

رفتار بهداشت دست در بیمارستان‌های شهرستان سبزوار

عزت صمدی پور^۱، محمد دانشمندی^۲، محمد مهدی سالاری^۳

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی-جراحی

^۲ کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه و عضو هیات علمی دانشگاه بقیه ا... (عج)

^۳ کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه و عضو هیات علمی دانشگاه بقیه ا... (عج)

نشانی نویسنده مسئول: سبزوار، بیمارستان واسعی، عزت صمدی پور

E-mail: samadipourez@yahoo.com

وصول: ۸۶/۱۱/۶، اصلاح: ۸۷/۱/۳۱، پذیرش: ۸۷/۳/۴

چکیده

زمینه و هدف: عفونت در محیط‌های بهداشتی درمانی خطری مهم به شمار می‌رود و حفاظت از کارکنان و مددجویان در برابر آن از اولویت‌های پیشگیری در مراکز درمانی می‌باشد. لذا این پژوهش با هدف بررسی رفتار بهداشت دست در چهار گروه درمانی بیمارستان‌های شهرستان سبزوار در سال ۱۳۸۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی مقطعی و در میان کارکنان درمانی بیمارستان‌های شهرستان سبزوار انجام شده و حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و احتساب ده درصد ریزش نمونه‌ها برای هر گروه ۲۵ نفر محاسبه گردید که در مجموع یکصد نفر حجم نمونه برآورد گردید و به روش غیر احتمالی در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از چک لیست مشاهداتی لویشام استفاده شد. سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، تی، فیشر، مجذور کای و توکی استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که رفتار بهداشت دست در گروه داخلی ۳۴/۴ درصد در گروه جراحی ۲۱/۳ درصد و در گروه ویژه ۱۵/۷ درصد و در گروه پزشکان ۱۶/۶ درصد بود. در مجموع از ۱۳۵۶ موقعیت رفتار بهداشتی دست میزان بروز رفتار تنها ۳۰۶ مورد بود. به طور کلی رعایت بهداشت دست در چهار گروه مورد مطالعه ۲۲/۶ درصد بود.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان داد که رفتار بهداشت دست در کارکنان درمانی حین مراقبت از بیماران در بیمارستان پایین است. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۵/شماره ۱/ صص ۶۴-۵۹).

واژه‌های کلیدی: بهداشت دست؛ کارکنان درمانی؛ عفونت‌های بیمارستانی.

مقدمه

قیمت خدمات بهداشتی درمانی کاهش می‌یابد (۱، ۲). عفونت‌های بیمارستانی تقریباً ۱۰ درصد از بیماران بستری را مبتلا می‌کند و یک مشکل جدی در مراکز درمانی است که باعث طولانی شدن مدت اقامت، افزایش ابتلا به بیماری‌ها و افزایش هزینه‌ها و مرگ و میر می‌گردد. (۳).

امروزه بهبود کیفیت مراقبت همراه با کاهش قیمت‌ها، در صدر اهداف سازمان‌های بهداشتی درمانی، قرار دارد. از طریق کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی، کیفیت مراقبت تسهیلات بهداشتی درمانی بهبود می‌یابد و

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی که در جامعه آماری کارکنان درمانی بیمارستان‌های دولتی شهرستان سبزوار انجام شد. حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و با احتساب ده درصد ریزش نمونه‌ها برای هر گروه ۲۵ نفر محاسبه گردید. در مجموع رفتار بهداشت دست یکصد نفر از کارکنان درمانی به روش غیر احتمالی در دسترس جمع‌آوری گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک لیست مشاهداتی لویشام بود، این ابزار امکان ثبت موقعیت‌های به وجود آمده و رفتار بهداشت دست را در موقعیت‌های درمانی بر اساس توصیه‌های بهداشت دست مرکز کنترل و پیش‌گیری از بیماری‌ها در سه سطح ریسک بالا، متوسط و پایین فراهم می‌کند. موقعیت‌های الزامی برای بهداشت دست در حین انجام مراقبت درمانی (ریسک بالای انتقال عفونت) و موقعیت‌هایی که با ریسک متوسط برای انتقال عفونت همراه است و مواردی که با ریسک کمتری برای انتقال عفونت همراه است در ستون‌های مجزا برای ثبت و نیز قسمتی برای ثبت نوع رفتار بهداشتی کارکنان در آن موقعیت طراحی شده است (۱۰).

موقعیت‌های با ریسک بالای انتقال شامل تماس با خون و غشاهای مخاطی و یا پوست ناسالم بیمار، بعد از تماس با ساکشن و مراقبت از تراکتوستومی، بعد از تماس با پانسمان زخم عفونی و قبل از انجام تکنیک‌های تهاجمی (فلبوتومی، کانولا گذاری مثل سونداژ ادراری، خارج کردن درن‌ها، گذاشتن لوله سینه، خارج کردن آن، پونکسیون مغز استخوان، کشیدن مایع پلور و)

موقعیت‌های با ریسک متوسط برای انتقال عفونت شامل تماس مستقیم با بیمار مستعد عفونت، قبل از گذاشتن اکسیژن و نبولایزر، قبل از زدن آنژیوکت، خون‌گیری و تزریقات، بعد از کنترل علائم حیاتی، بعد از درآوردن دستکش بود.

موقعیت‌های با ریسک پایین برای انتقال عفونت

عفونت‌های بیمارستانی شیوع جهانی دارند. طبق بررسی سازمان جهانی بهداشت ۸/۷ درصد بیماران بستری در بیمارستان دچار عفونت بیمارستانی می‌شوند و بالاترین میزان شیوع عفونت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های واقع در منطقه مدیترانه شرقی با ۱۱/۸ درصد گزارش شده و کمترین میزان در منطقه اروپا ۷/۷ درصد می‌باشد. (۴). بر اساس مطالعات انجام شده، بخش مراقبت‌های ویژه و بخش جراحی‌های حاد ارتوپدی بالاترین میزان شیوع عفونت بیمارستانی را دارا می‌باشند (۵). سازمان ملی سلامت بیماران (National Patient Safety of Agency) اعلام نموده است که رعایت بهداشت دست در میان کارکنان مراقبت بهداشتی عامل کلیدی در سلامت بیماران است (۶). تماس نزدیک کارکنان درمانی با بیماران و تجمع زیاد میکروارگانیسم‌ها در زخم‌های ترشح‌دار، کیسه‌های کاترهای ادراری و درناژ زخم باعث شده که دست‌های کارکنان عامل انتقال دهنده‌ی میکروارگانیسم‌ها در آیند (۷).

نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که در بیمارستان‌ها شستن دست‌ها به تنهایی باعث کاهش ۳۰ درصدی آلودگی شده است. (۸) در واقع بهداشت دست یکی از مهم‌ترین، ساده‌ترین، مؤثرترین و کم‌هزینه‌ترین روش برای پیش‌گیری از انتشار مقاومت ضد میکروبی است. امروزه شستن دست و برداشتن میکروارگانیسم‌های کسب شده از بیماران یا محیط به منظور پیشگیری از ایجاد حلقه عفونت به عنوان مهم‌ترین اعمال بنیادی در کنترل عفونت شناخته شده است. با این حال در اغلب مؤسسات بهداشتی درمانی، رعایت توصیه‌های انجام بهداشت دست در حد غیر قابل قبولی پایین است (۹).

بنابر این آگاهی از رفتار بهداشتی کارکنان درمانی اولین قدم در راستای کنترل عفونت‌های بیمارستانی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین رفتار بهداشت دست کارکنان درمانی در بخش‌های بیمارستانی داخلی، جراحی و ویژه بیمارستان‌های شهرستان سبزوار انجام گرفته است.

و در گروه پرستاران ویژه ۱۵/۷ درصد و در گروه پزشکان ۱۶/۶ درصد رفتار بهداشتی از خود نشان دادند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری آنالیز واریانس نشان داد که بین گروه‌های مختلف از نظر بروز رفتار بهداشتی تفاوت آماری معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). آزمون توکی نشان داد که رفتار بهداشتی دست در گروه پرستاران بخش‌های ویژه با گروه پرستاران بخش‌های داخلی تفاوت معنا دار وجود داشت. ($P < 0/01$) و نیز رفتار بهداشتی دست پرستاران بخش ویژه با پرستاران بخش جراحی تفاوت معنادار آماری وجود داشت. ($P < 0/01$) ولی رفتار بهداشتی دست در گروه پزشکان با گروه پرستاران بخش ویژه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود نداشت.

یافته‌های پژوهش حاکی است که در مجموع کارکنان درمانی در موقعیت‌هایی که با ریسک کمتری برای انتقال عفونت همراه است رفتار بهداشتی پایین‌تری داشتند و در موقعیت‌هایی که با ریسک متوسط و بالای انتقال عفونت همراه بود، رفتار بهداشتی بهتری داشتند.

در موقعیت‌هایی که با ریسک کمتری برای انتقال عفونت همراه بود واحدهای مورد پژوهش تنها در ۹/۸ درصد موارد رفتار بهداشتی از خود نشان دادند که این میزان در موقعیت‌های با ریسک متوسط به ۲۳/۱ درصد و در موقعیت‌هایی که با ریسک بالای انتقال عفونت همراه بود، ۴۹/۴ درصد ارتقاء رفتار بهداشتی دست را داشتند (جدول ۱).

شامل: قبل از تماس با وسایل استریل، بعد از تماس با دفاتر و تلفن، قبل از آماده کردن داروها و بعد از مرتب کردن تخت بود (۱۱).

ابزار مشاهداتی لویشام از پایایی ۹۵ درصد برخوردار می‌باشد و پس از ترجمه و سنجش اعتبار محتوایی مورد استفاده قرار گرفت. روش نمونه‌گیری مشاهداتی از نوع زمانی بود. هر یک از نمونه‌ها در سه نوبت بیست دقیقه‌ای که حداقل هشت موقعیت شستن دست را داشته باشند، مورد مشاهده و ثبت قرار گرفت (۱۰).

در این مطالعه رفتار بهداشتی دست در طی مراقبت روتین از بیماران را در چهار گروه درمانی، پرستاران بخش داخلی، پرستاران بخش جراحی، پرستاران بخش ویژه و پزشکان مرتبط با این بخش‌ها و در یازده بخش بیمارستانی در دو شیفت صبح و عصر و بطور تصادفی در ماه‌های خرداد، تیر و مرداد انجام شد.

یافته‌ها

در مجموع ۱۳۵۶ موقعیت رفتاری بهداشتی دست مشاهده شد که تنها در ۳۰۶ مورد کارکنان درمانی رفتار بهداشتی از خود بروز دادند. به طور کلی میانگین رعایت در واحدهای پژوهشی ۲۲/۶ درصد بود. رفتار بهداشتی در گروه پرستاران داخلی با ۳۴/۴ درصد بالاترین میزان و بعد از آن به ترتیب در گروه پرستاران جراحی با ۲۱/۳ درصد

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق ونسبی گروههای پژوهشی بر حسب میزان رعایت بهداشت دست

بهداشت دست	گروه فراوانی		داخلی		جراحی		ویژه		پزشک		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ریسک کم	۱۳۴	۱۰۰	۱۹۵	۱۰۰	۱۴۷	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۵۷۴	۱۰۰	۱۰۰	درصد
	۲۵	۱۸/۶۶	۱۶	۸/۲۰	۷	۴/۷۶	۸	۸/۱۶	۵۶	۹/۷۶		
ریسک متوسط	۱۵۵	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰	۱۵۶	۱۰۰	۶۸	۱۰۰	۵۱۹	۱۰۰	۱۰۰	درصد
	۴۶	۲۶/۶۸	۲۹	۲۰/۷۱	۳۰	۱۹/۲۳	۱۵	۲۰/۵۹	۱۲۰	۲۳/۱۲		
ریسک بالا	۷۱	۱۰۰	۸۷	۱۰۰	۴۲	۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۲۶۳	۱۰۰	۱۰۰	درصد
	۵۳	۷۴/۶۵	۴۵	۵۱/۷۳	۱۷	۴۰/۴۸	۱۵	۲۳/۸	۱۳۰	۴۹/۴۳		
کل	۳۶۰	۱۰۰	۴۲۲	۱۰۰	۳۴۵	۱۰۰	۲۲۹	۱۰۰	۱۳۵۶	۱۰۰	۱۰۰	درصد
	۱۲۴	۳۴/۴۴	۹۰	۲۱/۳۳	۵۴	۱۵/۶۵	۳۸	۱۶/۵۹	۳۰۶	۲۲/۵۷		

همچنین یافته‌های این پژوهش در مقایسه با یافته‌های پیشنهادی که در بخش سوختگی تهران انجام داده و نتیجه گرفته که پرستاران در ۹۵ درصد موارد قبل از تماس و در ۷۷ درصد موارد بعد از تماس به ندرت دست‌های خود را می‌شویند، بهبود را نشان می‌دهد که می‌تواند به علت شرایط کاری متفاوت، نوع بخش و یا تفاوت شرایط محیطی باشد (۱۲).

میزان رعایت در بین پرستاران بخش‌های ویژه در مقایسه با سایر گروه‌های مورد پژوهش کمتر بود؛ علی‌رغم این‌که در بخش‌های ویژه با توجه به بیماران بستری از نظر استعداد ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی، بیشترین

رفتار بهداشت دست قبل از تماس و بعد از تماس با بیمار نیز متفاوت بود. رفتار بهداشت دست قبل از تماس تنها ۴/۳ درصد بود در حالی که بعد از تماس رفتار بهداشت دست ۳۲/۳ درصد بود. یافته‌های تحقیق بیانگر آن است که بیشترین میزان رفتار بهداشتی دست، ۶۴/۸ درصد، بعد از تماس و در موقعیت‌هایی که با ریسک بالای عفونت همراه بوده انجام شده و کمترین رفتار بهداشتی دست قبل از تماس و در موقعیت‌هایی با ریسک متوسط برای انتقال عفونت بوده است. آزمون‌های آماری تی زوج با (P<۰/۰۱) اختلاف معناداری را بین رفتار بهداشت دست قبل و بعد از تماس نشان داد (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی رعایت بهداشت دست قبل و بعد از تماس

ریسک	بهداشت دست	تعداد موقعیت بروز رفتار	تعداد رفتار بهداشت	درصد رعایت
ریسک کم	قبل از تماس	۲۶۲	۱۲	۴/۵۸
	بعد از تماس	۳۱۲	۴۴	۱۴/۱۰
ریسک متوسط	قبل از تماس	۲۱۶	۵	۲/۳۲
	بعد از تماس	۳۰۳	۱۱۵	۳۷/۹۵
ریسک بالا	قبل از تماس	۷۳	۷	۹/۵۸
	بعد از تماس	۱۹۰	۱۲۳	۶۴/۷۹
کل	قبل از تماس	۵۵۶	۲۴	۴/۳۲
	بعد از تماس	۸۰۰	۲۸۲	۳۲/۲۵

توالی بهداشت دست نیاز است، میزان رعایت از همه کمتر است. این یافته با یافته پژوهش پیت و همکاران که کمترین رفتار بهداشتی، ۳۶ درصد مربوط به بخش‌های آی سی یو و بیشترین میزان مربوط به بخش اطفال؛ با ۵۹ درصد بود همخوانی داشت (۱۳).

بخش‌های ویژه به علت شرایط کاری اورژانسی و سرعت عمل بالایی که حین مراقبت از بیماران لازمه کار کارکنان می‌باشد، معمولاً بهداشت دست نادیده گرفته می‌شود؛ استمرار نادیده گرفتن این رفتار بهداشت دست باعث کم شدن اهمیت آن نزد پرسنل درمانی شده و حتی در مواقعی که وقت کافی نیز وجود دارد انجام نمی‌شود. نتایج پژوهش حاکی است که رفتار بهداشت

بحث

همان‌طور که از نتایج پژوهش بر می‌آید رفتار بهداشت دست کارکنان درمانی در بخش‌ها و گروه‌های مختلف متفاوت است و در مجموع رفتار بهداشت دست کارکنان در بیمارستان‌های شهرستان سبزوار پایین بود به طوری که در ۱۳۵۶ موقعیت رفتار بهداشت دست میزان بروز رفتار بهداشتی ۳۰۶ مورد بود و یا به عبارتی ۲۲/۶ درصد که با نتایج تحقیق لارسون که رفتار بهداشت دست در ۵۵۶۸ مورد موقعیت بهداشت دست، ۲۱۳۶ مورد رفتار بهداشتی مشاهده شده و رعایت بهداشت دست ۳۸/۴ درصد گزارش شده و نتیجه‌گیری شده که رفتار بهداشتی دست پایین است مطابقت دارد.

در پایان پیشنهاد می‌شود با آموزش اختصاصی بهداشت دست همراه با پیگیری عفونت‌های مرتبط با کارکنان و همچنین تعبیه تجهیزات کافی مورد نیاز برای این رفتار بهداشتی توسط مسؤولین بیمارستان‌ها و نیز در دسترس قرار دادن محلول‌های الکلی بدون نیاز به آب برای ضد عفونی دست‌ها، با ارتقاء رفتار بهداشتی شستن دست به کنترل عفونت‌های بیمارستانی نائل گردید. بهبود رفتار کارکنان از طریق بیدار نمودن ناظر همیشگی در افراد مؤثرترین شیوه می‌باشد البته بایستی تسهیلاتی را برای کاهش حجم کاری و حمایت‌های سازمان‌های ذیربط فراهم نمود و تغییر اساسی در برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری صمیمانه مسؤولین دانشکده علوم پزشکی و بیمارستان‌های شهرستان سبزوار و همچنین همکاران خوب هیأت علمی و کادر درمانی و دانشجویان عزیز که در جمع‌آوری نمونه‌ها مرا یاری نموده‌اند تشکر می‌نمایم.

دست در موقعیت‌های با ریسک کمتر برای انتقال عفونت پایین است و با افزایش احتمال انتقال عفونت در موقعیت‌های درمانی، رفتار بهداشتی افزایش می‌یابد. بنابراین کارکنان در ریسک بالا برای انتقال عفونت بیشتر مقید به رعایت بهداشت دست هستند که می‌تواند به علت محرز بودن آلودگی، اهمیت دادن به سلامت فردی و یا اعتقادات مذهبی و یا نگرشی افراد باشد.

رفتار بهداشت دست قبل از تماس با بیمار بمراتب کمتر از بعد از تماس بود. کارکنان درمانی تنها در ۴/۳ درصد موقعیت‌های قبل از تماس، رفتار بهداشت دست از خود بروز داده‌اند، در حالی که بعد از تماس در ۳۲/۳ درصد رفتار بهداشتی داشته‌اند. رفتار بهداشتی دست بعد از تماس در ریسک بالای عفونت ۶۴/۸ درصد، بیشترین میزان رفتار بهداشتی را به خود اختصاص داده در حالی که در ریسک بالای عفونت قبل از تماس تنها در ۹/۶ درصد موارد رفتار بهداشت دست داشته‌اند. تفاوت فاحش رفتار بهداشتی دست قبل و بعد از تماس می‌تواند مربوط به سطح آگاهی پایین کارکنان، اهمیت دادن به سلامت خود و یا اولویت قائل شدن برای برطرف کردن نیاز بیماران باشد.

References

1. Larson EL. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control*. 1995; 23: 251-69.
2. Freeman J. Modern quantitative epidemiology in the hospital. In: *Hospital epidemiology and infection control*. Mayhall CG, Editor. Baltimore: Williams & WILKINS; 1996. pp.120.
- ۳- ولایتی، علی اکبر. دهمین کنگره بیماریهای عفونی و گرمسیری ایران. تهران، انجمن متخصصین عفونی ایران. ۱۳۸۰.
4. Ducl G, Fabry J, Nicolle L. Prevention of hospital-acquired infections: A PRACTICAL GUIDE. 2nd Ed. World health organization. 2002.
5. Fortunato N, editor. Berry & Khon Operating room technique. st. louis: Mosby; 2000.
6. Larson EL, Albrecht S, O'keefe M. Hand Hygiene Behavior in a pediatric Emergency department and a pediatric intensive care unit: Comparison of use of 2 dispenser systems. *Am J Crit Care*. 2005; 14: 304-11.
7. Cooper BS, Medley GF, Scott GM. Preliminary analysis of the transmission dynamics of nosocomial infections: stochastic and management effects. *J Hosp Infect*. 1999; 43: 131-47.
- ۸- دهقانی، محمد هادی. راهنمای بهداشت محیط بیمارستان: روشهای مهندسی بهداشت در کنترل میکروارگانیسمها. چاپ اول، تهران، انتشارات نخل، ۱۳۸۰.

9. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital. Infection control program. *Ann Intern Med.* 1999; 130: 126-30.
10. Boyce JM, Pittet D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HIPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Am J Infect Control.* 2002; 30: S1-S46.
11. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [cited 2005 March 29]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm>.
- ۱۲- پیشنهادی زهرا. بررسی نحوه کاربرد اصول و روشهای پیشگیری و کنترل عفونت توسط کادر پرستاری در بخشهای سوانح و سوختگی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۶۸.
13. Pittet D, Huqonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of hospital wide program to improve compliance with hand hygiene. *Lancet.* 2000; 356:1307-12.