

احتیاطات استاندارد: پای‌بند بودن به احتیاطات یا پابند بودن احتیاطات؛ یک مطالعه کیفی

طیبه میرزایی^۱، علی راوری^۱، سکینه میرزایی^۲، مرضیه لری‌پور^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با وجود ارایه دستورالعمل‌های استاندارد و آموزش‌های لازم به کارکنان جهت پای‌بندی به احتیاطات استاندارد، اجرای این احتیاطات همواره با مشکلاتی مواجه بوده است. پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربیات پرستاران از عوامل ممانعت‌کننده از پای‌بندی به احتیاطات استاندارد در پرستاران شاغل در بیمارستان انجام گرفت.

روش: این پژوهش به صورت کیفی و با روش تحلیل محتوا صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از ۱۵ مصاحبه چهره به چهره و ۵ جلسه گروه متمرکز جمع‌آوری گردید. در هر کدام از این جلسات به طور متوسط ۵ نفر پرستار و بهیار شرکت داشتند و تعداد کل شرکت‌کنندگان ۴۰ نفر بود. تمام مصاحبه‌ها ضبط، دست‌نویس و سپس خط به خط با استفاده از روش آنالیز محتوا تحلیل شد. برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس تجربیات شرکت‌کنندگان سه درون‌مایه اصلی استخراج شد که عبارت از «بی‌احتیاطی سخت‌افزاری، بی‌احتیاطی درکی و بی‌احتیاطی اجباری» بود. نبود وسایل در بخش، در دسترس نبودن وسایل و کیفیت نامناسب وسایل و تجهیزات از عواملی بود که باعث بی‌احتیاطی سخت‌افزاری می‌شد. باور نداشتن انتقال عفونت، عدم احساس خطر، صدمه ناشی از رعایت احتیاطات استاندارد، مسخره شدن توسط سایر کارکنان و اثرات منفی ناشی از رعایت احتیاطات استاندارد روی بیمار و همراه موجب بی‌احتیاطی درکی می‌گردید. مشغله زیاد، مواجهات پیش‌بینی نشده و شرایط اضطراری از جمله عوامل تأثیرگذار بی‌احتیاطی اجباری بودند.

نتیجه‌گیری: بعضی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه پای‌بندی به رعایت احتیاطات استاندارد را قبول نداشتند و رعایت آن را نه تنها مفید نمی‌دانستند که آسیب‌رسان تلقی می‌کردند. بنابراین برای رعایت احتیاطات استاندارد تنها تأکید بر آموزش به کارکنان و ارایه دستورالعمل‌ها کفایت نمی‌کند. بلکه باید علاوه بر تأمین وسایل و تجهیزات، باور کارکنان را در خصوص لزوم رعایت این احتیاطات تقویت کرد. همچنین باید شرایطی فراهم آورد که کارکنان بتوانند این احتیاطات را رعایت کنند.

کلید واژه‌ها: احتیاطات استاندارد، پای‌بند بودن، مطالعه کیفی

ارجاع: میرزایی طیبه، راوری علی، میرزایی سکینه، لری‌پور مرضیه. احتیاطات استاندارد: پای‌بند بودن به احتیاطات یا پابند بودن احتیاطات؛ یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۳): ۲۳۸-۲۳۰.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۸

بیمار را بر عهده دارند. مواجهه شغلی می‌تواند به شکل مواجهه پوستی با خون و مایعات بدن بیماران مثل فرو رفتن سوزن به پوست یا انسان گزیدگی‌ها، مواجهه غشاهای

مقدمه

تماس شغلی با مواد بیولوژیک همواره یکی از نگرانی‌های شاغلین حرفه‌هایی است که مسؤولیت مراقبت مستقیم از

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲- استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

Email: dr.ravari@rums.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر علی راوری

هیپاتیت B قرار می‌گیرند. تنها در آمریکا بیش از ۲۰۰ نفر از این کارکنان سالانه از عوارض زودرس یا طولانی مدت ناشی از مزمن شدن عفونت هیپاتیت B به دنبال مواجهه شغلی با این ویروس می‌میرند (۹). برآورد می‌شود که بیش از ۳۵ درصد ایرانی‌ها با ویروس هیپاتیت B مواجه شده و به طور تقریبی ۳ درصد آن‌ها ناقل مزمن باشند که این میزان در استان‌های مختلف متفاوت است. در نقشه سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO) در سال ۲۰۰۲ میلادی، ایران در دسته کشورهای قرار داده شد که شیوع هیپاتیت C در آن ۱-۲/۵ درصد است. به نظر می‌رسد مواجهه شغلی علت حدود ۲ درصد از کل موارد هیپاتیت C در آمریکا باشد، اگرچه در برخی مطالعات میزان شیوع حدود ۳-۲ برابر این مقدار گزارش شده است (۲).

درمان قطعی برای هیچ کدام از بیماری‌های فوق وجود ندارد و به کارگیری اصول پیشگیری در مقابل آن‌ها هنوز مهم‌ترین راه مقابله است. مرکز کنترل بیماری‌ها در سال ۱۹۸۷ دستورالعمل ایزوله مواد بدن را پیشنهاد نمود و پس از گذشت مدتی دستورالعمل احتیاطات استاندارد ارایه شد (۱۱، ۱۰). Twitchell معتقد است که با گذشت ۱۵ سال از وضع اولیه، این احتیاط‌ها هنوز بهترین راه‌هایی هستند که کارکنان بهداشتی- درمانی می‌توانند خودشان را در مقابل مواجهات شغلی محافظت کنند (۱۲). احتیاط‌های همگانی همچنان به عنوان ستون پیشگیری اولیه از این مواجهات مطرح می‌باشند (۱۵-۱۳). در این احتیاط‌ها برای به حداقل رساندن مواجهات شغلی راهنمایی‌هایی در رابطه به شستن دست، استفاده از ماسک، عینک محافظ، محافظ‌های صورت و گان شده و برای پیشگیری از صدمه با سوزن، تیغ‌های جراحی و دیگر وسایل تیز راهکارهایی پیشنهاد گردیده است. واژه «همگانی» در آن‌ها تأکید بر به کار بستن احتیاط‌ها در ارتباط با همه بیماران دارد (۱۶، ۲).

چالش بر سر امکان اجرای احتیاطات استاندارد از همان زمان پیشنهاد آن‌ها وجود داشته است و همچنان ادامه دارد. شواهد زیر که به ترتیب از گذشته تا به حال ذکر شده‌اند، گویای این ادعا هستند. در بررسی Gruber و همکاران یکی از سرپرستاران بیان کرده بود که به سختی می‌توانست

مخاطبی مثل پاشیدگی مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان و مواجهه پوست ناسالم مثل پوستی که بریده یا خراشیده، ترک خورده یا دچار درماتیت است، باشد (۲، ۱)

در معرض خطر بودن کارکنان بهداشتی- درمانی برای کسب عفونت‌های منتقل شونده از راه خون و برخی مایعات بدن بیماران به دنبال مواجهات شغلی، امر بدیهی و شناخته شده‌ای است. مواجهه با HIV (Human immunodeficiency virus) نیز یکی دیگر از مخاطرات شغلی کارمندان بهداشتی- درمانی می‌باشد (۳). اولین مورد تماس شغلی با HIV در سال ۱۹۸۴ و در Lancet (پرستاری که سوزن در دست او فرو رفته بود) گزارش شد (۴). از آن به بعد تعداد موارد گزارش شده انتقال شغلی HIV افزایش یافت. در دسامبر سال ۱۹۹۷، ۵۴ مورد قطعی و ۱۳۲ مورد احتمالی HIV شغلی توسط CDC (Centers for disease control) گزارش شد (۵). خطر متوسط انتقال این ویروس پس از مواجهه از راه پوست با خون آلوده حدود ۰/۳ درصد و پس از مواجهه غشاهای مخاطی حدود ۰/۰۹ درصد برآورد شده است که البته این میزان‌ها با افزایش خون مورد مواجهه و عمق آسیب ایجاد شده افزایش می‌یابد (۲).

آمار و اخبار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که تعداد افراد آلوده و مبتلا به این ویروس در ایران در حال افزایش است (۶). طبق گزارش سال ۲۰۱۲ CDC، در حال حاضر ۳۴ میلیون نفر در جهان مبتلا به ایدز هستند که دو سوم آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. همچنین از بین ۲/۵ میلیون مورد جدید بروز ایدز در سال ۲۰۱۱، سه چهارم آن‌ها مربوط به کشورهای توسعه یافته بوده‌اند و این موضوع نگرانی مربوط به انتقال بیماری‌های منتقل شونده از راه خون و مایعات را افزایش می‌دهد؛ در حالی که ساخت واکسن این بیماری همچنان جزء معماهای حل نشدنی باقی مانده است (۷).

اگرچه همه شاغلین حرفه‌های بهداشتی در معرض عفونت‌های ناشی از مواجهه با مایعات بدن هستند، اما در این میان خطر انتقال بیماری به پرستاران بیش از سایر کارکنان می‌باشد (۸). سالانه حدود ۱۲ هزار نفر از کارکنان بهداشتی- درمانی به دلیل موقعیت‌های شغلی در معرض خطر ابتلا به

نویسندگان با تجربیاتی که از اجرای طرح‌های تحقیقاتی قبلی داشتند، سؤالات مناسب جهت جمع‌آوری داده‌ها را طراحی نمودند. صحبت با پرستاران در مورد احتیاطات استاندارد و مسایل مربوط به آن و مشاهده فعالیت‌های روزانه پرستاران نیز در درک بهتر محیط کار و نحوه تعامل با همکاران و فرادستان مؤثر بود. زمان صرف شده برای مشاهده از ۲ ساعت تا یک شیفต์ کامل متفاوت بود.

در هنگام بحث از سؤالات باز استفاده و در هر جلسه حدود ۱۰ سؤال پرسیده شد. تمرکز اصلی سؤالات بر این بود که کارکنان به هنگام اجرای احتیاطات استاندارد با چه چالش‌هایی مواجه هستند؟ در صورت لزوم سؤالات بعدی اضافه می‌گردید. نمونه سؤالات بحث گروهی عبارت بودند از: «تجربه خود از رعایت احتیاطات استاندارد را بیان کنید، به هنگام اجرای احتیاطات با چه مشکلاتی مواجه بوده‌اید؟ و موقعیتی را بیان کنید که امکان اجرای احتیاطات وجود داشته است».

زمان‌بندی و هدایت بحث‌ها به گونه‌ای مدیریت می‌شد که همه افراد در بحث مشارکت داشته باشند و برای همه افراد زمان مناسب جهت ارایه تجربیات در نظر گرفته شد. به دلیل این‌که وقت پرستاران شرکت کننده در بحث گروهی محدود بود، زمان هر مصاحبه بین ۴۵-۶۰ دقیقه تنظیم گردید. همچنین با استفاده از روند استقرایی به هنگام بحث یا بین بحث‌ها سؤالات مورد بازبینی و تجدید نظر قرار می‌گرفت. به عنوان مثال سؤالات پیگیر سؤالات قبلی پرسیده می‌شد یا سؤالاتی برای تفحص بیشتر مطرح می‌گردید تا تجربیات شرکت کنندگان بیان شود.

بحث‌ها به جز بحث گروهی شماره ۵ که در آن کارکنان هر چهار بخش حضور داشتند و در بخش داخلی انجام شد، در بخش‌های مربوطه انجام گرفت. نویسندگان اصلی همه گروه‌ها را اداره و همکار تسهیل کننده با ثبت جزئیات به او کمک می‌کرد. همه بحث‌ها به صورت دیجیتال ضبط و توسط نویسندگان اصلی کلمه به کلمه پیاده و پس از هر بحث یادداشت‌های مربوطه ثبت گردید. نحوه تشویق اعضا به مشارکت، پاسخگویی شرکت کنندگان، طریقه اداره بحث و ملاحظات مربوط به بحث‌های بعدی در این یادداشت‌نگاری‌ها نوشته می‌شد.

احتیاطات استاندارد را اجرا کند و معتقد بود این احتیاطات واقع‌بینانه نبوده و قابلیت اجرایی ندارند (۱۷). ۱۵ درصد کارکنان مطالعه MCNabb و Keller، تماس با مایعات بدن را باور نداشتند (۱۸) در بررسی Gershon و همکاران نیز عدم اعتقاد به خطرات شغلی از عوامل مرتبط ذکر شد (۱۹). افراد مورد مطالعه Sherman نیز احساس خطر کم را جزء عوامل مرتبط ذکر کرده بودند (۲۰). شرکت کنندگان در مطالعه Mukherjee و همکاران نیز بیان کردند که با اجرای احتیاطات استاندارد دچار چالش شده‌اند (۲۱).

نتایج تحقیقات قبلی نیز نشان می‌دهد که کارکنان بهداشتی- درمانی از تماس با خون و مایعات بدن بیمار احساس خطر می‌کردند، اما در رابطه با نحوه پیشگیری از تماس دچار سوء تفاهم بودند (۲۲، ۲۳، ۲۴). بنابراین با توجه این‌که مطالعات قبلی به شکل کمی انجام شده‌اند و با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی متفاوت محیط کاری، در مطالعه حاضر محققان سعی داشتند با استفاده از روش تحقیق کیفی به بررسی مسایل و مشکلات کارکنان پرستاری در رابطه با پای‌بندی به احتیاطات بپردازند. با استفاده از روش کیفی بهتر می‌توان به زوایای پنهان تجربیات شرکت کنندگان پی برد. شناخت موانع و مشکلات پای‌بندی به احتیاطات استاندارد می‌تواند به مسؤولین در رفع این موانع کمک نماید.

روش

مطالعه حاضر با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد تا تجربه پرستاران در خصوص رعایت بیشتر احتیاطات استاندارد مورد بررسی قرار گیرد. هدف اصلی این مطالعه، تبیین عوامل مربوط به پای‌بندی یا عدم پای‌بندی به احتیاطات استاندارد بود. داده‌ها در فاصله ماه‌های مهر تا بهمن سال ۱۳۹۱ و با استفاده از روش مصاحبه چهره به چهره و گروه متمرکز با پرستاران بخش‌های داخلی، جراحی، اعصاب و اطفال جمع‌آوری شد. مصاحبه با ۱۰ نفر از شرکت کنندگان به صورت چهره به چهره و در پنج گروه متمرکز اجرا گردید. پرستاران شرکت کننده در ۴ جلسه گروه متمرکز همگی از یک بخش بودند. در گروه متمرکز پنجم پرستارانی از هر چهار بخش و به طور متوسط در هر گروه متمرکز ۸ پرستار حضور داشتند.

مربوط به رعایت احتیاطات استاندارد یا در بخش وجود ندارد یا به راحتی در دسترس نیست. به طور مثال می‌توان به تجربه شرکت کنندگان زیر اشاره کرد.

«خیلی وقتاً تو بخش دستمال کاغذی نیست که دست‌هامونو خشک کنیم. وقتی که تتونیم دستامونو خشک کنیم همون بهتر که نشوریم».

«وقتی نیاز به وسایل داریم، راحت نمی‌تونیم اونارو برداریم و استفاده کنیم. باید اول به منشی بخش بگیم اون بره کلیدرو برداره و تازه با نسخه کردن وسایل به اسم مریض اونارو به ما تحویل بده. بعد هم آخر کار می‌گن مگه شما از صبح چی کار کردین که این همه ماسک و دستکش استفاده کردین؟».

کیفیت نامناسب لوازم از جمله دستکش‌ها و محلول‌های مخصوص شستشوی دست مورد دیگری بود که مانع رعایت احتیاطات استاندارد می‌شد: «غلب وسایل اندازه ما نیستن، مثلاً دستکش‌هایی که نوک انگشتاشون کلی خالی می‌مونه... اینا بیشتر از این‌که باعث پیشگیری از عفونت بشن، عفونت را منتقل می‌کنن».

«برای صرفه‌جویی اغلب مایع صابونای بخش ماده نرم کننده ندارن. هیچ کس هم جوابگو نیست. اگه بخواهیم اون‌طور که تو احتیاطات استاندارد گفته دستامونو بشوریم دیگه پوستی برا دستامون باقی نمی‌مونه. بعدم معلوم نیست این صابونا و مواد ضد عفونی کننده چی هستن».

بی‌احتیاطی درکی

بسیاری از شرکت کنندگان در مطالعه عدم درک و باور صحیح در مورد احتیاطات استاندارد را از مهم‌ترین دلایل عدم پای‌بندی به رعایت این احتیاطات ذکر کرده بودند. باور نداشتن به انتقال عفونت از بیمار به آن‌ها یا سایر اعضای خانواده‌شان، عدم احساس خطر و قبول نداشتن بعضی از دستورالعمل‌های مربوط به احتیاطات استاندارد و این‌که رعایت احتیاطات استاندارد حتی می‌تواند موجب آسیب رساندن به کارکنان شود از جمله مواردی بود که شرکت کنندگان زیادی به آن اشاره داشتند.

«ینایی که می‌گن خیلی هم جدی نیستن. من کسی رو می‌شناسم که ۳۰ ساله نه به اون صورت دست می‌شوره، نه

جهت مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ و برای تحلیل آن‌ها از روش آنالیز محتوا استفاده شد. برای این کار مطالب پیاده شده توسط نویسنده اصلی مرور و از کدهای توصیفی برای مقایسه و بازبینی الگوی رایج در داده‌ها استفاده شد. سپس کدهای توصیفی در طبقات بزرگ‌تر دسته‌بندی و طبقات رایج در گروه‌ها با مقایسه مداوم اظهارات شرکت کنندگان مشخص گردید. بر اساس طبقات رایج، درون‌مایه‌های مربوط مانند مشغله زیاد، عدم احساس خطر و کمبود امکانات شناسایی شدند.

جهت دقت علمی و اعتبار یافته‌ها از روش‌های مختلف استفاده شد. بدین منظور کدها و طبقات اولیه حاصل از مصاحبه‌ها به شرکت کنندگان ارائه و از صحت برداشت محققین نسبت به تجربیات شرکت کنندگان اطمینان حاصل شد. همچنین کدها و طبقات حاصل از مصاحبه‌ها توسط چند نفر از همکاران متخصص در روش تحقیق کیفی مورد تأیید قرار گرفت. تجربه محققان از انجام تحقیقات کمی متعدد و زمان طولانی حضور در محیط جمع‌آوری داده‌ها نیز به اعتبار داده‌ها می‌افزود.

یافته‌ها

بر اساس تجربیات شرکت کنندگان مطالعه، بی‌احتیاطی سخت‌افزاری شامل «نبود وسایل در بخش، در دسترس نبودن وسایل و کیفیت نامناسب تجهیزات از جمله دستکش‌ها و محلول‌های شستشوی دست»، بی‌احتیاطی درکی شامل «باور نداشتن انتقال عفونت، عدم احساس خطر، صدمه ناشی از رعایت احتیاطات استاندارد، فراموشی، اثرات منفی عملکرد پزشکان، مسخره شدن توسط سایر کارکنان و اثرات منفی ناشی از رعایت احتیاطات استاندارد روی بیمار» و بی‌احتیاطی اجباری شامل «مشغله زیاد، مواجهات پیش‌بینی نشده، شرایط اضطراری، کم شدن مهارت و حساسیت نسبت به وسایل» از جمله موانع پای‌بندی به احتیاطات استاندارد بود.

بی‌احتیاطی سخت‌افزاری

یکی از دلایل مهم عدم رعایت احتیاطات استاندارد که اسباب بی‌احتیاطی را فراهم می‌ساخت، نبود وسایل و تجهیزات لازم بود. شرکت کنندگان معتقد بودند بعضی مواقع تجهیزات

بذاره. بیشتر بچه‌ها منو به خاطر رعایت کردنم مسخره می‌کنن. می‌دونین من به چی معروفم تو بخش؟ به من می‌گن خانم ماسکی».

بعضی از کارکنان نیز به دلیل این که رعایت این احتیاطات می‌تواند اثرات منفی روی بیماران و همراه داشته باشد از رعایت آن‌ها اجتناب می‌کردند. تجربه آن‌ها نشان داد که بعضی از بیماران رعایت این احتیاطات را نوعی توهین تلقی می‌کردند.

«گاهی وقتا که موقع دست گرفتن به مریضا دستکش می‌پوشیم اونا ناراحت می‌شن، فکر می‌کنن ما بدمون میاد دست بهشون بگیریم یا همراه مریض می‌گه مگه ما چه گناهی کردیم که شما این طور با من برخورد می‌کنین؟».

بی‌احتیاطی اجباری

شرکت کنندگان زیادی با وجود این که رعایت احتیاطات استاندارد را قبول داشتند و رعایت آن‌ها را الزامی می‌دانستند، اما شرایط حاد، پیش‌بینی نشده و اضطراری را عامل عدم پای‌بندی ذکر کردند. عده‌ای از شرکت کنندگان اظهار نمودند که احتیاجات مراقبتی بیمار آن قدر زیاد است که فرصتی برای پای‌بندی به احتیاطات استاندارد باقی نمی‌ماند. به ویژه در شیفت‌های عصر و شب که تعداد کارکنان خیلی کم است: «شما باید ساعت ۶ صبح علایم حیاتی ۲۰ بیمار را بگیرید و عجله دارید که حتماً کار را تموم کنید. به این ترتیب فرصتی باقی نمی‌مونه که در فاصله بین بیماران دستاتونو بشویید و فقط به تعویض دستکش اکتفا می‌کنید».

مواجهه غیر منتظره و شرایط اضطراری عامل مهم دیگری جهت عدم رعایت احتیاطات استاندارد قلمداد شد: «بیمار نشستہ بود و داشتم داروی اونو می‌دادم که یک دفعه اوغ زد و استفراغ خونی به سمت من پرتاب شد. فرصت استفاده از دستکش و پوشیدن گان را نداشتم».

شرکت کنندگان معتقد بودند که تعلل به خاطر رعایت احتیاطات استاندارد در شرایط اضطراری جان بیمار را به خطر می‌اندازد: «زمانی که بیمار داره خفه می‌شه و نیاز به ساکشن داره من چطور می‌تونم دستکش استریل و گان بیوشم و عینک محافظ بزنم».

بعضی از شرکت کنندگان معتقد بودند که رعایت

گانی می‌پوشه نه دستکش. تا به حال هم ما نشنیدیم که خودش یا کسی از خونوادش به این خاطر مریض شده باشن». بعضی از شرکت کنندگان بیان می‌کردند که پزشکان اصلاً رعایت نمی‌کنند، اما تا به حال دچار مشکلی هم نشده‌اند: «یکی از پزشکای بخش ما موقع ویزیت حتی رویوش سفید هم نمی‌پوشه، چه برسه به این که بخواد ماسک بزنه یا دستکش و گان بیوشه. تمام پانسمان‌های بخش را با دست بدون دستکش باز می‌کنه و می‌بنده. حتی موقع رفتنم دستشو نمی‌شوره خب اونا که بهتر می‌دونن... اگر واقعا خطری داشت اونا بیشتر رعایت می‌کردن».

بعضی از شرکت کنندگان فکر می‌کردند که امکان انتقال عفونت از بعضی از بیماران و به ویژه اطفال وجود ندارد: «بچه دو ساله چه خطری برای من می‌تونه داشته باشه که به خاطرش ماسک بزنم، گان و یا دستکش بیوشم».

بعضی از شرکت کنندگان برخی از موارد مربوط به رعایت احتیاطات استاندارد را قبول نداشتند. منع گذاشتن درپوش سوزن از جمله این موارد بود: «من درپوش سوزن را می‌گذارم؛ چون فکر می‌کنم امنیت آن بیشتر از سایر روش‌ها است و در طی ۱۰ سال گذشته هم فقط یک بار دچار صدمه سوزن شده‌ام که اونم پنج سال پیش بود».

«من معمولاً درپوش سوزن را می‌گذارم، اما فقط یک بار دچار صدمه سوزن شدم، اونم به وسیله کسی که می‌خواست سوزن بدون درپوش را در داخل ظرف مخصوص جمع‌آوری بریزه».

بعضی از شرکت کنندگان حتی با وجود دسترسی به مواد شستشوی دست مناسب معتقد بودند شستشوی زیاد دست سبب آسیب به پوست می‌شود: «هیچ کس حاضر نیست روزی چند بار دستاشو بشوره. این طوری دیگه دستی برا آدم باقی نمی‌مونه».

گاهی اوقات مسخره شدن توسط سایر کارکنان مانعی جهت رعایت این استانداردها می‌شود. بعضی از شرکت کنندگان بیان می‌کردند که رعایت کامل احتیاطات استاندارد گاهی سبب مسخره شدن توسط سایر همکاران می‌شود: «من خودم سعی کردم که همیشه رعایت کنم و کاری به دیگرانم ندارم، اما قبول کنین که برخورد اونا می‌تونه روی آدم تأثیر

آن‌ها معتقد بودند به دلیل نامناسب بودن تجهیزات مخصوص احتیاطات استاندارد گاهی مواقع استفاده از آن‌ها بیش از آن که اثر پیشگیرانه داشته باشد، عامل انتقال بیماری است. بعضی از افراد نیز نسبت به تجهیزات مورد استفاده در احتیاطات استاندارد از جمله دستکش حساسیت داشتند. همچنین شرکت کنندگان معتقد بودند که به دلیل حضور همراهان در کنار بیمار در بعضی از موارد، رعایت احتیاطات استاندارد اثر روانی منفی بر روی بیمار و خانواده‌اش دارد و آن‌ها رعایت احتیاطات استاندارد را نوعی توهین به خود تلقی می‌کنند. تعدادی از شرکت کنندگان نیز بر این باور بودند که گاهی مواقع فراموش می‌کنند از احتیاطات استاندارد استفاده کنند.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، موارد زیر برای برطرف کردن مشکلات فوق پیشنهاد می‌شود:

۱- در برنامه‌های آموزشی احتیاطات استاندارد باید به افراد اطمینان داد که در بیشتر موارد مدت زمان کوتاهی که صرف رعایت این دستورالعمل‌ها می‌شود خطری را متوجه بیمار نمی‌کند و در مقابل خطر عدم رعایت این احتیاطات باید در نظر گرفته شود.

۲- با توجه به این که بسیاری از مواجهات غیر منتظره هستند، موارد مواجهه باید بدون قضاوت و پیش داوری ثبت و پیگیری شوند.

۳- کشف عقاید کارکنان و توجه به آن‌ها مهم است. این که پوشیدن دستکش مهارت آن‌ها را کم می‌کند، این که بیمار را خوب می‌شناسیم و یا بیمار کم سن و سال است و خطر انتقال عفونت از طرف او وجود ندارد از جمله این عقاید هستند. باید به کارکنان هشدار داد که ممکن است بیمار عفونتی را منتقل کند که پرستار پیش‌بینی آن را نکرده است و گرچه خطر انتقال عفونت پایین است، اما صفر نیست.

۴- مسؤولین مراکز درمانی باید یک‌سری از اقدامات را برای به حداکثر رساندن پای‌بندی به احتیاطات استاندارد انجام دهند؛ از جمله تهیه محلول‌های شستشو و ضد عفونی دست که سلامت پوست دست را فراهم می‌کند، تهیه دستکش‌های با کیفیت بالا و اندازه مناسب، گان، ماسک و عینک‌های مناسب، تهیه لوازم جمع‌آوری عوامل عفونی به صورت مناسب و در دسترس.

احتیاطات استاندارد مهارت آن‌ها را در انجام بعضی از اعمال کم می‌کند: «وقتی دستکش می‌پوشم نمی‌تونم رگ مریض رو خوب لمس کنم».

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که با وجود دانش کافی، بعضی از شرکت کنندگان در این مطالعه پای‌بندی به رعایت احتیاطات استاندارد را قبول نداشتند و رعایت آن را نه تنها مفید نمی‌دانستند که آسیب‌رسان تلقی می‌کردند.

بحث

یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نشان داد، مشغله زیاد و کمبود وقت یکی از اثرگذارترین موانع پای‌بندی به احتیاطات استاندارد بود. شرکت کنندگان احساس می‌کردند بعضی از مواقع حتی ثانیه‌هایی که صرف رعایت احتیاطات استاندارد می‌شود می‌تواند جان بیمار را به خطر اندازد. حجم زیاد کار، تعداد زیاد بیماران و کمبود وقت و عجله برای اتمام کار باعث می‌شد حتی افرادی که پای‌بندی زیادی به رعایت احتیاطات استاندارد داشتند، در انجام آن‌ها دچار مشکل باشند. مشغله زیاد و نبود فرصت در مواقع اورژانس از طرف Luo و همکاران نیز از عوامل مانع رعایت احتیاطات استاندارد ذکر شده بود (۲۴). شرکت کنندگان در مطالعه Taylor و همکاران نیز اظهار داشتند که در بیشتر مواقع تحت فشار زمان هستند و در بعضی شرایط مسؤولیت اضافی نیاز به تغییر در روتین مراقبت دارند که امکان‌پذیر نیست (۲۵). شرکت کنندگان معتقد بودند که بعضی مواقع مواجهه با ترشحات بیمار دور از انتظار و به صورت ناگهانی است و به این ترتیب اقدامات پیشگیری کننده انجام نمی‌شد.

بعضی از شرکت کنندگان اصل پای‌بندی به احتیاطات استاندارد را قبول داشتند، اما معتقد بودند در بعضی شرایط (از جمله شرایط رگ‌گیری) به دلیل افزایش مهارت مراقبت مجبور بودند که دستکش نپوشند. حتی بعضی از افراد که سوزن را پس از استفاده می‌پوشاندند، فکر می‌کردند روش آن‌ها ایمن‌تر از روش پیشنهاد شده در احتیاطات استاندارد است. حتی بعضی از افراد باور نمی‌کردند که بیمار می‌تواند ناقل بیماری برای آن‌ها باشد. عده‌ای از شرکت کنندگان عدم استفاده از تجهیزات را بر استفاده از آن‌ها ترجیح می‌دادند.

اجرای این احتیاطات را دارند. اما پرستاران بیشتر تحت فشار بار کاری هستند. بنابراین باید اقدامات به نحوی در نظر گرفته شوند که نیاز به زمان کمتری داشته باشند.

۵- فراهم کردن نیروی پرستاری کافی نیز مهم است. مسؤولین باید بدانند که حجم زیاد کار کارکنان پرستاری امکان اجرای کامل احتیاطات استاندارد را از آن‌ها سلب می‌کند.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که بخشی از هزینه‌های این طرح را تقبل کرده‌اند، تشکر می‌شود. همچنین از کلیه کارکنان پرستاری شرکت کننده در این پژوهش که صادقانه تجربیات ارزشمند خود را در اختیار پژوهشگران نهادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

نتیجه‌گیری

در پایان باید اذعان کرد که بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه حاضر دانش خوبی از احتیاطات استاندارد داشتند و تا حد زیادی هم به این دستورالعمل‌ها پای‌بند بودند. این امر نشان می‌دهد که در صورت وجود امکانات و حجم کاری معقول که امکان اجرای این دستورالعمل‌ها را به آن‌ها بدهد، کارکنان انگیزه کافی برای

References

1. Abdulraheem IS, Amodu MO, Saka MJ, Bolarinwa OA, Uthman MMB. Knowledge, Awareness and Compliance with Standard Precautions among Health Workers in North Eastern Nigeria. *J Community Med Health Edu* 2012; 2(3): 1-5.
2. Loripoor M, Mirzaye T, Ravari A. Effect of universal precautions instruction on occupational exposure. *J Birjand Univ Med Sci* 2008; 14(4): 9-15. [In Persian].
3. Malaguti-Toffano SE, dos Santos CB, Canini S, Galvao MTG, Brevideil MM, Gir E. Adherence to standard precautions by nursing professionals in a university hospital. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(3): 401-7.
4. Jagger J. A New Opportunity to Make the Health Care Work Place Safer. *Advances in Exposure Prevention* 1994; 1(1): 1-7.
5. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/ AIDS surveillance Report. Atlanta, GA: CDC; 1998. p. 2.
6. Iranian National Center for AIDS Prevention. The latest statistics of people with HIV in Iran in 2013 [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: <http://aids.ir/post/603/>
7. Centers for Disease Control and Prevention. World AIDS Day [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: <http://www.cdc.gov/features/worldaidsday/>
8. Efstathiou G, Papastavrou E, Raftopoulos V, Merkouris A. Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC Nurs* 2011; 10: 1.
9. Black JM, Hawks JH. *Medical-surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*, vol 2. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier; 2009.
10. Brevideilli MM, Cianciarullo TI. Application of the health belief model to the prevention of occupational needle accidents. *Rev Saude Publica* 2001; 35(2): 193-201. [In Portuguese].
11. Doebbeling BN, Vaughn TE, McCoy KD, Beekmann SE, Woolson RF, Ferguson KJ, et al. Percutaneous injury, blood exposure, and adherence to standard precautions: are hospital-based health care providers still at risk? *Clin Infect Dis* 2003; 37(8): 1006-13.
12. Twitchell KT. Bloodborne pathogens. What you need to know--Part I. *AAOHN J* 2003; 51(1): 38-45.
13. Beekmann SE, Henderson DK. Protection of healthcare workers from bloodborne pathogens. *Curr Opin Infect Dis* 2005; 18(4): 331-6.
14. Neo F, Edward K, Mills C. Current evidence regarding non-compliance with personal protective equipment-an integrative review to illuminate implications for nursing practice. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia* 2012; 25(4): 22-6.
15. Kotwal A, Taneja D. Health Care Workers and Universal Precautions: Perceptions and Determinants of Non-compliance. *Indian J Community Med* 2010; 35(4): 526-8.
16. Ataei B, Askarian M, Javadi A, Khorvash F, Babak A, Pozveh Z, et al. Knowledge, Attitude and Practice of Surgeons and Surgical Residents in Disciplines Standard Precautions. *J Isfahan Med Sch* 2011; 28(115): 940-6. [In Persian].

17. Gruber M, Beavers FE, Johnson B, Brackett M, Lopez T, Feldman MJ, et al. The relationship between knowledge about acquired immunodeficiency syndrome and the implementation of universal precautions by registered nurses. *Clin Nurse Spec* 1989; 3(4): 182-5.
18. McNabb K, Keller ML. Nurses' risk taking regarding HIV transmission in the workplace. *West J Nurs Res* 1991; 13(6): 732-45.
19. Gershon RR, Vlahov D, Felkner SA, Vesley D, Johnson PC, Delclos GL, et al. Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *Am J Infect Control* 1995; 23(4): 225-36.
20. Sherman PJ. Compliance and non compliance of universal precaution among different group of healthcare workers. [Thesis]. Detroit, MI: Wayne State University; 1996. P. 182-7.
21. Mukherjee S, Bhattacharyya A, SharmaSarkar B, Goswami DN, Ghosh S, Samanta A. Knowledge and Practice of Standard Precautions and Awareness Regarding Post-Exposure Prophylaxis for HIV among Interns of a Medical College in West Bengal, India. *Oman Med J* 2013; 28(2): 141-5.
22. Mirzaee T, Ravari A. Risk of Recapping: Why Do Health Care Worker Recap Needles? *J Birjand Univ Med Sci* 2003; 10(2): 28-33. [In Persian].
23. Asadpoor M, Ghofrani F, Eftekhari Ardebili H, Niknami Sh, Hajizadeh E. Compliance with Standard Precautions among Nursing Care Workers: Short Report. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2012; 11(1): 85-92
24. Luo Y, He GP, Zhou JW, Luo Y. Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *Int J Infect Dis* 2010; 14(12): e1106-e1114.
25. Taylor M, Adams CL, Ellis A. Gatekeepers of health: a qualitative assessment of child care centre staff's perspectives, practices and challenges to enteric illness prevention and management in child care centres. *BMC Public Health* 2008; 8: 212.

Standard Precautions: Compliance to Precautions or Precautions as a Barrier: A Qualitative Study

Tayebeh Mirzaei¹, Ali Ravari¹, Sakineh Mirzaei², Marzeyeh Loripoor³

Original Article

Abstract

Introduction: Despite the presence of standard precautions and the necessary education provided to the staffs about compliance to precautions, their performance has continuously been accompanied with some problems. The present research is conducted to explain nurses' experiences of the hindering factors of commitment to precaution standards in nurses working in hospitals.

Method: This research was conducted with a qualitative approach through the content analysis method. The data were collected using 15 face-to-face interviews and 5 sessions of focus group. On average, 5 nurses and nursing assistants participated in each session. The overall number of participants was 40. All interviews were recorded, transcribed verbatim, and analyzed using the content analysis method. Here, MAXQDA 10 software was used for data management.

Results: Based on experiences of the participants, 3 main themes emerged: hardware carelessness, perceptive carelessness, and compulsory carelessness. Lack of needed equipment in the unit, and lack of access to and low quality of the equipment were among the factors leading to hardware carelessness. Not believing in infection transmission, lack of fear of potential dangers, damage induced by performing the standards, being ridiculed by other staff, and negative effects induced by performing the standard precautions on patients and their companions result in perceptive carelessness. Finally, work overload, unpredicted situations, and emergency conditions are among the factors effective on compulsory carelessness.

Conclusion: The findings of this study revealed that some participants did not believe in compliance to standard precautions. They not only assumed their compliance as not useful, but also considered it as detrimental. Hence, for compliance to standard precautions, only emphasizing on educating the staff and offering the procedures does not suffice. Rather, it is required to reinforce commitment to these precautions through changing staff's outlook as well as supplying the needed equipment and instruments. Moreover, creating conditions under which the staff can comply with these precautions is necessary.

Keywords: Standard precaution, Compliance, Qualitative research.

Citation: Mirzaei T, Ravari A, Mirzaei S, Loripoor M. **Standard Precautions: Compliance to Precautions or Precautions as a Barrier: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(3): 230-8.

Received date: 19.07.2014

Accept date: 27.08.2014

1- Assistant Professor, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3- Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Corresponding Author: Ali Ravari PhD, Email: dr.ravari@rums.ac.ir