دیدگاه پرستاران این مطالعه، آیتیم علاقه فردی به حرفه پرستاری و نیز آیتیم علاقه به کار در بخش‌های نوزادان نیز در رعایت بهداشت دست از اولویت بالایی برخوردار است ($۰/۸۱ \pm ۰/۳۵$) که در هیچیک از مطالعات فوق به این امر پرداخته نشده است و بدیهی به نظر می‌رسد که با توجه به حساسیت بالای کار با نوزاد نارس، در صورتی که علاقه فردی به کار در پرسنل چنین بخش‌هایی وجود نداشته باشد، تبعات آن می‌تواند در قالب‌های مختلف از جمله ملزم ندانستن خود به رعایت گایدلاین‌های محیط کاری مثل رعایت بهداشت دست، بروز کند.

نتیجه گیری نهایی

در این مطالعه عوامل فردی و سازمانی تاثیرگذار در بهداشت دست بررسی شد و با توجه به اینکه عوامل فردی بالاترین امتیاز را در بین حیطه‌های چهارگانه یاد شده به خود اختصاص داده بود، می‌توان نتیجه گرفت که فرهنگ سازی در جامعه و بیماران و پرستاران جهت تقویت اعتقاد به بهداشت دست ضروری بوده و ایجاد اعتقاد و باور درونی در افراد و استفاده از افراد علاقمند به حرفه پرستاری و دارای تعهد حرفه ای مخصوصا در بخش‌های نوزادان در افزایش میزان رعایت بهداشت دست از اهمیت بسزایی برخوردار است هر چند انجام مداخلات جهت افزایش وجدان کاری در افراد کار بسیار مشکلی است. در قدم بعدی باید در جهت ایجاد محیطی مناسب جهت فعالیت پرستاران در بخش‌های نوزادان، فراهم آوردن تجهیزات ضروری و توانمند ساختن مدیریت در این بخش‌ها تلاش کرد و لازم هست تا دست‌اندرکاران با تغییر و بازنگری برنامه‌های آموزشی و نظارتی، راه را برای بهبود این رفتار هموار سازند زیرا واضح است که همیشه هزینه پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی از درمان آن کمتر است. با توجه به تاثیر رفتار مدیران ارشد و پزشکان و الگوپذیری پرسنل از آنان در بروز رفتارها، بهتر است در این زمینه از پزشکان دعوت به همکاری کرد، چرا که بروز رفتار مناسب از سوی پزشکان و مدیران در امر

رعایت بهداشت دست و در نتیجه تحریک و انگیزه دادن به سایر پرسنل، به طور مستقیم در کاهش عفونت‌های بیمارستانی و تجویز بی‌رویه آنتی‌بیوتیکها تاثیرگذار خواهد بود.

مونث بودن تمام افراد مطالعه، شلوغی واحدهای مورد پژوهش از جمله مواردی بودند که به عنوان محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آیند. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند برای مدیران و مسئولین بیمارستانها و کمیته‌های کنترل عفونت، جهت انجام برنامه‌ریزیهای دقیق‌تر مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی با انجام مداخلات بر اساس الویت‌های ذکر شده جهت بهبود رعایت بهداشت دست و جلوگیری از بروز عفونت‌های بیمارستانی در میان جمعیت حساس نوزادان نارس تلاش کرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایاننامه کارشناسی ارشد مصوب دانشکده پرستاری و مامایی تبریز می‌باشد. محققین از همکاری مدیریت و پرسنل مراکز تحت مطالعه، دست‌اندرکاران امر در دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت کودکان، مرکز تحقیقات دانشجویی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که حمایت مالی این مطالعه را به عهده داشتند، کمال تقدیر و تشکر را دارند.

منابع

- 1- Morrison LG, Yardley L. What infection control measures will people carry out to reduce transmission of pandemic influenza? A focus group study. BMC Public Health. 2009;9(1):258-69.
- 2- Longtin Y, Sax H, Allegranzi B, Schneider F, Pittet D. Hand hygiene. New England Journal of Medicine. 2011;364(13):e24-e7
- 3- Orsi G, Scorzolini L, Franchi C, Mondillo V, Rosa G, Venditti M. Hospital-acquired infection surveillance in a neurosurgical intensive care unit. Journal of Hospital Infection. 2006;64(1):23-9.
- 4- Nazari R, Asgari P. [Study of hand hygiene behavior among nurses in Critical Care Units]. Iran J Crit Care Nurs Summ. 2011;4(2):95-8. [Persian]

- 5- Sayedolshohadaei SA, Khairollahi S, Afkhamzadeh A. [Comparison of efficacy of hand washing with Betadin and Sterillium on bacterial colony count in intensive care unit personnel]. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2009;13(4):1-8. [Persian]
- 6- Huis A, Hulscher M, Adang E, Grol R, van Achterberg T, Schoonhoven L. Cost-effectiveness of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: a cluster randomised trial. International journal of nursing studies.2013; 50(4):518-26.
- 7- Polin RA, Denson S, Brady MT, Papile L-A, Baley JE, Carlo WA, et al. Strategies for prevention of health care-associated infections in the NICU. Pediatrics. 2012;129(4):e1085-e93.
- 8- Verklan MT, Walden M. Core curriculum for neonatal intensive care nursing 4rd ed: Saunders; 2010. P.698
- 9- Brady MT. Health care-associated infections in the neonatal intensive care unit. American journal of infection control. 2005;33(5):268-75.
- 10- Kim S-K, Park H-Y, Lim Y-J, Kwak S-H, Hong M-J, Mun H-M, et al. Assessment of the Appropriateness of Hand Surface Coverage for Healthcare-Workers According to the WHO Hand Hygiene Guidelines. American Journal of Infection Control. 2013;41(6):S12-S3.
- 11- Sharma V, Dutta S, Taneja N, Narang A. Comparing Hand-hygiene Measures in a Neonatal ICU: A Randomized Cross-over Trial. Indian pediatrics. 2013;50(10):917-21.
- 12- Aragon D, Sole ML, Brown S. Outcomes of an infection prevention project focusing on hand hygiene and isolation practices. AACN Advanced Critical Care. 2005;16(2):121-32.
- 13- Lebovic G, Siddiqui N, Muller M. Predictors of hand hygiene compliance in the era of alcohol-based hand rinse. Journal of Hospital Infection. 2013;83(4):276-83.
- 14- Baloochi Beydokhti T GM, Bahri N, Basirimoghadam K. [The comparison of hand hygiene compliance of alcohol-based solution and soap in nurses in gonabad hospitals during 2009]. Ofogh-e-danesh. 2010;16(3):64-70.[Persian]
- 15- Scheithauer S, Eitner F, Mankartz J ,Haefner H, Nowicki K, Floege J, et al. Improving hand hygiene compliance rates in the haemodialysis setting: more than just more hand rubs. Nephrology Dialysis Transplantation. 2012;27(2):766-70.
- 16- Shapey I, Foster M, Whitehouse T, Jumaa P, Bion J. Central venous catheter-related bloodstream infections: improving post-insertion catheter care. Journal of Hospital Infection. 2009;71(2):117-22.
- 17- Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. Journal of Hospital Infection. 2009;73(4):305-15.
- 18- Najafi Gezelje T AnZ, Rafii F.[A Literature Review of Hand Hygiene in Iran]. Iran Journal of Nursing. 2013;25(80):1-13.[Persian]

- 19- van Beeck E, Daha T, Richardus J, Vos M. A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infection control and hospital epidemiology*. 2009;30(5):415-9.
- 20- Whitby M, McLaws ML, Ross MW. Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2006;27(5):484-92.
- 21- Malekmakan L, Haghpanah S, Askarian M, Jowkari M, Moalae M. Hand hygiene in Iranian health care workers. *American journal of infection control*. 2008;36(8):602-3.
- 22- Muhammad Salman Ashraf M, Syed Wasif Hussain M, Agarwal N, Ashraf S, Gabriel EK, Hussain R, et al. Hand Hygiene in Long-Term Care Facilities: A Multicenter Study of Knowledge, Attitudes, Practices, and Barriers. *Hand*. 2010;31(7):75.62-8
- 23- Larson E. A tool to assess barriers to adherence to hand hygiene guideline. *American journal of infection control*. 2004;32(1):48-51.
- 24- Devnani M, Kumar R, Sharma RK, Gupta AK. A survey of hand-washing facilities in the outpatient department of a tertiary care teaching hospital in India. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2010;5(02):114-8.
- 25- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity¹. *Personnel psychology*. 1975;28(4):563-75.
- 26- Samadipour E DM, Salari M. [Hand hygiene practice in sabzevar hospitals iran]. *journal of sabzevar university of medical sciences*. 2008;;15(1):59-64.[Persian]
- 27- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. *World Health*. 2012;30(7):611-22.
- 28- Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2010;31(3):283-94.
- 29- Jumaa P. Hand hygiene: simple and complex. *International Journal of Infectious Diseases*. 2005;9(1):3-14.

Nurses' attitudes towards hand hygiene barriers in the neonatal units of TabrizArshadi Bostanabad M¹, Asadollahi M², Jebrailli M³, Mahallei M⁴, *Abdolalipour M⁵**Abstract**

Introduction: Infection is the main cause of infant mortality in developing countries. The most effective way to prevent nosocomial infections is hand hygiene, however the existing literature reveals poor performance of the health care workers in this regard. The purpose of this study was to determine the barriers of hand hygiene among the nurses.

Methods: Using descriptive- cross sectional study method, 150 nurses who have worked in the neonatal intensive care units in 4 hospitals of Tabriz, were selected through census sampling. The data were collected via a researcher made questionnaire. Validity of questionnaire was conducted by 14 members of medicine and nursing and midwifery faculty. Reliability was confirmed by using Cronbach's alpha equal to 0/88.

Results: After considering the scores of each questionnaire item, the main causes for non-compliance with hand hygiene were identified as "inadequate appreciation of the hand hygiene importance, poor attitude towards the effect of hand hygiene on infection control, overcrowded neonatal units, lack of tissue, heavy workload of the staff, and non-compliance of hand hygiene by the head nurse and physician". Individuals with higher work experience introduced managerial obstacles more effectively than other barriers. No statistically significant relation was found with other demographic variables.

Conclusion: A combination of factors that mentioned, can be effective to solving problem Including enhance the nurses belief towards the hand hygiene, standardization of patients numbers in this units, providing adequate tissue, rearrangement of staff numbers when the wards overcrowded, showing of successful samples and hand hygiene compliance of managers.

Keywords: Nurse, Hand hygiene, Barriers, newborn, Cross infection.

Received: 11 June 2014

Accepted: 2 August 2014

1- MSc in Nursing, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Mid wifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

2- MSc in Nursing, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Mid wifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

3- MSc in Nursing, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Mid wifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

4- MD. Assistant Professor in neonatology, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

5- NICU Msc student, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Student Research Committee, Iran. **(Corresponding Author)**

E-mail: nabdolalipour@yahoo.com