

عوامل موثر بر رفتار بهداشتی کردن دست‌ها در کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌ها (مطالعه کیفی)

حمید رواقی^۱، ژاله عبدی^{۲*}، علی حیرانی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱۲

چکیده:

زمینه و هدف: بهداشتی کردن دست‌ها یکی از راهکارهای ساده و مهم برای پیشگیری از عفونت بیمارستانی است، اما شواهد موجود بر عدم اجرای کامل این رفتار توسط کارکنان بهداشتی و درمانی دلالت دارد. در مطالعه حاضر سعی شد با بهره‌گیری از رویکرد کیفی عوامل تأثیرگذار بر اجرای این رفتار توسط کارکنان در بخش‌های مراقبت ویژه مورد مطالعه قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کیفی بود که در سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ در چهار بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران اجرا شد. در این مطالعه با ۴۲ نفر از پزشکان، پرستاران، دانشجویان پزشکی و پرستاری مصاحبه فردی نیمه ساختاریافته صورت گرفت.

نتایج: در پژوهش حاضر جمعاً ۹ موضوع و ۱۹ زیرموضوع شناسایی گردید که این موضوعات در قالب سازه‌های اصلی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده دسته بندی گردیدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که دلیل اصلی شستشوی دست توسط کارکنان بهداشتی و درمانی محافظت از خود در برابر خطر انتقال عفونت بود و بیشتر نیز پس از تماس با بیمار و در صورت وجود آلودگی‌های آشکار بر روی دست‌ها اجرا می‌شد. شرکت کنندگان کمبود آگاهی و دانش را یکی از عوامل موثر بر رفتار بهداشتی کردن دست‌ها می‌دانستند و بر این باور بودند که با ارتقای دانش کارکنان می‌توان میزان تبعیت آنها را افزایش داد. کارکنان جوان و کم سابقه، کیفیت اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها توسط افراد ارشد را در میزان تبعیت خود موثر می‌دانستند. وجود کنترل‌های رسمی و غیر رسمی و هنجارهای گروهی موجود از جمله دیگر عوامل تأثیرگذار بر اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها ذکر شدند. کمبود منابع و تجهیزات، بارکاری بالا، و طراحی نامناسب فضاها به عنوان مهم‌ترین موانع محیطی موثر در اجرای این رفتار شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: عوامل متعددی بر رعایت اصول بهداشتی کردن دست‌ها توسط کارکنان تأثیرگذارند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مسئولان مربوطه را در زمینه اتخاذ راهکارهای مناسب جهت ترویج این رفتار و طرح‌ریزی پژوهش‌های آتی یاری نماید.

کلمات کلیدی: بهداشتی کردن دست، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بخش مراقبت‌های ویژه، مطالعه کیفی

^۱ استادیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۲ پژوهشگر، دانش‌آموخته دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 * نویسنده مسئول. آدرس: تهران - خیابان ایتالیا، شماره ۷۸ - تلفن: ۸۸۹۹۱۱۰۲، آدرس پست الکترونیک: zh-abdi@razi.tums.ac.ir
^۳ استادیار، عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

مقدمه

عفونت بیمارستانی تهدیدی برای ایمنی بیماران محسوب شده و هزینه زیادی را به سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند (۱-۲). مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی در هر لحظه در جهان ۱/۴ میلیون نفر از عوارض ناشی از عفونت‌های بیمارستانی رنج می‌برند. در کشورهای در حال توسعه میزان عفونت‌های قابل پیشگیری ناشی از ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تا حدود چهل درصد و بیشتر برآورد شده است (۳). این در حالی است که میزان شیوع عفونت بیمارستانی در همه بخش‌های بستری یکسان نیست و برخی بخش‌ها همچون بخش‌های مراقبت‌های ویژه به دلیل نوع مراقبت‌های دریافتی و شرایط خاص بیماران بستری با نرخ بالاتری روبرو هستند (۴).

دست‌ها یکی از عوامل اصلی انتقال میکروارگانیسم‌ها هستند و در این میان، دست‌های ارائه دهنده خدمات سلامت یکی از اصلی‌ترین منابع انتقال عفونت‌ها به شمار می‌آیند. رعایت بهداشت دست (شستن دست‌ها با آب و صابون یا استفاده از یک ماده ضدعفونی کننده مانند الکل) که روشی بسیار ساده می‌باشد، به عنوان اصلی‌ترین روش در کنترل عفونت‌های بیمارستانی و جلوگیری از گسترش مقاومت ضد میکروبی محسوب می‌شود (۵-۶).

بر اساس رهنمودهای سازمان جهانی بهداشت، لازمست که ارائه‌دهندگان خدمت در پنج موقعیت پیش از تماس با بیمار، پس از تماس با بیمار، پس از تماس با مایعات و ترشحات بیمار، پس از تماس با محیط اطراف بیمار و پیش از اجرای یک پروسیجر درمانی دست‌های خود را بهداشتی کنند (۷).

شواهد موجود نشان می‌دهد که با وجود راحتی و ارزانی بهداشتی کردن دست، اجرای این رفتار در بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کمتر از حد انتظار است (۸). بر اساس نتایج مطالعات مرتبط حتی در بهترین سیستم‌ها با داشتن مطلوب‌ترین شرایط محیطی و فیزیکی میزان اجرای این رفتار بهداشتی به ندرت به بیش از چهل تا پنجاه درصد می‌رسد (۹-۱۱). به منظور طراحی مداخلات پایدارتر، لازمست که اطلاعات بیشتری درباره عوامل تعیین‌کننده این رفتار وجود داشته باشد؛ چرا که در بیشتر موارد، کارکنان اطلاعات و دانش لازم را در مورد رفتار مورد نظر دارند، با این حال آن را اجرا نمی‌کنند (۱۲). به بیان دیگر، اطلاعات و دانش به تنهایی پیش‌بینی کننده رفتار افراد نیست و عوامل متعددی از جمله انگیزه، تأثیرات اجتماعی و رفتار هم‌تایان را باید در این بین مد نظر قرار داد (۱۳).

در سال‌های اخیر، پژوهشگران با کمک مباحث روانشناسی و استفاده از مدل‌های تعیین کننده رفتار اقدام به بررسی عوامل

تأثیرگذار بر اتخاذ رفتارهای بهداشتی در کارکنان بخش سلامت نموده‌اند (۱۳). تئوری‌های متعددی در حیطه پیش-بینی و تغییر رفتار افراد مطرحند. یک گروه از تئوری‌های مطرح در این حیطه، تئوری‌های شناختی هستند که بر اساس آنها رفتار افراد تحت تأثیر عوامل درونی (دانش، مهارت، قصد، انگیزه) و عوامل بیرونی (فشارهای اجتماعی و رفتار هم‌تایان، موانع ادراک شده) شکل می‌گیرد (۱۱).

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of Planned Behavior-TPB) که توسط آیزن و فیشن باوم ارائه گردیده، یکی از پرکاربردترین تئوری‌های شناختی است (۱۲). در شرایطی که فرد کنترل ارادی کاملی روی رفتار خود داشته باشد و همه شرایط مربوط به رفتار در اختیار او باشد، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده کاربرد دارد (۱۳). بر اساس این مدل، سه دسته متغیر (سازه) نگرش افراد، کنترل‌های رفتاری درک شده و هنجارهای ذهنی افراد در اجرای یک رفتار خاص دخالت دارند؛ یعنی برای اجرای یک رفتار فرد باید دیدگاه مثبتی نسبت به آن داشته باشد (نگرش)، احساس کند برای انجام آن تحت فشارهای اجتماعی است (هنجارهای ذهنی) و در عین حال قادر است که آن رفتار را انجام دهد (کنترل رفتاری درک شده).

بر اساس نظر ارائه دهنده‌گان این مدل، در مواردی خاص که فرد در قبال رفتاری خاص احساس تعهد اخلاقی یا مسئولیت - کند، می‌توان سازه هنجارهای اخلاقی را نیز به این مدل اضافه کرد (۱۴). تا کنون مطالعات مختلفی در مورد رفتارهای بالینی گوناگون کارکنان بخش سلامت از جمله تبعیت از گایدلاین‌ها، تجویز داروهای مختلف از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها، پوشیدن دستکش، نحوه کنترل درد و رعایت بهداشت دست با استفاده از این تئوری صورت گرفته است (۱۵-۱۹).

بر اساس نتایج مطالعات صورت گرفته در ایران، میزان رعایت موازین بهداشت دست در بخش‌های مختلف بیمارستانی از جمله بخش مراقبت‌های ویژه در سطح نسبتاً مطلوبی قرار نداشته و مشابه مطالعات بین‌المللی، میزان تبعیت کارکنان بین سی تا پنجاه درصد گزارش شده است (۲۰-۲۱). این در حالی است که براساس نتایج مطالعات صورت گرفته در داخل کشور، شیوع انواع عفونت‌ها از جمله عفونت‌های تنفسی، ادراری، جریان خون و عفونت محل جراحی در بخش‌های مراقبت ویژه نسبتاً بالا بوده و میزان شیوع این عفونت‌ها بین ۱۰ تا ۳۰ درصد بیماران بستری در این بخش‌ها گزارش شده است (۲۲-۲۴).

با توجه به اهمیت بهداشتی کردن دست‌ها در میان کارکنان بخش‌های بیمارستانی علی‌الخصوص بخش‌های مراقبت ویژه و با عنایت به این که تا کنون مطالعات محدودی با هدف بررسی

اساس مضامین تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده شکل گرفت. این چارچوب در چندین جلسه با اعضای گروه پژوهش مورد بحث قرار گرفت.

نویسنده اول مصاحبه‌های پیاده شده را بر اساس کدهای این چارچوب ایندکس کرد. سپس متن کد شده با نویسنده دوم مورد بحث و بازبینی قرار گرفت. این فرایند چندین بار برای کلیه مصاحبه‌ها تکرار گردید. سپس در مرحله نمودار سازی، نظرات شرکت‌کنندگان در قالب جداول تحلیلی با یکدیگر مقایسه گردید و روابط بین موضوعات اصلی و زیرموضوعات مشخص گردید. مرحله بعدی تفسیر موضوعات بود که در آن داده‌ها یک بار دیگر توسط پژوهشگران مرور شد و چارچوب نهایی پژوهش مشخص شد.

در پژوهش حاضر به منظور افزایش پایایی پژوهش، پروتکل مطالعه پیش از اجرای مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها تهیه و تنظیم گردید. در جهت افزایش روایی درونی پژوهش، در مرحله تحلیل داده‌ها نمونه‌ای از متون کدگذاری شده توسط نویسنده اول بار دیگر توسط نویسنده دوم بازبینی شد و موارد اختلاف نظر مورد حل و فصل قرار گرفت (بازنگری ناظرین). در جهت افزایش روایی سازه پژوهش از روش بازنگری مشارکت-کنندگان استفاده شد، بدین صورت که متن پیاده شده‌ی مصاحبه‌ها در اختیار نمونه‌ای از شرکت‌کنندگان قرار گرفت (پنج نفر) تا این افراد ضمن تأیید مطالب خود، نظرات اصلاحی و تکمیلی خود را بیان کنند. علاوه بر این، گزارش نهایی مطالعه نیز توسط دو نفر از شرکت‌کنندگان مرور و بازبینی شد.

نتایج

در پژوهش حاضر جمعاً ۹ موضوع و ۱۹ زیرموضوع شناسایی گردید (جدول شماره ۱). این موضوعات در ادامه و در قالب سازه‌های اصلی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل‌های رفتاری درک شده و هنجارهای اخلاقی) ارائه می‌گردند.

نگرش واکنش‌ها یا مواضع ارزیابی‌کننده موافق یا مخالف فرد ارائه دهنده خدمت نسبت به رفتار بهداشتی کردن دست است که به شکل احساسات، باورها و رفتار فرد نشان داده می‌شود. در این سه موضوع اصلی در حوزه نگرش کارکنان نسبت به رفتار بهداشتی کردن دست مشخص و احصاء گردید: مزایای بهداشتی کردن دست، راهکار بهبود نگرش افراد به بهداشت دست و مشکلات مربوط به بهداشتی کردن دست.

مزایای بهداشتی کردن دست: در حدود نیمی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش بر این باور بودند که بهداشت دست در بخش مراقبت‌های ویژه از اهمیت خاصی برخوردار است. تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان چنین عنوان نمودند که در پنج

رفتار بهداشتی کردن دست‌ها در کارکنان بخش سلامت در کشورمان صورت گرفته‌اند (۲۱-۲۰).

این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها در کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه اجرا گردید. علاوه بر این، با توجه به قابلیت‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی شده در توجیه رفتار افراد از این مدل به عنوان چارچوب مفهومی این پژوهش استفاده گردید. پژوهش‌های کیفی می‌توانند دیدگاه ارزشمندی در خصوص عوامل تعیین‌کننده رفتار ایجاد کرده (۲۶-۲۵) و معمولاً نیز گام نخست در پیاده‌سازی استراتژی‌های مرتبط هستند (۲۷)، لذا با توجه به توانایی روش کیفی در استخراج عوامل مؤثر بر ادراک و باورهای افراد این پژوهش به شکل کیفی اجرا شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر به روش کیفی در سالهای ۹۲-۱۳۹۱ اجرا شد. جامعه مورد بررسی در این مطالعه ارائه دهندگان خدمات در بخش مراقبت‌های ویژه اعم از پزشکان (عضو هیأت علمی، غیر عضو هیأت علمی، دستیاران تخصصی)، پرستاران، دانشجویان پزشکی و دانشجویان پرستاری در چهار بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع شد و تا اشباع داده‌ها پایان یافت.

در مجموع با ۴۲ نفر از کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته صورت گرفت. به منظور هدایت مصاحبه‌ها از راهنمای مصاحبه استفاده شد که بر اساس مرور متون مربوطه تنظیم شده بود. پیش از جمع‌آوری داده‌ها، راهنمای مصاحبه از نظر میزان وضوح و قابل فهم بودن توسط یک پزشک و دو پرستار (شاغل در بیمارستانی غیر از بیمارستان‌های مورد مطالعه) مرور شد.

پیش از اجرای هر مصاحبه هدف تحقیق به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آنها خواسته شد که در صورت رضایت برای شرکت در مطالعه فرم رضایت آگاهانه را نیز تکمیل و امضا نمایند. هر مصاحبه حدود ۳۰-۴۵ دقیقه طول کشید و در موارد لازم مصاحبه‌های تکمیلی نیز انجام گرفت (یک مورد). کلیه مصاحبه‌های اجرا شده به صورت الکترونیکی ضبط و در همان روز به صورت کلمه به کلمه پیاده شدند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده گردید که شامل پنج مرحله آشنایی، شناسایی چارچوب موضوعی، نمایه کردن، ترسیم جداول، طرح‌ریزی و تفسیر می‌باشد (۲۸). در مرحله اول، محتوای مصاحبه‌ها چندین بار توسط پژوهشگران مطالعه شد و به صورت خلاصه نوشته شد. چهارچوب موضوعی اولیه بر اساس مرور متون مربوطه و بر

بهداشتی کردن دست می‌تواند در تغییر نگرش کارکنان ارائه دهنده خدمت مثرتر باشد. این دسته از افراد، اطلاع‌رسانی بیشتر در خصوص رفتار بهداشتی کردن دست‌ها و ارائه آمار مدون توسط کمیته کنترل عفونت در خصوص میزان انتشار و گستردگی عوامل بیماری‌زا در محیط‌های مختلف بخش را از جمله عوامل موثر در افزایش میزان آگاهی کارکنان ذکر کردند. در این راستا پرستاری چنین عنوان نمود: "من توی بیمارستان ... که بودم، کنترل عفونت هر ماهه از محیط کشت می‌گرفت و اعلام می‌کرد. همین باعث شده بود که بچه‌ها شستشوی دست را جدی‌تر بگیرند."

علاوه بر این، به نظر می‌رسد که میزان آگاهی همه شرکت-کنندگان از نحوه صحیح بهداشتی کردن دست کافی نبود؛ به عنوان مثال، برخی از شرکت‌کنندگان (خصوصاً پزشکان و دانشجویان پزشکی) استفاده از دستکش را جایگزین عمل شستشوی دست می‌دانستند، تعدادی از افراد، شستشوی دست پس از درآوردن دستکش را لازم نمی‌دانستند، برخی از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، هندراب (ضد عفونی دست با محلول الکلی) را جهت رفع آلودگی‌های دست موثر نمی‌دانستند و تعدادی دیگر بر این باور بودند که مادامی که برای یک بیمار به طور همزمان چند کار انجام می‌دهند، لازم نیست که پیش از اجرای هر یک از این فعالیت‌ها به طور جداگانه دست خود را بشورند و تنها تعویض دستکش کافی است. در این راستا یکی از دانشجویان پزشکی این‌طور عنوان کرد: "اینجا توی پزشکی تأکید زیاد روی پوشیدن دستکش، برای معاینه بیمار و برای کارهای غیرتہاجمی دستکش لاتکس بپوشیم یا برای پروسیجرهای خاص و تہاجمی دستکش استریل بپوشیم. فکر کنم دستکش کافی باشد، دیگه نیازی به شستشوی دست‌ها نیست."

اکثر پزشکان شرکت‌کننده در این پژوهش چنین اذعان کردند که دوره آموزشی خاصی را در زمینه بهداشت دست و نحوه اجرای آن نگذرانده‌اند. از طرف دیگر، تقریباً تمامی پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش، چنین اظهار کردند که آموزش‌های مستقیم در خصوص رعایت بهداشت دست و اصول شستشو و ضدعفونی صحیح دست‌ها در طول دوره خدمت خود دریافت نموده‌اند. در این راستا یکی از دستیاران تخصصی شرکت‌کننده در این مطالعه چنین گفت: "من خودم تکنیک شستشوی دست را از روی بروشوری که تو بیمارستان چاپ شد و پخش شد مطالعه کردم. که چه طوری دست بشورم، چه قدر طول بکشد، چه طوری خشک کنم. آموزش مستقیم ندیدم. کسی هم به من نگفته که کی باید بشورم."

مشکلات مربوط به بهداشتی کردن دست: از دید شرکت-کنندگان در این پژوهش، مهم‌ترین مشکلات مرتبط با رفتار

موقعیت اصلی بهداشتی کردن دست (پیش از تماس با بیمار، پس از تماس با بیمار، قبل از اجرای پروسیجر تمیز یا اسپتیک، پس از تماس با ترشحات و مایعات بدن بیمار و پس از تماس با محیط اطراف بیمار)، میزان اجرای این رفتار یکسان نمی‌باشد. بنابر نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه، میزان شستشوی دست پس از تماس با بیمار و کثیف شدن آشکار دست به علت تماس با ترشحات و مایعات بدن بیمار به مراتب بیش از میزان شستشوی دست پیش از تماس با بیمار می‌باشد. در این راستا یکی از پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه چنین گفت: "بیشترین موارد شستشو هم موقعی هست که دست با ترشحات مریض کثیف می‌شود، وقتی که آلودگی مستقیماً روی دست باشد."

اکثر شرکت‌کنندگان چنین عنوان کردند که آنها بر اساس ارزیابی خود از وضعیت بیمار، نوع پروسیجر بالینی و ریسک تماس با بیمار اقدام به بهداشتی کردن دست خود می‌کنند. اکثر شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که بهداشتی نمودن دست-ها پس از اجرای کارهایی که مستلزم تماس کمتر یا تماس غیرمستقیم با بیمار است، بسیار کمتر از مواردیست که فرد ارائه دهنده در تماس مستقیم بیشتری با بدن بیمار و ترشحات بدن وی قرار دارد. به عنوان مثال، یکی از پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه چنین عنوان کرد: "من خودم اگر فشار مریض را بگیرم یا درجه بگذارم همیشه دستهایم را بعدش نمی‌شورم، اما اگر پانسمانش عوض کنم یا گاوژ کنم، بعدش حتماً دستهایم را می‌شورم."

تمامی گروه‌های شرکت‌کننده در مطالعه بین دو مقوله "پیشگیری از انتقال عفونت به بیمار" و "پیشگیری از انتقال عفونت به فرد ارائه‌دهنده" تمایز قائل بودند. در پاسخ به سؤال دلایل اصلی اجرای رفتار بهداشتی کردن دست، اکثر شرکت-کنندگان (حدود ۹۰ درصد) حفاظت از خود در برابر خطر عفونت و عوامل میکروبی و نیاز مبرم به شستشوی دست پس از اجرای پروسیجرهایی که منجر به تماس با مایعات و ترشحات بدن بیمار می‌شود، را مهم‌ترین دلیل برای بهداشتی کردن دست عنوان نمودند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه پس از محافظت فرد ارائه دهنده خدمت از خطر عفونت، به دیگر کارکردهای مهم بهداشت دست از جمله محافظت بیمار از خطر انتقال عفونت، محافظت دیگر افراد و جلوگیری از انتقال عفونت به اجتماع اشاره کردند در این راستا پزشکی چنین بیان نمود: "من در درجه اول فکر خودم هستم، برای حفظ ایمنی خودم دستهایم را می‌شورم."

راهکارهای بهبود نگرش افراد نسبت به بهداشت دست: به نظر اکثر شرکت‌کنندگان، افزایش آگاهی و دانش کارکنان در خصوص راه‌های انتقال عفونت بیمارستانی و فواید رفتار

بینه، حُب رعایت می‌کنند. یک مدتی هم که بگذرد خود بخود این کار برایشون تبدیل به عادت می‌شود."

به نظر برخی پرستاران، میزان کنترل صورت گرفته بر رعایت اصول کنترل عفونت در مورد همه گروه‌های حرفه‌ای یکسان نبود و کنترل کمتری بر عملکرد گروه‌های پزشکی و دانشجویان پزشکی وجود داشت. همچنین، تعدادی از شرکت‌کنندگان به ضرورت وجود رویه‌های یکسان در بیمارستان در خصوص بهداشتی کردن دست‌ها و نحوه اجرای آن اشاره کردند. به طور مثال، پزشکی چنین اظهار داشت: "اگر بخواهیم نرخ شستشوی دست بالا برود، باید یک پروتکل واحد برای همه گروه‌ها نوشته بشود، اعلان بشود و همه جا نصب بشود. همه افراد هم ملزم بشوند اون را رعایت کنند."

از سوی دیگر، تعدادی از دانشجویان پزشکی بر این باور بودند که رعایت اصول کنترل عفونت و بهداشت دست جز اولویت تمامی پزشکان هیأت علمی محسوب نمی‌شود و جهت افزایش رعایت این رفتار لازمست افراد ارشد حساسیت بیشتری در قبال این مسأله به خرج دهند. یکی از دستیاران تخصصی در این زمینه چنین گفت: "به نظر من اساتید به اندازه کافی روی بهداشت دست تأکید نمی‌کنند، اجبار و نظارت باید از بالا باشد. اگر به نظر اساتید دست شستن یک کار جانبی باشد که باعث اتلاف وقت می‌شود، اون وقت فکر کنم هیچ وقت این رفتار بین ماها جا نیفتد."

علاوه بر این، تعدادی از شرکت‌کنندگان، خصوصاً پرستاران، چنین عنوان نمودند که به رفتار همکاران خود در زمینه رعایت رفتارهای بهداشتی مرتبط با کنترل عفونت از جمله بهداشتی کردن دست‌ها توجه می‌کنند. شماری از شرکت‌کنندگان در این پژوهش، در زمینه تذکر به همکار یا مافوقی که این موازین را رعایت نمی‌نماید، احساس عدم راحتی را گزارش نمودند. این افراد دلایلی از جمله جو موجود و فرهنگ حاکم بر بخش را به عنوان موانعی قلمداد نمودند که مانع از اعتراض آنها به رفتار نادرست دیگران می‌گردد. در این راستا یکی از پرستاران این‌طور عنوان نمود: "خیلی مواقع متوجه می‌شوم که بعضی از پرسنل، حالا به هر دلیلی دست‌هاشون را نشستند. می‌فهمم، اما تذکر نمی‌دهم، چون جو اینجا طوریه که اگر بگی چندان خوشایند نیست."

الگوی رفتاری: یکی از گروه‌هایی که به نقش همکاران و دیگر کارکنان به عنوان الگوی رفتاری در رفتار بهداشت دست اشاره کردند، دانشجویان بودند. به نظر آنها رعایت اصول بهداشت دست توسط افراد مافوق می‌تواند باعث ایجاد انگیزه در افراد شاغل در رده‌های پایین‌تر جهت اجرای کامل موازین بهداشت شود. به عنوان مثال، یکی از دانشجویان پزشکی چنین گفت: "من وقتی ببینم آتند قبل از این که کاری برای

بهداشتی کردن دست، خشکی و زبری پوست و افزایش بار کاری کارکنان ذکر گردید. در این راستا، برخی از شرکت‌کنندگان توجه ویژه به کیفیت مواد شوینده مصرفی و در اختیار گذاشتن کرم و لوسیون‌های نرم کننده پوست را از جمله مواردی می‌دانستند که می‌تواند در کاهش صدمات به پوست کارکنان و به تبع آن افزایش اجرای رفتار موثر باشد. یکی از پرستاران در توصیف معایب بهداشتی کردن دست‌ها این‌طور گفت: "دست‌ها خشک می‌شود، زبر می‌شود بعضی وقت‌ها دست ما مدام خارش می‌گیرد، بعضی موقع‌ها حتی اگر ما هم می‌شود."

مسأله دیگری که برخی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، زمان مورد نیاز جهت اجرای رفتار صحیح بهداشتی کردن دست بود که باعث افزایش بار کاری شرکت‌کنندگان می‌گردید. این دسته از افراد عقیده داشتند که با توجه به حجم بالای کار در بخش مراقبت‌های ویژه، در صورتی که ارائه دهندگان مراقبت بخواهند کلیه موارد اندیکاسیون بهداشت دست را رعایت نمایند، از دیگر کارهای خود باز می‌مانند. در این راستا پرستاری چنین عنوان نمود: "درسته دست شستن خودش وقت زیاد نمی‌برد، ولی توی ای سی یو اگر بخواهی مرتب دست‌هایت را بشوری با حجم کاری که اینجا هست، ممکنه از یک سری کارها جا بمونی."

هنجارهای ذهنی

منظور از هنجارهای ذهنی فشار اجتماعی درک شده توسط فرد از سوی همکاران برای انجام یا عدم انجام رفتار بهداشتی کردن دست می‌باشد. در پژوهش حاضر، سه موضوع اصلی در حوزه هنجارهای ذهنی درک شده کارکنان نسبت به رفتار بهداشتی کردن دست مشخص و احصاء گردید: کنترل‌های اجتماعی، هنجارهای گروهی و الگوی رفتاری.

کنترل اجتماعی: تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش بر این باور بودند که میزان کنترل اعمال شده، اعم از رسمی و غیر رسمی، بر میزان اجرا و تبعیت از موازین بهداشت دست در کلیه گروه‌های حرفه‌ای به اندازه کافی نمی‌باشد. علاوه بر این، تعدادی از شرکت‌کنندگان بر لزوم افزایش نظارت رسمی بر میزان اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها و به‌کارگیری تدابیر تشویقی و تنبیهی جهت ترویج این رفتار تأکید نمودند. ارائه آمار و اطلاعات دقیق در زمینه میزان رعایت پروتکل بهداشتی کردن دست‌ها در بخش‌ها، مقایسه بخش‌ها و گروه‌های حرفه‌ای از نظر میزان رعایت بهداشت دست‌ها، استفاده از یادآورهای دیداری و دادن بازخورد به افراد در زمینه میزان رعایت آنها از جمله راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقای این رفتار بود. در این خصوص پزشکی چنین گفت: "اگر افراد بدانند کارشون زیر ذره

تبعیت پزشکان از موازین بهداشت دست عادی تر و قابل قبول - تر از عدم رعایت این رفتار توسط پرستاران بود.

همچنین به نظر برخی از شرکت کنندگان در این مطالعه، خصوصاً دانشجویان پزشکی، برخی هنجارهای موجود مانعی جهت اجرای صحیح رفتار بهداشتی کردن دست توسط کارکنان به شمار می‌آیند. یکی از این هنجارهای یاد شده لزوم اجرای حداکثر کارها در حداقل زمان ممکن توسط دانشجویان پزشکی عنوان گردید. از دید این دانشجویان برخی هنجارها و انتظارات موجود در تقابل با اجرای کلیه اصول و موازین کنترل عفونت و از جمله بهداشت دست می‌باشد. در این خصوص یکی از دانشجویان پزشکی چنین گفت: "حالا شاید توی ای‌سی‌یو کمتر این موضوع باشه، ولی یک جایی توی اورژانس تأکید روی اینه که کار مریض تو حداقل زمان انجام بشود، حالا اگر من بخوام مرتب دستم را بشورم و در ارائه خدمت به مریض وقفه بیفتد، پزشک اتند با من برخورد می‌کند، چرا؟، چون اونجا اولویت سریع کار کرده نه شستن دست."

علاوه بر این، برخی دانشجویان پزشکی به وجود هنجارهای درون گروهی در بین خود اشاره کردند که مانعی جهت اجرای کامل موازین بهداشتی و رعایت اصول کنترل عفونت قلمداد می‌گردید. از دید این افراد، آموزش بیشتر، نظارت کافی افراد ارشد و افزایش آگاهی افراد می‌تواند در ارتقای شاخص‌های رعایت اصول کار ایمن در بین ارائه‌دهندگان متمر ثمر باشد. یکی از دستیاران تخصصی چنین گفت: "خود من وقتی کاتتر می‌گذارم، حتماً دست می‌شورم، دستکش استریل می‌پوشم، شان می‌گذارم... ناحیه دور فیلد را هم تا ۲۰ سانتی متر ضد عفونی می‌کنم، می‌بینم که بعضی از همکارها به شوخی بهم می‌گویند، خیلی سخت می‌گیری...، یک چنین برخوردهایی هم وجود دارد که درست نیست."

کنترل‌های رفتاری درک شده

کنترل رفتاری درک شده، ادراک فرد را از سهل یا مشکل بودن اجرای یک رفتار منعکس کرده و به مسائلی همچون تجارب قبلی فرد، منابع در دسترس، فرصت‌ها و موانع موجود برای اجرای رفتار مورد نظر ارتباط پیدا می‌کند. کنترل رفتاری درک شده زمانی که رفتاری کاملاً تحت کنترل فرد نیست و ادراک فرد از کنترل صحیح است، تأثیر مستقیمی بر رفتار فرد دارد.

موانع احساس شده جهت اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها:

شرکت کنندگان در این پژوهش عوامل متعددی از جمله بار کاری زیاد، تعداد ناکافی پرسنل نسبت به بیماران، وجود حالت اورژانسی، کمبود تسهیلات دستشویی و نبود آنها در محل مناسب، کمبود منابع از جمله مایع دستشویی، محفظه‌های الکل، و دستمال کاغذی را از جمله موانع اصلی اجرای رفتار

مریض بکنه دستش را می‌شوید یا بعد از این کارش تموم شد، دستش را می‌شوید من هم حتماً همین کار را می‌کنم". علاوه بر این، هر دو دسته دانشجویان پزشکی و پرستاری به نقش منفی احتمالی افراد ارشد (استاد/ مربی) بر رفتار بهداشتی کردن دست‌ها توسط آنها اشاره کردند. در این راستا یکی از دانشجویان پزشکی گفت: "...عکس این هم صادقانه وقتی من ببینم استادم به این چیزها اهمیت نمی‌دهد، خوب من هم از اون یاد می‌گیرم."

افزون بر این، تعدادی از شرکت کنندگان، خصوصاً افراد کم- سابقه و دانشجویان پزشکی و پرستاری، به موضوع تطابق- پذیری رفتار خود با سایر افراد حاضر در بخش یا واحد مربوطه اشاره کردند. به زعم این افراد، رفتار بهداشتی کردن دست از جمله رفتارهایی است که میزان تبعیت افراد تازه وارد به بخش از آن بستگی به رفتار سایر افراد و شاغل در بخش دارد. در این راستا یکی از دانشجویان پرستاری چنین بیان نمود: "من توی این بخش (ای‌سی‌یو) اومدم دستهایم را بیشتر می‌شورم چون پرسنل اینجا زیاد دست می‌شورند، اما توی بعضی بخش‌ها، شستن دست‌ها زیاد جدی گرفته نمی‌شود، اونجا من هم مثل بقیه دستهایم را خیلی کم می‌شورم."

علاوه بر این، برخی پرستاران شرکت کننده در مطالعه نیز چنین عنوان کردند که رفتار پزشکان، به ویژه پزشکان ارشد، در میزان تبعیت آنها از موازین بهداشت دست نقش بسزایی دارد. در این خصوص پرستاری چنین عنوان کرد: "من اگر ببینم دکتر... که رئیس بخش مرتب دستهایم را می‌شورد من هم تشویق می‌شوم این کار را بکنم. چون پیش خودم می‌گویم اون علم و اطلاعاتش از من خیلی بیشتره، پس یک چیزی می‌دونه که دستهایم را مرتب می‌شورد." این در حالی بود که پزشکان در رفتار بهداشتی کردن دست برای خود نقش الگو قائل نبودند. به عنوان مثال، یکی از پزشکان ارشد شرکت کننده در این باره چنین گفت: "من فکر نمی‌کنم که کارهای ما این قدر مهم باشه که بقیه بخوانند از ما یاد بگیرند."

هنجارهای درون گروهی: کلیه گروه‌های حرفه‌ای به وجود فرهنگی در سازمان، بخش یا گروه کاری مربوطه اشاره کردند که بر میزان تبعیت کارکنان از اصول و موازین کنترل عفونت تأثیر می‌گذاشت. به عنوان مثال، یکی از پرستاران گفت: "جو بخش با بخش فرق داره، من در بیمارستان... کار می‌کردم جو بخش طوری بود که خیلی روی عفونت و پیشگیری از اون تأکید می‌شد. سرپرستارمون خیلی اهمیت می‌داد، ما پرستارها هم همین طور. اما توی این بیمارستان فکر می‌کنم به اندازه اونجا اهمیت نمی‌دهند." به زعم تعدادی از پرستاران شرکت کننده در این پژوهش، بر اساس هنجارهای موجود، عدم

احساس شده توسط آنها نیست. این افراد هنجارها و الزامات اخلاقی دیگری همچون رسیدگی سریع به بیمار را جز الزاماتی می‌دانستند که در بیشتر موارد با الزام بهداشت دست در تقابل است. پزشکی در این خصوص چنین عنوان کرد: "اینجا بخش ویژه هست، خیلی وقت‌ها ما باید برای مریض سریع یک کاری بکنیم، دیگه وقتی نیست تا دست بشوریم، تازه اگر بخواهیم این کار را بکنیم چون مریض به خطر می‌افته."

هنجار اخلاقی پیشگیری از انتقال عفونت: از سوی دیگر، تعدادی از شرکت‌کنندگان یکی از دلایل اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها را مسئولیت احساس شده آنها در قبال دیگر همکارانشان یا افراد خارج از محیط بیمارستان می‌دانستند. این دسته از افراد بر این باور بودند که عدم رعایت موازین کنترل عفونت از جمله بهداشت دست به شکل عمدی به نوعی امری غیر اخلاقی بوده و باعث ایجاد حس ناخوشایندی در آنها می‌گردد. در این راستا یکی از پزشکان گفت: "من از بخش که میام بیرون ممکنه با چند نفر روبرو بشم و دست بدم. اگر دستهایم را نشسته باشم، حس خوبی بهم دست نمی‌دهد، فکر می‌کنم دارم عفونتو ناخواسته به بیرون انتقال می‌دهم."

بحث و نتیجه گیری

علی‌رغم تأکید مجامع جهانی همچون سازمان جهانی بهداشت بر بهداشت دست به عنوان یکی از راهکارهای اصلی کنترل عفونت بیمارستانی، شواهد موجود حاکی از آنست که نرخ پایین تبعیت کارکنان یکی از مشکلات همه‌گیر در سیستم‌های بهداشتی و درمانی در کشورهای مختلف می‌باشد (۴). مطالعات محدود صورت گرفته در کشور ما نیز حاکی از نرخ نامناسب میزان تبعیت کارکنان درمانی از اصول و موازین رفتار بهداشتی کردن دست‌ها در بخش‌های مختلف از جمله بخش مراقبت‌های ویژه است (۲۱-۲۰). با این حال، با توجه به خطر بالقوه ابتلا به عفونت در بیماران این بخش و محدود بودن تعداد مطالعات صورت گرفته، لازمست مطالعات بیشتری اقدام به بررسی عوامل موثر بر اجرای این رفتار و راهکارهای بهبود آن نمایند. در مطالعه حاضر، سعی شد که با کمک رویکرد کیفی نقش عوامل رفتاری موثر بر بهداشت دست در میان ارائه‌دهندگان مختلف خدمات بهداشتی و درمانی از جمله پزشکان، پرستاران و دانشجویان پزشکی و پرستاری در بیمارستان‌های آموزشی مورد بررسی قرار گیرد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بیشترین موارد شستشوی دست‌ها پس از تماس با بیمار و کثیف شدن آشکار دست‌های کارکنان در اثر تماس با خون و ترشحات بدن بیمار صورت می‌گیرد که این نتایج با یافته‌های مطالعات متعدد مشابه

بهداشتی کردن دست توسط کارکنان عنوان نمودند. یکی از پرستاران شرکت‌کننده چنین گفت: "حجم کار زیاده، نسبت پرستار به مریض پایینه، خیلی موقع‌ها من تصمیم گرفتم که دستم را بشورم، منتهی این قدر کار پیش اومده که یادم رفته." در اظهار نظر دیگری یکی از دستیاران تخصصی چنین عنوان نمود: "ما جایی مخصوص برای شستشوی دست تو ای سی یو نداریم، یک چیزی به عنوان ظرفشویی داریم که توش ست سوچور شسته می‌شود، تفاله چای ریخته می‌شود، شیرآلاتش هم سبک قدیمیه، با دست باز و بسته میشه. هیچ‌گونه وسیله خشک کردن هم نداریم، نه به صورت حوله کاغذی، نه به صورت فشار هوا."

علاوه بر این، شرکت‌کنندگان مواردی همچون افزایش تعداد سینک‌ها یا جایگاه‌های نگهداری الکل، تعبیه سینک‌ها و محفظه‌های الکل در محل رفت و آمد کارکنان، فراهم آوردن موادی همچون دستمال و حوله کاغذی در کنار سینک‌ها، تعویض شیرآلات دستشویی‌ها و استفاده از شیرهای دارای چشم الکترونیک را به عنوان تسهیل‌کننده‌های اجرای رفتار بهداشتی کردن دست برشمردند. به عنوان مثال، پزشکی چنین گفت: "به نظر من تسهیلات شستشوی دست باید در مسیر رفت و آمد ما باشه، که اگر حتی یادمون هم رفت [که دست بشوریم]، با دیدن اونها یادمون بیفتد."

هنجارهای اخلاقی

این متغیر ادراک فرد را از اخلاقی بودن یک رفتار و احساس مسئولیت درک شده وی برای اجرا یا عدم اجرای یک رفتار خاص منعکس می‌نماید. در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان به دو نوع هنجار اخلاقی را در رابطه با شستن دست‌ها اشاره کردند: هنجار اخلاقی ایمنی بیمار و هنجار اخلاقی انتقال عفونت به دیگر همکاران و خارج از محیط بخش.

هنجار اخلاقی ایمنی بیمار: اکثر شرکت‌کنندگان در این مطالعه ضمن مفید دانستن رعایت بهداشت دست‌ها جهت پیشگیری از انتقال عفونت، چنین اذعان نمودند که به این رفتار به عنوان یک الزام و هنجار اخلاقی نگاه نمی‌کنند. این افراد معتقد بودند که یکی از علل این امر می‌تواند فاصله موجود بین عمل (نشستن دست) و پیامد نامطلوب آن (ابتلا به عفونت) می‌باشد. در این راستا پزشکی این‌طور عنوان نمود: "فکر کنم چون این رفتار از جنس رفتارهایی که همون موقع نتیجه نامطلوبشو نمی‌بینی، [به همین دلیل] زیاد در مورد انجام ندادنش احساس گناه نمی‌کنی."

تعدادی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه چنین عنوان کردند که حفظ ایمنی بیمار یکی از دلایل اصلی آنها جهت رعایت بهداشت دست‌ها می‌باشد، با این حال برخی از این افراد باور داشتند که این علت تنها هنجار و الزام اخلاقی

از سوی دیگر، الگوهای رفتاری منفی نیز تأثیر بسزایی بر رفتار دانشجویان دارند، چرا که آنها بسیاری از رفتارها را در حین تحصیل و از مربیان خود می‌آموزند (۳۷-۳۵). در پژوهش حاضر نیز دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه معترف بودند که عدم تبعیت مربی یا استاد آنها از موازین بهداشت دست می‌تواند در میزان رعایت اصول بهداشت دست توسط دانشجویان تأثیر منفی و نامطلوب داشته باشد. این مسأله نقش موثر افراد ارشد در سیستم‌های بهداشتی و درمانی از جمله اعضای هیات علمی، پزشکان و پرستاران با سابقه را در زمینه ترویج شستشوی دست و ارتقای ایمنی بیماران خاطر نشان می‌سازد.

علاوه بر این، همانند مطالعات مشابه (۳۱،۳۵)، برخی از پرستاران پزشکان خصوصاً پزشکان ارشد را به عنوان الگوی رفتاری خود در امر رعایت اصول کنترل عفونت از جمله بهداشتی کردن دست‌ها می‌پنداشتند. از سوی دیگر، در مطالعه ما نیز همانند مطالعات دیگر تنها تعداد کمی از پزشکان به این امر اذعان داشتند که آنها می‌توانند برای دیگر کارکنان نقش الگو را داشته باشند (۳۱،۳۴). به طور کلی، شواهد موجود نشان می‌دهد که زمانی که افراد بدانند که رفتار آنها الگو و سرمشق دیگران است، تعهد بیشتری در اجرای رفتار مورد نظر از خود نشان می‌دهند (۳۸). با توجه به این واقعیت، چنین به نظر می‌رسد که جلب حمایت و افزایش میزان مشارکت افراد ارشد از جمله پزشکان و اعضای هیات علمی در طرح‌های ترویج رعایت موازین کنترل عفونت می‌تواند در موفقیت این قبیل برنامه‌ها مثر ثمر باشد.

یکی از مواردی که می‌تواند بر افزایش میزان تبعیت افراد از اصول و موازین بهداشت دست تأثیر بگذارد، افزایش میزان کنترل‌های رسمی و غیر رسمی بر عملکرد کارکنان در این زمینه می‌باشد (۳۷). در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که عدم رعایت بهداشت دست به ندرت با عکس العمل یک همکار یا بازخورد منفی از سوی افراد مافوق روبرو می‌شود. تعدادی از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر معتقد بودند که رعایت بهداشت دست یک تلاش جمعی است و برای ترویج آن ارتباطات باز بین همکاران، که در آن یادآوری همکاران به یکدیگر امری پذیرفته شده باشد، ضروری به نظر می‌رسد. بر اساس نتایج مطالعات مرتبط فشار و تأکید همتایان، استفاده از یادآورهای مناسب مانند پوسترها، دادن بازخورد و وجود تعهد سازمانی به ترویج بهداشت دست می‌تواند در افزایش نرخ تبعیت کارکنان از اصول و موازین بهداشت دست موثر باشد (۱۱،۳۱،۳۵). با توجه به این امر، اتخاذ راهکارهایی همچون افزایش نظارت بر میزان رعایت بهداشت دست‌ها و دادن بازخورد به کارکنان در خصوص میزان تبعیت آنها از

صورت گرفته در این زمینه تطابق دارد (۳۱-۲۹). این امر می‌تواند دال بر این امر باشد که انگیزه اصلی کارکنان بهداشتی از شستن دست‌ها در وهله اول تمیز کردن خود و محافظت از خود در برابر عوامل بیماری‌زا می‌باشد و حفظ جان و ایمنی بیمار در اولویت بعدی قرار دارد (۳۰). مطالعات مرتبط داخلی نیز همانند مطالعات مشابه خارجی، بیشترین موارد بهداشتی کردن دست‌ها را پس از تماس با بیمار ذکر کرده‌اند (۲۱-۲۰). علاوه بر این، همانند مطالعات مشابه، شرکت‌کنندگان در این مطالعه چنین عنوان کردند که بر اساس قضاوت شخصی خود از میزان کثیف بودن دست‌ها یا تمیز نبودن پروسیجری خاص اقدام به شستشوی دست‌ها می‌کنند که همین امر می‌تواند علت اصلی بیشتر بودن موارد شستشوی دست پس از تماس بیمار باشد (۳۰-۲۹).

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر حاکی از اطلاعات و دانش نسبتاً کم برخی از شرکت‌کنندگان در پژوهش از جمله دانشجویان در خصوص نحوه شستشوی دست‌ها و اندیکاسیون آن و استفاده صحیح از دستکش می‌باشد. نظری و همکاران (۲۱) نیز چنین نتیجه گرفته‌اند که پوشیدن دستکش یکی از علل عدم بهداشتی کردن دست‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد. این پژوهشگران در مطالعه خود چنین گزارش کرده‌اند که پرستاران در بیشتر موارد دستکش پوشیده بودند، ولی در موارد کمی، آن هم بیشتر پس از تماس با بیمار، دست‌های خود را بهداشتی نمودند. باور نادرست در مورد جایگزین بودن دستکش برای شستن دست‌ها یکی از باورهای نادرست شایع در بین کارکنان بخش سلامت است که نیاز به تغییر و اصلاح دارد (۲۹). یافته‌های مطالعه بلوچی بیدختی و همکاران (۳۲) نیز بر تأثیر مثبت آموزش در زمینه ترویج اصول و موازین بهداشت دست بر تغییر رفتار کارکنان تأکید دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر لزوم توجه بیشتر به آموزش دانشجویان پزشکی و پرستاری را خاطر نشان می‌سازد. به بیان دیگر، با توجه به این که حجم عظیمی از خدمات توسط این گروه‌ها در بیمارستان‌های آموزشی ارائه می‌گردد، با این حال چنین به نظر می‌رسد که ارائه آموزش‌های لازم به آنها در خصوص ارائه مراقبت ایمن به بیماران مغفول مانده است.

همان طور که پیشتر نیز بدان اشاره شد، همکاران یک فرد می‌توانند بر رفتارهای بهداشتی وی از جمله بهداشتی کردن دست‌ها تأثیر بگذارند (۱۱،۱۳). در مطالعه حاضر دانشجویان شرکت‌کننده به نقش موثر اساتید و مربیان خود به عنوان الگو و سرمشق آنها در رفتار بهداشتی کردن دست اشاره نمودند. به عبارت دیگر، یکی از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده رفتار بهداشتی کردن دست‌ها در کارکنان جوان و کم سابقه، فشارهای اجتماعی درک شده از سوی افراد ارشد می‌باشد (۳۴،۳۳،۲۹).

ترویج رعایت اصول بهداشت دست توسط کارکنان بخش سلامت مسأله‌ای جهانی به شمار می‌رود. پژوهش حاضر، سعی داشت که با اتخاذ یک رویکرد کیفی عوامل تأثیرگذار بر رفتار بهداشتی کردن دست‌ها را در بین کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه شناسایی نماید. با توجه به یافته‌های این مطالعه، استفاده توأم از تئوری رفتار برنامه ریزی شده به عنوان چارچوب ادراکی پژوهش و بکارگیری متدولوژی کیفی به شناخت طیف وسیعی از دیدگاه‌ها و تفاوت‌های موجود در اعمال افراد منجر شد و به شناسایی عوامل بازدارنده و ترغیب‌کننده رفتار بهداشتی کردن دست‌ها در بین گروه‌های مختلف کارکنان بهداشتی و درمانی کمک نمود.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان چنین نتیجه گرفت که عوامل متعددی در میزان تبعیت افراد از موازین بهداشت دست موثر بوده و جهت ارتقای رفتار شستشوی دست توسط کارکنان لازمست استراتژی‌های متعدد و چندجانبه‌ای طراحی و اجرا شوند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، محافظت از خود در برابر عوامل میکروبی بیماری‌زا اولین دلیل اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها توسط کارکنان می‌باشد.

عواملی همچون کمبود دانش در زمینه شستشوی دست، وجود الگوهای رفتاری منفی، عدم نظارت رسمی و غیر رسمی کافی بر میزان تبعیت کارکنان، بارکاری بالا، طراحی نامناسب فضاها و کمبود مواد و تجهیزات لازم جهت شستشوی دست‌ها از جمله عوامل بازدارنده بهداشتی کردن دست‌ها توسط کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه به شمار می‌روند. با در نظر گرفتن این موارد، چنین به نظر می‌رسد که راهکارهایی همچون افزایش اطلاعات و دانش افراد، گنجانیدن اصول موازین کنترل عفونت به ویژه بهداشتی کردن دست‌ها در برنامه آموزشی دانشجویان علوم پزشکی، ایجاد انگیزه در افراد جهت اجرای این رفتار با راهکارهایی همچون ترغیب همکاران و الگوهای رفتاری مثبت، افزایش میزان کنترل رسمی و دادن بازخورد به افراد در خصوص عملکردشان، جلب نظر و ترغیب افراد ارشد به اجرا و ترویج این رفتار و افزایش میزان دسترسی افراد به تجهیزات و ملزومات شستشوی دست‌ها می‌تواند در ترویج این رفتار بهداشتی و کاهش نرخ کنترل عفونت موثر باشد. به علاوه، چنین به نظر می‌رسد که اجرای پژوهش‌های کیفی در خصوص تعیین عوامل موثر بر رفتار بهداشتی کردن دست‌ها جهت طراحی مداخلات چندجانبه و اثرگذار کمک‌کننده باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خودگزارش دهی مشارکت‌کنندگان در مورد اجرای رفتار بهداشتی کردن دست‌ها اشاره کرد. از نقاط قوت این پژوهش، می‌توان به طیف وسیع شرکت‌کنندگان در پژوهش از گروه‌های حرفه‌ای و

موازین بهداشت دست می‌تواند در ترویج این رفتار کمک‌کننده باشد.

مطالعات متعددی بار کاری را به عنوان یکی از موانع رعایت کامل موازین بهداشت دست توسط کارکنان ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شناسایی نموده‌اند (۳۹،۳۴). شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نیز، یکی از دلایل اصلی عدم اجرای کامل اصول بهداشتی کردن دست‌ها را بار کاری و حجم بالای وظایف خود در بخش مراقبت‌های ویژه می‌دانستند. علاوه بر این، وجود منابع لازم جهت شستشوی دست‌ها و ساختار فیزیکی بخش‌ها ارتباط مستقیم با میزان شستشوی دست کارکنان دارد (۸،۳۳،۳۹). در پژوهش حاضر نیز شرکت‌کنندگان عواملی همچون تأمین مایع دستشویی مناسب، دستمال و حوله کاغذی، استفاده از شیرهای الکترونیک و پدالی و تعبیه سینک‌ها و محفظه‌های الکل در مسیر رفت و آمد کارکنان را جزء مواردی قلمداد کردند که می‌تواند در افزایش تبعیت کارکنان موثر باشد. نظری و همکاران (۲۱) نیز افزایش دسترسی کارکنان به لوازم و وسایل مورد نیاز جهت بهداشتی کردن دست‌ها را از جمله عوامل موثر در زمینه ارتقای این رفتار ذکر کرده‌اند. در این راستا توجه مدیریت به فراهم آوردن منابع کافی جهت شستشوی دست و طراحی مناسب فضاها می‌تواند از جمله تدابیر اتخاذی جهت ترویج این رفتار در بین کارکنان باشد.

بهداشت دست علاوه بر این یکی از اصول حفظ ایمنی بیمار می‌باشد، به عنوان یک الزام اخلاقی نیز مورد توجه قرار گرفته است (۴۰). با وجود تأکید بر رعایت بهداشت دست به عنوان یک هنجار اخلاقی، چنین به نظر می‌رسد که کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی علی‌رغم پذیرش اهمیت بهداشت دست، نگرانی‌ها و دغدغه‌های اخلاقی دیگری دارند که در برخی موارد می‌تواند با رفتار بهداشتی کردن دست نیز در تداخل باشد (۴۱-۴۰). در پژوهش حاضر نیز شرکت‌کنندگان به موضوع تعارض احتمالی موجود بین الزام اخلاقی شستشوی دست و هنجارهای اخلاقی دیگر مانند رسیدگی سریع به بیمار اشاره کردند. نتایج پژوهش حاضر در این خصوص، همراستا با نتایج پژوهش‌های مشابه است که چنین گزارش نموده‌اند که هنجار اخلاقی اولویت قائل شدن برای بیمار و رسیدگی سریع به وی خصوصاً در مواقع اضطراری مانع از شستشوی کافی دست‌ها توسط کارکنان می‌گردد (۴۱). به عبارت دیگر، از این یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که کارکنان بهداشتی و درمانی در کارهای روزانه با هنجارهای مبهم و گاه متضاد روبرو می‌شوند و همین باعث می‌شود که علی‌رغم اقرار به اهمیت شستشوی دست، بهداشت دست در وهله اول توسط آنها رعایت نگردد.

با استفاده از رویکرد کمی و تجربی مورد بررسی بیشتر قرار داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همکاری کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه قدردانی می‌نمایند. این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره ۱۷۰۸۸-۱۳۶-۹۱-۰۱ می‌باشد.

بیمارستان‌های مختلف با درجات علمی و تجربه کاری متفاوت اشاره کرد. علاوه بر این، داده‌های حاصله در پژوهش حاضر به علت ماهیت کیفی خود نیز واجد ارزشند، چرا که می‌توانند در شناسایی اولیه عوامل تأثیرگذار بر رفتار بهداشتی کردن دست-ها توسط کارکنان مفید باشند. عوامل شناسایی شده در این پژوهش و میزان نقش آنها در پیش‌بینی رفتار فوق را می‌توان

References

1. Donaldson L. Dirty hands... the human cost. UK Department of Public Health: London. 2006.
2. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge. Clean care is safer care: World Health Organization; 2009.
3. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. *World Health* 2009; 7:611-22.
4. Vincent J-L. Nosocomial infections in adult intensive-care units. *The Lancet* 2003; 9374:2068-77.
5. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infection control and hospital epidemiology* 2002; S12:S3-S40.
6. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection control and hospital epidemiology* 2000; 6:381-6.
7. Sax H, Allegranzi B, Chraïti M-N, Boyce J, Larson E, Pittet D. The World Health Organization hand hygiene observation method. *American journal of infection control*. 2009;37(10):827-34.
8. Naikoba S, Hayward A. The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers-a systematic review. *Journal of Hospital Infection* 2001; 3:173-80.
9. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet* 2000; 9238:1307-12.
10. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection* 2009; 4:305-15.
11. 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. *Journal of Hospital Infection* 2007; 1:1-8.
12. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci* 2008; 36:1-12.
13. Perkins M, Jensen P, Jaccard J, Gollwitzer P, Oettingen G, Pappadopoulos E, et al. Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: What do we know? *Psychiatric Services* 2007; 3:342-8.
14. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 1991; 2:179-211.
15. Lambert BL, Salmon JW, Stubbings J, Gilomen-Stüdy G, Valuck RJ, Kezlarian K. Factors associated with antibiotic prescribing in a managed care setting: an exploratory investigation. *Social science & medicine* 1997; 12:1767-79.
16. Godin G, Naccache H, Fortin C. Understanding physicians' intention to use a simple infection control measure: wearing gloves. *American journal of infection control* 1998; 4:413-7.
17. Nash R, Edwards H, Nebauer M. Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurses' intention to assess patients' pain. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 6:941-7.
18. Walker A, Grimshaw J, Armstrong E. Salient beliefs and intentions to prescribe antibiotics for patients with a sore throat. *British Journal of Health Psychology* 2001; 4:347-60.
19. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health policy* 2008; 2:148-61.
20. McLaws M-L, Maharlouei N, Yousefi F, Askarian M. Predicting hand hygiene among Iranian health care workers using the theory of planned behavior. *American journal of infection control* 2012; 4:336-9.
21. Nazari R, Haji Ahmadi M, Dadashzade M, Asgari P. Study of hand hygiene behavior among nurses in Critical Care Units. *IJCCN*. 2011; 4 (2) :93-96 (in Persian).
22. Baghaei R, Mikaili P, Nourani D, Khalkhali HR. An epidemiological study of nosocomial infections in the patients admitted in the intensive care unit of Urmia Imam Reza Hospital: An etiological investigation. *Annals of Biological Research*. 2011;2(5).

23. Lahsaeizadeh S, Jafari H, Askarian M. Healthcare-associated infection in Shiraz, Iran 2004–2005. *Journal of Hospital Infection*. 2008;69(3):283-7
24. 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. (in Persian).
25. Patton MQ. *Qualitative research*: Wiley Online Library; 2005.
26. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*: Sage Publications, Inc; 1988.
27. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernandez ME. *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*: Jossey-Bass; 2011.
28. Furber C. Framework analysis: a method for analysing qualitative data. *African Journal of Midwifery and Women's Health* 2010; 2:97-100.
29. 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; 5:415-9.
30. Whitby M, McLaws ML, Ross MW. Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infection control and hospital epidemiology* 2006; 5:484-92.
31. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Annals of internal medicine* 2004; 1:1-8.
32. Baloochi Beydokhti T, Gharcheh Masoumeh Bn, Basirimoghdam K. The Comparison of Hand Hygiene Compliance of Alcohol-based Solution and Soap in Nurses in Gonabad Hospitals During 2009. *Ofogh-e-Danesh*. 2010 (in Persian).
33. Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on the hand hygiene of health-care workers. *Emerging infectious diseases* 2003; 2:217-223.
34. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerging infectious diseases* 2001; 2:234-240.
35. Schneider J, Moromisato D, Zemetra B, Rizzi-Wagner L, Rivero N, Mason W, et al. Hand hygiene adherence is influenced by the behavior of role models. *Pediatric Critical Care Medicine* 2009; 3:360-3.
36. Barrett R, Randle J. Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. *Journal of clinical Nursing* 2008; 14:1851-7.
37. Jenner E, Watson P, Miller L, Jones F, Scott G. Explaining hand hygiene practice: an extended application of the Theory of Planned Behaviour. *Psychology, Health & Medicine* 2002; 3:311-26.
38. Pessoa-Silva CL, Posfay-Barbe K, Pfister R, Touveneau S, Perneger TV, Pittet D. Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. *Infection control and hospital epidemiology* 2005; 3:305-11.
39. Borg MA, Benbachir M, Cookson BD, Ben Redjeb S, Elnasser Z, Rasslan O, et al. Health care worker perceptions of hand hygiene practices and obstacles in a developing region. *American journal of infection control* 2009; 10:855-7.
40. Robert S. M., Mearns K, Silva A. A. social and moral norm differences among postgraduate medical students toward their intention to comply with hand hygiene. *Psychology, Health & Medicine* 2011, First article, 1-9.
41. Dixit D, Hagtvedt R, Reay T, Ballermann M, Forgie S. Attitudes and beliefs about hand hygiene among paediatric residents: a qualitative study. *BMJ open*. 2012;2(6).

Hand hygiene practice among healthcare workers in intensive care units (a qualitative study)

Ravaghi.H¹, Abdi.Z*², Heyrani.A³

Submitted: 2013.11.3

Accepted: 2014.8.5

Abstract

Background: Hand hygiene is one of the simplest and most effective preventive measures to reduce cross infection in hospitals. However, this behavior is practiced poorly among healthcare workers. The present study aimed to explore potential determinants of hand hygiene behavior among healthcare workers in intensive care units of hospitals.

Methods: This was a qualitative research study carried out in four hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences in 2013. Forty two semi-structures interviews were conducted with physicians, nurses, nursing students, and medical students to explore the study objectives.

Results: Nine themes and nineteen subthemes were identified and classified according to the constructs of the theory of planned behavior. The results showed that the main reason for hand washing by the participants was self-protection. According to the participants, hand hygiene was often performed after direct contacts with patients as well as tasks that were perceived to be unclean. *Participants* were most concerned about *knowledge gaps* in hand hygiene practice. Most participants believed that having a good theoretical knowledge of hand hygiene guideline may strengthen healthcare workers' attitudes toward hand hygiene. Junior practitioners believed that the quality of hand hygiene practice by supervisors could influence their performance both negatively and positively. Participants also believed that formal and informal controls and group norms may influence hand hygiene practice among healthcare workers. High workload, inappropriate building design, and limited access to hand hygiene products were mentioned as some environmental barriers to hand hygiene practice.

Conclusion: The findings revealed that a number of factors, as mentioned above, can influence hand hygiene practice. The findings of the current study are of value for policy making to improve hand hygiene related behaviors among healthcare workers and also further researches.

Keywords: Hand hygiene, Theory of planned behavior, Intensive Care Unit, Qualitative study

¹ MTD PhD, Assistant Professor of Health Policy and Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² PhD in Health Services Administration, Researcher, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran(* corresponding author)

Tel: 88991102, email: zh-abdi@razi.tums.ac.ir

³ MD PhD, Assistant Professor, Research Center of Social Determinants in Health Promotion, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran