

بررسی و مقایسه‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بیمارستان سیدالشهدا اصفهان در رابطه با بهداشت دست

سمیه حقیقی پور^۱، بهروز عطایی^۲، مریم مسجدی اصفهانی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با وجود اهمیت بهداشت دست در کاهش عفونت‌های بیمارستانی، در مطالعات قبلی انجام شده توجه به این مهم چندان مطلوب گزارش نشده است؛ بر این اساس مطالعه با هدف تعیین و مقایسه‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بیمارستان سیدالشهدا اصفهان در رابطه با رعایت بهداشت دست انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۱۷۸ نفر از کارکنان بیمارستان سیدالشهدا اصفهان در بخش‌های داخلی، جراحی، اطفال و ICU در سال ۱۴۰۱ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیستی شامل اطلاعات دموگرافیک، ۱۱ سؤال آگاهی، ۱۰ سؤال نگرش و ۳۱ سؤال عملکردی بود. داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی گزارش شدند.

یافته‌ها: طبق یافته‌های مطالعه، میانگین $\pm$ انحراف معیار نمره‌ی آگاهی $7/35 \pm 1/5$ ، نمره‌ی نگرش $27/35 \pm 4$ و نمره‌ی عملکرد (نمره‌ی کل رفتار) $29/69 \pm 2/80$ بود. نمره‌ی آگاهی و عملکرد، خوب و نمره‌ی نگرش، متوسط گزارش شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که مطالعه روی کارکنان حوزه‌ی درمان انجام شد انتظار می‌رود این افراد اهمیت بیشتری نسبت به رعایت بهداشت دست داشته باشند. در این خصوص، تعهد پزشکان در رابطه با بهداشت دست نسبت به سایر کارکنان، کمتر بود. یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای مدیران، پزشکان و کارکنان حوزه‌ی سلامت قابل کاربرد باشد.

واژگان کلیدی: آگاهی؛ نگرش؛ بهداشت دست

ارجاع: حقیقی پور سمیه، عطایی بهروز، مسجدی اصفهانی مریم. بررسی و مقایسه‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بیمارستان سیدالشهدا اصفهان در رابطه با بهداشت دست. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۳۸): ۱۴۴۷-۱۴۵۴.

مقدمه

عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (عفونت‌های کسب شده از بیمارستان، عفونت‌های نازوکومیال) یک مشکل جدی است چرا که موجب افزایش مدت بستری و بار اقتصادی برای بیمارستان‌ها و بیماران و همچنین موجب افزایش مورتالیتی و موریبیدیتی می‌شوند (۱-۴). منظور از عفونت‌های بیمارستانی، عفونت‌هایی است که در زمان ورود به بیمارستان وجود نداشته‌اند اما در طی زمان بستری کسب شده‌اند (۵). کنترل پیشگیرانه‌ی عفونت (Infection Prevention Control) به اقدامات، عملکردها، پروتکل‌ها و پروسه‌ی‌های گفته می‌شود که به هدف پیشگیری و کنترل عفونت در ستینگ مراقبت بهداشتی انجام می‌گیرند (۶). راه‌های انتقال عفونت در ستینگ مراقبت بهداشتی شامل

تماس، پوشیدن، استنشاق و آسیب‌های نافذ است؛ بنابراین احتیاط‌های استاندارد شامل اقداماتی مانند شستن دست‌ها، استفاده از وسایل محافظت شخصی (دستکش، ماسک، عینک، گان)، انجام تزریقات ایمن و احتیاط‌های تنفسی می‌شود (۷). مهم‌ترین علت قابل پیشگیری این عفونت‌ها طبق مطالعات انجام شده به دلیل دست‌آلودگی کارکنان بهداشتی است. رعایت بهداشت دست، ساده‌ترین و ارزان‌ترین راه برای کاهش این عفونت‌ها است و از اهمیت بهداشت دست در کاهش این عفونت‌ها نبایستی چشم‌پوشی کرد (۸، ۹).

اولین باری که بهداشت دست، اهمیت خود را نشان داد، کاهش تب زایمان پس از الزام کارکنان زایمان به رعایت بهداشت دست توسط ایگناس ساملوئیس بود (۱۰). سازمان بهداشت جهانی (World Health

۱- استادیار، گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات عفونت‌های بیمارستانی، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: سمیه حقیقی پور؛ استادیار، گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: S_haghighipour@yahoo.com

WHO (Organization) جهت کاهش این عفونت‌ها در سال ۲۰۰۵ اولین چالش جهانی را به اسم (Clean care is safer care) «مراقبت تمیز مراقبتی ایمن‌تر است» آغاز کرد (۱۱). در نتیجه این چالش، گایدلاین‌های مرتبط با بهداشت دست جمع‌آوری شد و یک گایدلاین واحد ارائه داده شد و بر اساس آن تصاویر و بروشورهایی طراحی شد تا همه به آن پایبند باشند (۱۲).

بهداشت دست، به تمیز کردن دست چه از طریق آب یا ضدعفونی‌کننده یا تمیزکننده‌های بر پایه الکل گفته می‌شود (۱۳). با وجود اهمیت بهداشت دست و کنترل عفونت‌ها، مطالعاتی که این مهم را پیگیری کنند و علت را بررسی کنند در آسیا و ایران اندک می‌باشند (۱۴، ۱۵)؛ با وجودی که مشاهدات قبلی حاکی از بهداشت ضعیف دست دارد (۱۶، ۱۷).

گرچه بسیاری مراکز گایدلاین بهداشت دست دارند، و بسیاری افراد موافق اهمیت این مهم هستند، اما به نظر می‌رسد تبعیت از موارد این گایدلاین‌ها ضعیف است که می‌تواند ناشی از سدهای متعددی از جمله فشار کاری بالا، تعداد زیاد پروسیجرهای بالینی و وضعیت پوست مراقبان سلامت باشد (۱۸، ۱۹)؛ در این راستا مطالعه در نظر دارد میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بیمارستان سیدالشهدا اصفهان را بسنجد.

سیدالشهدای اصفهان انجام شد. روش نمونه‌گیری دردسترس بود حجم نمونه از طریق فرمول ۱۶۷ نفر محاسبه شد، که با در نظر گرفتن احتمال ریزش تعداد نمونه جمع‌آوری شده به ۱۷۸ نفر رسید.

روش جمع‌آوری اطلاعات، چک‌لیست بود که توسط افراد مورد مطالعه زیر نظر پژوهشگر در طی زمان ۱۰ دقیقه تکمیل شد. معیار ورود، فعالیت در بیمارستان سیدالشهدا و معیار خروج عدم تمایل جهت تکمیل چک‌لیست یا پرکردن ناقص چک‌لیست بود. اطلاعات افراد تنها در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و کاملاً محرمانه بود. پس از کسب مجوزهای لازم، پژوهشگر به بیمارستان مراجعه کرد و اطلاعات مربوط را جمع‌آوری نمود. برای سؤالات نگرش سنجی طیف لیکرت ۵ تایی در نظر گرفته شد و از ۰-۴ (کاملاً موافقم: ۴ و کاملاً مخالفم: ۰) و برای سؤالات منفی، برعکس نمره‌گذاری شد. برای عملکرد ۲ گزینه انجام نمی‌دهم (۰) و انجام می‌دهم (۱) وجود داشت (جدول ۱). سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۵ درصد در نظر گرفته شد. نرم‌افزار آماری مورد استفاده برای توصیف داده‌ها در سطح فراوانی و درصد، و جهت مقایسه‌ی میانگین گروه‌ها با آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، SPSS نسخه ۲۵ (IBM Corporation, Armonk, version 25, IBM Corporation, Armonk, NY) بود. اصل محرمانگی و کلیه ملاحظات اخلاقی (IR.MUI.MED.REC.1400.041) در مطالعه در نظر گرفته شد.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی است که در سال ۱۴۰۱ بر روی کارکنان از جمله پزشک، سرپرستار، پرستار، کمک پرستار، منشی بخش و خدمات در بخش‌های داخلی، جراحی و اطفال و ICU بیمارستان

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر ۱۳۸ نفر (۷۷/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان زن بوده‌اند. میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۳۰/۵ سال و با میانگین سابقه‌ی کار ۶/۶ سال بود. ۵۷ درصد شرکت‌کنندگان از بخش داخلی،

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخ‌ها به سؤالات نگرش سنجی بهداشت دست کارکنان

سؤالات نگرش سنجی	کاملاً موافقم	نه موافقم نه مخالف	مخالفم کاملاً
۱. اگر از دستکش استفاده کنم نیازی به شستن دست‌ها نیست.	۳/۹	۲/۸	۴۳/۳
۲. من باید در کلاس‌هایی که با هدف آموزش پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی برگزار می‌شود بطور مرتب شرکت کنم.	۲۶/۴	۲۳/۶	۲/۸
۳. بار کاری توان من را در ارتباط با رعایت بهداشت دست تحت تأثیر قرار می‌دهد.	۱۵/۲	۴۸/۹	۷/۹
۴. رعایت پروسیجرهای لازم برای رعایت بهداشت دست را در همه زمان‌ها لازم می‌دانم.	۶۹/۷	۱۶/۹	۲/۸
۵. من از این موضوع آگاهم که بیماران انتظار دارند قبل و بعد از دست زدن به آنها و وسایلشان دست‌هایم را ضد عفونی کنم و بشویم.	۴۷/۸	۳۹/۳	۱/۱
۶. من از محتوای گایدلاین بهداشت دست بیمارستان به صورت کامل اطلاع دارم.	۲۵/۸	۲۵/۸	۲۹/۸
۷. من فکر می‌کنم سیاست‌ها و گایدلاین‌های بهداشت دست در این بیمارستان مطابق استاندارد جهانی است.	۹	۳۴/۳	۲۸/۷
۸. اجرای گایدلاین‌ها در زمینه رعایت بهداشت دست را وظیفه خودم نمی‌دانم.	۹/۶	۷/۳	۶۱/۲
۹. من زمان کافی برای اجرای گایدلاین بهداشت دست دارم.	۲۷	۱۳/۵	۲۰/۸
۱۰. به اعتقاد من رعایت بهداشت دست مطابق گایدلاین‌ها در کاهش میزان عفونت‌های کسب شده بیمارستانی نقش مؤثری ندارد.	۵/۶	۲/۲	۸۴/۳

۲۴ درصد جراحی، ۱۰ درصد اطفال و ۸ درصد ICU بودند. ۴۵ درصد افراد پزشک، ۳/۹ درصد سرپرستار، ۳۳/۱ درصد پرستار، ۹ درصد کمک پرستار، ۵/۶ درصد منشی بخش و ۳/۴ درصد خدمات بودند. ۴۵ درصد افراد دکتر و بالاتر (همان پزشکان) ۷/۳ درصد فوق لیسانس، ۳۷/۱ درصد لیسانس و ۱۰/۷ درصد دیپلم و پایین تر داشتند. ۶۷ درصد شرکت کنندگان در ۵ سال اخیر، دوره آموزشی گذرانده اند. ۳۰ درصد افراد در مرکز دیگری نیز مشغول به کار هستند.

نمره نگرش، $27/35 \pm 4$ محاسبه شده است. نمره کل نگرش با میزان $27/35 \pm 4$ در رنج متوسط قرار می گیرد که به دلیل نگرش متوسط ۸۵ درصدی افراد تحت مطالعه بود. نمره آگاهی این مطالعه بطور میانگین $7/5 \pm 1/50$ از ۱۱ می باشد. ۵۰ درصد افراد نمره متوسط و ۵۰ درصد نمره خوب داشتند.

میانگین نمره عملکرد $29/69 \pm 2/80$ بود. ۲/۲ درصد افراد عملکرد متوسط و ۹۷/۸ درصد عملکرد خوب داشتند.

یافته های جدول ۱ حاکی از آن داشت که در مورد سمت هایی جز پزشک و منشی بخش، بیش از ۸۰ درصد افراد در دوره های بهداشت دست در ۵ سال اخیر شرکت داشته اند و در مورد پزشکان، کمترین میزان شرکت مشاهده شد.

سایر یافته ها نشان داد: نگرش با سن، سابقه کاری و آگاهی، رابطه مستقیم و با عملکرد نیز رابطه مستقیم غیرمعنادار دارد. (بطور جزئی، با نحوه شستشو با آب و صابون، پانسمان و تزریق رابطه مستقیم معنادار، اما با ساکشن با P کمتر از ۰/۰۵ رابطه معکوس دارد). در مردان، نگرش بطور معناداری بالاتر است. نگرش ICU از بخش داخلی بطور معنادار بیشتر است (P کمتر از ۰/۰۵). نگرش پزشکان از سرپرستاران، پرستاران، کمک پرستار، منشی بخش و خدمات بطور معنادار، پایین تر است. نگرش دکتر و فوق لیسانس (P کمتر از ۰/۰۱)، لیسانس (P کمتر از ۰/۰۱) و دیپلم (P کمتر از ۰/۰۱) کمتر است. نمره آگاهی با سن و سابقه کار، نمره نگرش و نمره عملکرد، رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین این نمره در مردان بالاتر است.

نمره آگاهی ICU از بخش داخلی بطور معنادار بیشتر است ($P = 0/017$). آگاهی پرستاران از پزشکان بطور معناداری بالاتر بوده است ($P = 0/001$). نیز نمره لیسانس نسبت به دکتر ($P = 0/002$) بیشتر است. عملکرد با آگاهی، رابطه مستقیم معنادار دارد و با سن، سابقه کار، رابطه معکوس (غیرمعنادار) داشت و با نگرش رابطه نداشت. در مردان نمره عملکرد بطور معناداری بالاتر است. بطور جزئی، شستشو و تمیز کردن دست با آب و صابون و یا مواد ضد عفونی کننده با آگاهی و نگرش، ارتباط مستقیم وجود دارد. شستن دست با الکل با سابقه کار ارتباط معکوس دارد. تزریق با آگاهی و نگرش ارتباط مستقیم دارد. ساکشن نیز با سن و سابقه کار ارتباط

معکوس دارد. عملکرد سرپرستار بطور معنادار از پزشک، منشی و کارکنان خدمات بالاتر است. عملکرد پرستار نیز بالاتر از منشی بخش است. عملکرد لیسانس، بطور معنادار بالاتر از دکتر و دیپلم است (جدول ۲). بین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد با مشغول بودن یا نبودن در مرکز دیگری ارتباطی وجود ندارد. در حالی که، گذراندن دوره آموزشی مرتبط با بهداشت دست و کنترل عفونت طی ۵ سال اخیر موجب افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد شده است (جدول ۳).

بحث

نمره آگاهی در این مطالعه بطور میانگین $7/5 \pm 1/50$ از ۱۱ و مناسب است. اما در مطالعه Nawab و همکاران (۲۰) و Ariyaratne در سریلانکا (۱۴) نمره متوسط داشته است. ۵۰ درصد افراد، نمره متوسط و ۵۰ درصد، نمره خوب داشتند و هیچ کس نمره ضعیف در زمینه آگاهی نداشت.

در مطالعه Setati، ۸۳ درصد دانش متوسط و ۱۰ درصد دانش خوب داشتند (۲۱). نمره نگرش، $27/35 \pm 4$ مناسب محاسبه شده است. این مورد مشابه مطالعات آفریقای جنوبی و نیجریه (حدود ۸۰-۹۰ درصد) بوده است (۲۱، ۲۲). در مقابل در مطالعه نبوی و همکاران (۳) و Ariyaratne و همکاران (۱۴) نگرش افراد ضعیف بوده است.

۱۲/۹ درصد افراد، نمره نگرش خوب، ۸۵/۴ درصد نمره متوسط و ۱/۷ درصد نمره ضعیف نگرش داشته اند. در بین سؤالات نگرش، حدود یک سوم افراد از گایدلاین بیمارستان به درستی اطلاعی نداشتند و تنها ۲۶ درصد افراد بطور کامل از این گایدلاین اطلاع داشته اند. لذا گایدلاین بیمارستان بایستی به درستی در اختیار پرسنل قرار گیرد و آموزش های لازم در این رابطه داده شود. همچنین دو سوم افراد معتقدند که بار کاری بر روی میزان رعایت بهداشت دست توسط آنها تأثیرگذار است و حدود ۴۰ درصد افراد زمان کافی برای رعایت بهداشت دارند. لذا این موضوعی قابل تأمل است، به نظر می رسد بار کاری کارکنان زیاد است و در نتیجه زمان کافی برای رعایت بهداشت دست نداشته باشند.

میانگین نمره عملکرد نیز $29/69 \pm 2/80$ و مناسب می باشد. ۲/۲ درصد افراد عملکرد متوسط و ۹۷/۸ درصد عملکرد خوب داشتند. عملکرد ضعیف در افراد دیده نشد. این برخلاف مطالعه تاج آبادی و همکاران (۲۳) بود که در آن هیچ کدام از افراد، عملکرد خوب نداشتند و ۳۴ درصد عملکرد ضعیف و ۶۶ درصد عملکرد متوسط داشتند. در مطالعه تاج آبادی و همکاران (۲۳) تقریباً هیچ کدام از کارکنان قبل از پانسمان، شستشوی دست را انجام نمی دادند، در صورتی که طبق یافته های این مطالعه تقریباً همه افراد این عمل را انجام می دادند.

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ‌ها به سؤالات عملکردسنجی بهداشت دست کارکنان

سؤالات عملکردسنجی	انجام می‌دهم	انجام نمی‌دهم
شستشو و تمیز کردن دست با آب و صابون و یا مواد ضد عفونی کننده		
۱. بعد از تماس دست با خون مایعات بدن ترشحات و مواد دفعی در صورت داشتن دستکش	۹۸/۳	۱/۷
۲. بعد از تماس دست با خون مایعات بدن ترشحات و مواد دفعی در صورت نداشتن دستکش	۹۷/۲	۲/۸
۳. بلافاصله بعد از در آوردن دستکش	۹۳/۳	۶/۷
۴. در فاصله بین تماس با بیماران	۹۴/۹	۵/۱
۵. قبل از انجام پانسمان	۹۷/۸	۲/۲
۶. حین مراقبت از بیمار در صورت حرکت دست از قسمت آلوده بدن به قسمت تمیز	۸۹/۹	۱۰/۱
۷. بعد از تماس با تجهیزات پزشکی مجاور تخت بیمار	۸۹/۳	۱۰/۷
۸. استفاده از صابون یا ماده ضد عفونی کننده قبل و بعد از انجام یا کمک در انجام پروسیجر تهاجمی پیشرفته	۹۶/۶	۳/۴
۹. قبل از پوشیدن دستکش استریل جهت انجام برخی پروسیجرها	۹۲/۱	۷/۹
۱۰. قبل از زدن آنژیوکت خونگیری و تزریقات	۹۵/۵	۴/۵
۱۱. قبل از آماده کردن داروها	۸۹/۳	۱۰/۷
نحوه شست و شوی دست با آب و صابون		
۱. خیس کردن همه قسمت‌های دست	۹۹/۴	۰/۶
۲. استفاده از ۵-۳ سی سی صابون مایع و آغشته کردن دست با صابون یا حرکات منظم	۹۶/۶	۳/۴
۳. شستن کامل پشت و کف دست و کامل ناخن‌ها و انگشت به مدت حداقل ۱۵ ثانیه	۹۸/۳	۱/۷
۴. خشک کردن دست با حوله یکبار مصرف یا دستمال کاغذی	۹۲/۱	۷/۹
نحوه شستن دست با الکل		
۱. ریختن الکل در کف یک دست	۹۷/۲	۲/۸
۲. آغشته کردن تمام سطوح دست‌ها با مالیدن به هم به مدت ۲۰ ثانیه	۹۷/۸	۲/۲
۳. خشک کردن الکل	۹۱/۶	۸/۴
پانسمان		
۱. شست و شوی دست قبل از انجام پانسمان	۹۶/۶	۳/۴
۲. برداشتن پانسمان کثیف با دستکش	۹۷/۲	۲/۸
۳. انداختن پانسمان کثیف و دستکش‌ها در سطل زباله عفونی	۹۹/۴	۲/۸
۴. استفاده از دستکش استریل در زخم عفونی	۹۹/۴	۰/۶
۵. در آوردن دستکش به صورت وارونه و انداختن در سطل زباله	۹۸/۹	۱/۱
۶. شست و شوی دست‌ها بعد از انجام پانسمان	۹۹/۴	۰/۶
نحوه شست و شوی دست با مواد ضد عفونی کننده		
۱. شست و شوی دست‌ها با مواد ضد عفونی کننده بطور کامل قبل از تزریق	۹۳/۸	۶/۲
۲. پوشیدن دستکش یکبار مصرف قبل از تزریق	۹۴/۹	۵/۱
۳. در آوردن دستکش به صورت وارونه و انداختن در سطل زباله	۹۷/۲	۲/۸
۴. شست و شوی دست‌ها بعد از انجام تزریق	۹۸/۹	۱/۱
ساکشن تراشه و دهان		
۱. شستن دست‌ها قبل از ساکشن	۹۲/۱	۷/۹
۲. در آوردن دستکش به صورت وارونه و انداختن در سطل زباله	۹۹/۴	۰/۶
۳. شست و شوی دست‌ها بعد از انجام ساکشن	۹۴/۹	۵/۱

جدول ۳. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان در رابطه با شستن دست به تفکیک سمت

سمت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میان	P
پزشک	۸۰	۶/۹۱	۱/۵۶	۷	۰/۰۰۰۱
		۲۵/۷۲	۳/۲۵	۲۶	۰/۰۰۰۱
		۲۹/۶۸	۲/۳۷	۳۱	۰/۰۲
سرپرستار	۷	۶/۴۲	۱/۹۳	۷	۰/۰۰۰۱
		۳۰/۸۵	۴/۵۹	۳۲	۰/۰۰۰۱
		۳۱	۰/۰۰	۳۱	۰/۰۲
پرستار	۵۹	۷/۹۱	۱/۴۱	۸	۰/۰۰۰۱
		۲۸/۱۱	۴/۲۹	۲۹	۰/۰۰۰۱
		۲۹/۸۳	۳/۵۷	۳۱	۰/۰۲
کمک پرستار	۱۶	۷/۸۱	۱/۱۰	۸	۰/۰۰۰۱
		۲۸/۰۶	۳/۲۱	۲۸/۵	۰/۰۰۰۱
		۲۸/۸۷	۳/۸۴	۳۱	۰/۰۲
منشی	۱۰	۷/۴۰	۱/۴۲	۷/۵	۰/۰۰۰۱
		۲۹/۳	۳/۴۳	۳۰	۰/۰۰۰۱

همچنین در قسمت ساکشن، در مطالعه‌ی تاج‌آبادی و همکاران (۲۳) و الله‌بخشیان (۲۴)، اکثر افراد قبل از ساکشن شستن دست و پوشیدن دستکش استریل و شستن دست بعد از ساکشن را انجام نمی‌دادند. این درحالیست که در این مطالعه، بیش از ۹۰ درصد افراد به هر سه این مورد پایبند بوده‌اند. در بخش تزریق، بیش از ۹۰ درصد افراد این مطالعه قبل از تزریق دست خود را می‌شستند. در مطالعه‌ی Stein و همکاران نیز اکثر افراد به این موضوع پایبند بوده‌اند (۲۵). برعکس، مطالعه‌ی تاج‌آبادی و همکاران (۲۳) و الله‌بخشیان (۲۴)، افراد کمی پایبند بودند. در مطالعه‌ی Qudeimat و همکاران (۲۶) در اردن، تاج‌آبادی و همکاران (۲۳) و الله‌بخشیان (۲۴)، افراد، تعهد کمی به بهداشت دست در انجام پانسمان داشتند، در حالی که در این مطالعه این میزان بیش از ۹۰ درصد بود. این تفاوت‌ها با مطالعات قبلی می‌تواند به دلیل انجام مطالعه‌ی حاضر در اپیدمی کرونا و حساسیت‌سازی‌هایی که در رابطه با بهداشت دست انجام شده، باشد، ولی مطالعات مذکور قبل از آن انجام شده‌اند.

همچنین، بین عملکردی که فرد دارد و عملکردی که گزارش می‌دهد، Practice-self-reported تفاوت‌هایی وجود دارد. در مطالعه‌ای در نیویورک، Larson و همکاران متوجه تفاوت عظیم بین عملکردی که خود فرد گزارش می‌دهد شده‌اند، گرچه در نهایت متوجه نشدند چه روشی برای تأیید این دیتا مفید است (۲۷). مثلاً، در مطالعه‌ی تاج‌آبادی و همکاران (۲۳) ثبت عملکرد بصورت مشاهده توسط پژوهشگر انجام شده است و بخشی از تفاوت‌ها می‌تواند به این دلیل بوده باشد. البته بایستی در نظر داشت، این مطالعه در بیمارستانی صورت گرفته که سانتر بیماران سرطانی بود، که کارکنان

احتمالاً رعایت بیشتری نسبت به سایر مراکز داشتند. بین آگاهی و نگرش رابطه‌ی معنی‌داری یافت نشد. نمره‌ی عملکرد با نمره‌ی آگاهی ارتباط مستقیم دارد. نمره‌ی عملکرد با نمره‌ی نگرش نیز ارتباط مستقیم غیرمعنی‌دار دارد. این بدین معناست که افزایش آگاهی و نگرش هر کدام مستقلاً موجب افزایش عملکرد می‌شوند که در مورد آگاهی اثر آن بیشتر است. ولی در این مطالعه افزایش آگاهی موجب افزایش نگرش نشده است. نمره‌ی آگاهی در مردان بالاتر بود. در مطالعه‌ی Setati (۲۱) و Ango و همکاران (۲۲) بین جنسیت و نمرات آگاهی ارتباطی یافت نشد. نمرات عملکرد و نگرش با جنسیت، رابطه‌ی معنی‌داری نداشته‌اند. بین نمره‌ی آگاهی با سن و سابقه‌ی کار، رابطه‌ی مستقیم وجود دارد. مطالعه‌ی Asadollahi و همکاران (۲۸) نیز همین یافته‌ها را تأیید کرد. این خلاف یافته‌های مطالعه‌ی Setati (۲۱) است که در آن، آگاهی افراد جوان‌تر بیشتر بوده است.

بین نمره‌ی نگرش نیز با سن و سابقه‌ی کار، رابطه‌ی مستقیم وجود داشت که با مطالعه‌ی Setati (۲۱) همخوانی دارد. نمره‌ی عملکرد ارتباط معکوس (غیرمعنادار) با سن و سابقه‌ی کار دارد که در مطالعه‌ی اکبری و همکاران (۲۹) و تاج‌آبادی و همکاران (۲۳) نیز تأیید شده است. افزایش سن، احتمالاً موجب خستگی و کاهش توان بدنی می‌شود و دقت در انجام احتیاطات کاهش می‌یابد. نمره‌ی آگاهی و نگرش ICU از داخلی بیشتر بوده است. عملکرد بخش‌ها تفاوت چندانی نداشته‌اند که مشابه مطالعه‌ی Setati (۲۱) بود. آگاهی پرستاران بیشتر از پزشکان بوده است که مشابه

انتظار می‌رود این افراد اهمیت بیشتری نسبت به رعایت بهداشت دست داشته باشند. در این خصوص، تعهد پزشکان در رابطه با بهداشت دست نسبت به سایر کارکنان، کمتر بود و یکی از علل آن می‌تواند شرکت کمتر نسبت به سایرین در دوره‌های آموزشی مرتبط با این مهم باشد. جهت تعهد بیشتر به رعایت بهداشت دست، توصیه شد، دوره‌های آموزشی بیشتر و با گروه هدف وسیع‌تر (شامل همه کارکنان) برگزار گردد. همچنین جهت بهبود کیفیت دوره‌ها مطلوب‌ست، نیاز سنجی انجام شده و حیطه‌های مورد نیاز مشخص شود و ضمن اجرا، بر اساس آن مطالعات مداخله‌ای صورت گیرد و مداخلات کارآمدتر استفاده شود. یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای مدیران، پزشکان و کارکنان حوزه‌ی سلامت قابل کاربرد باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکترا رشته‌ی پزشکی با کد ۳۹۹۱۱۱۲ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

مطالعه Zhou (۳۰) و ekwere (۳۱) است. نمره نگرش پزشکان از سرپرستاران، پرستاران، کمک پرستار، منشی بخش و خدمات پایین‌تر بوده است. این موضوع می‌تواند بدلیل نداشتن جایگاه اختصاصی بهداشت دست در برنامه‌ی آموزشی پزشکی و عدم تأکید بر آن در دوره‌های بازآموزی پزشکان باشد. عملکرد سرپرستاران از پزشکان، منشی و کارکنان خدمات بالاتر بوده است. عملکرد پرستاران بالاتر از منشی بوده است که مشابه مطالعه‌ی Setati (۲۱) بود.

آگاهی کارکنان در مقطع دکترا، کمتر از لیسانس بوده است. نگرش پایین‌تر از سایرین داشته‌اند. همچنین عملکرد، دکترا و دیپلم کمتر از لیسانس بود. ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان در ۵ سال اخیر، دوره‌ی آموزشی گذرانده‌اند، که نشان داد، یک‌سوم افراد دوره‌ی آموزشی شرکت نکرده‌اند. گذراندن دوره، موجب افزایش هر سه آگاهی، نگرش و عملکرد شده است که مشابه مطالعه Randle و همکاران (۳۲) است. از جمله محدودیت‌های مطالعه، احتمال وجود خطا می‌باشد با توجه به این که مطالعه در دوران پاندمی کوید-۱۹ انجام شد. همچنین نمره‌ی عملکرد در این مطالعه، از چک‌لیستی که خود افراد تکمیل کرده‌اند بدست آمده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که مطالعه روی کارکنان حوزه‌ی درمان انجام شد،

References

- Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; 377(9761): 228-41.
- Haley RW, Schaberg DR, Von Allmen SD, McGowan Jr JE. Estimating the extra charges and prolongation of hospitalization due to nosocomial infections: a comparison of methods. *J Infect Dis* 1980; 141(2): 248-57.
- Nabavi M, Alavi-Moghaddam M, Gachkar L, Moeinian M. Knowledge, attitudes, and practices study on hand hygiene among Imam Hossein Hospital's residents in 2013. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(10): e19606
- Cardoso T, Almeida M, Friedman ND, Aragão I, Costa-Pereira A, Sarmento AE, et al. Classification of healthcare-associated infection: a systematic review 10 years after the first proposal. *BMC Med* 2014; 12(1): 1-13.
- Haq M, Sartelli M, McKimm J, Abu Bakar M. Health care-associated infections - an overview. *Infect Drug Resist* 2018; 11: 2321-33.
- (NDoH 2007) National Department of Health, South Africa. 2007. The national infection prevention and control policy & strategy, Pretoria: South Africa.
- Ramasubramanian V, Iyer V, Sewlikar S, Desai A. Epidemiology of Healthcare Acquired Infection – an Indian Perspective on Surgical Site Infection and Catheter Related Blood Stream Infection. *Indian J Basic Appl Med Res* 2014; 3(2): 46-63.
- Haas J, Larson E. Measurement of compliance with hand hygiene. *J Hosp Infect* 2007; 66(1): 6-14.
- Mathai E, Allegranzi B, Kilpatrick C, Pittet D. Prevention and control of health care-associated infections through improved hand hygiene. *Indian J Med Microbiol* 2010; 28(2): 100-6.
- Celentano DD. *Gordis Epidemiology*. 5th ed. Elsevier; 2014. p. 28-30.
- Whitby M, Pessoa-Silva C, McLaws M-L, Allegranzi B, Sax H, Larson E, et al. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *J Hosp Infect* 2007; 65(1): 1-8.
- Squeri R, Genovese C, Palamara MA, Trimarchi G, La Fauci V. "Clean care is safer care": correct handwashing in the prevention of healthcare associated infections. *Ann Ig* 2016; 28(6): 409-15.
- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J, World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30(7): 611-22.
- Ariyaratne M, Gunasekara T, Weerasekara M, Kottahachchi J, Kudavidanage B, Fernando S.

- Knowledge, attitudes and practices of hand hygiene among final year medical and nursing students at the University of Sri Jayewardenepura. *Sri Lankan Journal of Infectious Diseases* 2013; 3(1): 15-25.
15. Naderi H, Sheybani F, Mostafavi I, Khosravi N. Compliance with hand hygiene and glove change in a general hospital, Mashhad, Iran: an observational study. *Am J Infect Control* 2012; 40(6): e221-e3.
 16. Day M. Doctors attack Gordon Brown's plans to regulate medical profession. *BMJ* 2007; 335(7611): 113.
 17. Erasmus V, Brouwer W, Van Beeck E, Oenema A, Daha T, Richardus JH, et al. 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. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30(5): 415-9.
 18. Jang T-H, Wu S, Kirzner D, Moore C, Youssef G, Tong A, et al. Focus group study of hand hygiene practice among healthcare workers in a teaching hospital in Toronto, Canada. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010; 31(2): 144-50.
 19. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect* 2009; 73(4): 305-15.
 20. Nawab T, Mehnaz S, Abedi AJ, Safwi SR, Khaliq N, Ansari MA, Khan Z. KAP study of hand hygiene among medical and nursing students in a tertiary teaching hospital. *Ijsar* 2015; 2: 29-39.
 21. Setati ME. Hand Hygiene knowledge, attitude and practices among health care workers of Pietersburg Tertiary Hospital, Polokwane, Limpopo Province [Thesis].
 22. Ango UM, Awosan KJ, Adamu H, Salawu S, Sani MM, Ibrahim AH. Knowledge, attitude and practice of hand hygiene among healthcare providers in semi-urban 47 communities of Sokoto State, Nigeria. *IJTDH* 2017; 26(2): 1-9.
 23. Tajabadi A, Parsaeimehr Z, Kashani E. Evaluation of Compliance with Standard Precautions by ICU Nurses of Sabzevar Hospitals [in Persian]. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2018; 4(1): 50-8.
 24. Allahbakhshian A. Knowledge, Attitude and Practice of Nurses in ICU and Hospital Infection Control in Health Centers of Tabriz [in Persian]. *Journal of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences* 2009; 22(64): 69-76.
 25. Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MF. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infect* 2003; 54(1): 68-73.
 26. Qudeimat MA, Farrah RY, Owais AI. Infection Control Knowledge and Practice Among Dentists and Dental Nurses at a Jordanian University Teaching Center. *Am J Infect Control* 2006; 34(4): 218-22.
 27. Larson EL, Aiello AE, Cimiotti J. Assessing nurses' hand hygiene practices by direct observation or self-report. *J Nurs Meas* 2004; 12(1): 77-85.
 28. Asadollahi M, Bostanabad MA, Jebraili M, Mahallei M, Rasooli AS, Abdolalipour M. Nurses' knowledge regarding hand hygiene and its individual and organizational predictors. *J Caring Sci* 2015; 4(1):45-53.
 29. Akbari M, Nejad Rahim R, Azimpour A, Bernousi D, Ghahremanlu H. A survey of nosocomial infections in intensive care units in an imam reza hospital to provide appropriate preventive guides based on international standards [in Persian]. *Urmia Medical Journal* 2013; 6(23): 591-6.
 30. Zhou, Y, Zhang D, Chen Y, Zhou S, Pan S, Huang Y, et al. Healthcare-associated infections and Shanghai clinicians: a multicenter cross-sectional study. *PLoS One* 2014; 9(8): e105838.
 31. Ekwere TA, Okafor IP. Hand hygiene knowledge and practices among healthcare providers in a tertiary hospital, south west, Nigeria. *International Journal of Infection Control* 2013; 9(4):
 32. Randle J, Clark M, Storr J. Hand hygiene compliance in health care workers. *Journal of Hospital Infection* 2006; 64: 205-9.

Investigating and Comparing Knowledge, Attitude and Performance of Staff of Seyed-o-Shohada Hospital in Isfahan in Relation to Hand Hygiene

Somayeh Haghighipour¹, Behrooz Ataei², Maryam Masjedi Esfahani³

Original Article

Abstract

Background: Despite the importance of hand hygiene in reducing hospital infections, in previous studies, the level of commitment to this issue has not been reported as favorable; Based on this, the study was conducted with the aim of determining and comparing the knowledge, attitude and performance of Staff of Seyed-o-Shohada Hospital in Isfahan in relation to hand hygiene.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 178 Staff of Seyed-o-Shohada Hospital in Isfahan in the internal, surgical, pediatric and ICU departments in 2022. The data collection tool was a checklist including demographic information, 11 knowledge questions, 10 attitude questions, and 31 performance questions. Data were reported using descriptive statistics.

Findings: According to the findings of the study, the average score of awareness was 1.5 ± 7.35 , attitude score was 4 ± 27.35 and performance score (total behavior score) was 29.2 ± 69.80 . The score of knowledge and performance was good and the score of attitude was reported as average.

Conclusion: Considering that the study was conducted on medical staff, it is expected that these people are more important than hand hygiene. In this regard, the commitment of doctors in relation to hand hygiene was less compared to other Staff. The findings of this study can be used for managers, doctors and health workers.

Keywords: Awareness, Attitude, Hand Hygiene

Citation: Haghighipour S, Ataei B, Masjedi Esfahani M. Investigating and Comparing Knowledge, Attitude and Performance of Staff of Seyed-o-Shohada Hospital in Isfahan in Relation to Hand Hygiene. J Isfahan Med Sch 2026; 43(837): 1447- 54.

1- Assistant Professor, Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, School of Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, School of Medicine, Nosocomial Infection Research Center, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Somayeh Haghighipour, Assistant Professor, Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, School of Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: S_haghighipour@yahoo.com