

## مطالعه دیدگاه و تجربه بالینی کادر درمانی شهرستان خوی نسبت به بسترهای لازم حضور همراه در زمان احیاء

علیرضا نفعی<sup>۱</sup>، شهریار سخائی<sup>۲</sup>، حسین متعارفی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت 1393/11/15 تاریخ پذیرش 1394/02/20

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** اعضای مراقبین بهداشتی و درمانی بی‌وقفه در حال تلاش و کوشش به‌منظور ارائه مراقبت‌های کل‌نگر استاندارد با حداکثر کارایی همگام با پیشرفت علوم و فناوری، تغییر در سبک زندگی و افزایش هزینه‌های درمانی به بیماران و اعضای خانواده آنان می‌باشند. در این راستا اعضاء خانواده نقش مهمی در سلامت و تندرستی بیماران داشته و شرکت آن‌ها در برنامه مراقبتی یک جزء لاینفک در فرآیند بهبودی محسوب می‌شود. برای اکثریت افراد جامعه، اتاق احیاء آخرین فرصت برای دیدن، صحبت کردن و تماس با عزیز خود می‌باشد. محروم کردن خانواده از دیدن بیمار خود در مراحل آخر زندگی و در شرایط حیاتی برخلاف فلسفه پرستاری است، لذا با توجه به اهمیت موضوع و بررسی وضعیت موجود، مطالعه‌ای با هدف بررسی دیدگاه و تجربه بالینی کادر درمانی شهرستان خوی نسبت به بسترهای لازم حضور همراه در زمان احیاء سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام شد.

**مواد و روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی و تحلیلی است که به‌منظور بررسی دیدگاه و تجربه بالینی ۱۳۶ نفر کادر درمانی نسبت به حضور همراه در عملیات احیاء در بیمارستان‌های دولتی شهرستان خوی صورت گرفت. پژوهشگر از طریق پرسشنامه خودساخته و از بین کادر درمانی با سابقه ۶ ماه را به‌طور اتفاقی از میان بخش‌ها و شیفت‌های مختلف انتخاب نموده است. پس از گردآوری داده‌های مربوط به حضور اعضای خانواده در عملیات احیاء، از آزمون‌های توصیفی و استنباطی توسط نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۴۵/۳ درصد شرکت‌کنندگان با فراهم کردن شرایط برای حضور فردی از اعضاء خانواده بیمار در عملیات احیاء مخالف و ۴۴/۷ درصد موافق بوده‌اند. از دیدگاه کادر درمانی در ارتباط با منافع حضور همراه، ۶۰ درصد موافق پیشگیری از توسعه باورهای اشتباه و تصورات غلط در مورد فرآیند احیاء و کمترین آن با ۳۳/۱ درصد مربوط به افزایش سطح دانش اعضا خانواده بیمار از عملکرد اعضای تیم احیاء می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که بین سه گروه کادر درمانی پرستاران، پزشکان و متخصصین و تکنیسین‌های بیهوشی اختلاف معنی‌دار ( $P=0/007$ ) آماری وجود دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد، اکثریت کادر درمانی هر دو بیمارستان دولتی شهرستان خوی موافق به داشتن کارکنان درمانی آموزش‌دیده و مجرب آشنا به مهارت‌های ارتباطی در طول احیاء بوده و تصمیم‌گیری در مورد اجازه حضور همراه سلیقه‌ای بوده چراکه فقط در حدود ۵/۳ درصد کادر درمانی هر دو بیمارستان از وجود دستورالعمل مکتوب در خصوص اجازه حضور همراه اطلاع داشتند.

**کلیدواژه‌ها:** احیاء قلبی-ریوی، کادر درمانی، حضور همراه، اعضاء خانواده

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره سوم، پی‌درپی 68، خرداد 1394، ص 197-189

آدرس مکاتبه: خوی، بلوار ولیعصر، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، تلفن: ۰۴۴-۳۶۲۵۵۷۷۷

Email: shahriarsakhai@yahoo.com

### مقدمه

جهت برآورد کردن نیازها در بیشتر از یک سطح ارائه شود. برای مثال فردی که با حمله قلبی مواجه می‌شود، پرستار در همان لحظه نگران نیازهای فیزیولوژیک، ایمنی و امنیت بیمار بوده و به نیازهای عشق و تعلق داشتن (اجازه دادن به اعضاء خانواده که در صورت امکان در کنار بیمار بمانند) را برآورده می‌سازد. سیستم‌های مراقبتی جدید و کار دشوار، سریع‌تر و زیباتر امروزه

مراقبت‌های پرستاری، بر اساس ابعاد مختلف یک فرد و نیازهای اساسی بشر در برخورد با بیماری‌ها و سلامتی است و پرستار این موقعیت را پیدا می‌کند که به فرد و مراقبت از سلامتی کامل او توجه نماید. نیازهای اساسی بشر به هم وابسته هستند و ممکن است در یک واحد زمانی لازم باشد اعمالی در

<sup>۱</sup> مربی، کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> مربی، کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

هستند، در ضمن ۲۹ درصد بیماران و ۴۷ درصد اعضای خانواده نیاز با هم بودن در چنین موقعیتی را اعلام داشتند. عمده‌ترین منافع اعلام‌شده از این اقدام، اطمینان خاطر از انجام تمام اقدامات لازم در طول احیاء می‌باشد. ۹۵ درصد بیماران و ۹۱ درصد منسوبین بیمار اعتقاد داشتند که قبل از پذیرش در واحد ویژه باید به صورت رسمی نظر آن‌ها در مورد این اقدام پرسیده شود (۱۲). در مطالعه‌های دیگر با بررسی نگرش و تجربه پرستاران بخش‌های ویژه در ارتباط با حضور همراه در ترکیه نتایج نشان داد، هیچ‌یک از واحدهای مورد مطالعه دستورالعمل یا پروتکل واحد در خصوص حضور همراه نداشتند، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۶۳/۷٪) تجربه حضور همراه در حین فعالیت‌های احیاء قلبی ریوی را نداشتند. هیچ‌کدام از پاسخ‌دهندگان دعوتی مبنی بر حضور همراه به عنوان شاهد اقدامات احیاء قلبی ریوی را بیان نکرده‌اند. اکثریت پرستاران (حدود ۸۸/۸٪) تجربه مثبتی از حضور همراه در اتاق احیاء نداشتند. در حدود ۳۳/۵٪ از آنان تجربه منفی داشتند. درصد بیشتری از پرستاران حدود ۸۲/۱٪ دعوت حضور همراه در طول احیاء را ضروری نمی‌دانستند. نظر حدود ۸۷/۸ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاکی از آن بود که عملیات احیاء برای افراد خانواده استرس‌آور بوده و حدود (۷۴/۱٪) از آنان معتقد بوده‌اند که تصمیم به انجام بعضی از اقدامات در طول احیاء موجب ناراحتی و مضطرب شدن آنان خواهد شد. علاوه بر این، بسیاری از پرستاران در مورد نقض اسرار محرمانه بیمار نگران بودند. به‌طور کلی این مطالعه نشان می‌دهد که پرستاران مراقبت‌های ویژه در ترکیه با مفهوم حضور اعضای خانواده در طول اقدامات احیاء آشنا نیستند (۱۳). با توجه به مطالعات محدود در این زمینه، پژوهش حاضر جهت بررسی دیدگاه و تجربه بالینی نسبت به بسترهای لازم حضور همراه در احیاء قلبی و ریوی انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودساخته<sup>۴</sup> مشتمل بر سه قسمت استفاده شد که بخش اول پرسشنامه مربوط به مشخصات جمعیت شناختی، بخش دوم جهت بررسی تجربه بالینی نسبت به حضور همراه در عملیات احیاء و بخش سوم شامل موانع و منافع موجود برای حضور همراه در عملیات احیاء از دیدگاه کادر درمانی بود. روایی این پرسشنامه در مطالعه‌های متناسب با عنوان توسط پرستاران بخش‌های ویژه، اورژانس در ایرلند به تأیید رسیده است. در این مطالعه روایی این پرسشنامه از طریق شاخص اعتبار

سبب رقابت در عرصه خدمات درمانی شده و ارتباط سنتی پرستار و بیمار را مشکل ساخته است (۲). برای اولین بار گزارش مبنی بر عملی کردن حضور اعضای خانواده در بیمارستان فووت<sup>۱</sup> در آمریکا به‌عنوان یک نیاز برای اعضای خانواده در سال ۱۳۸۰ میلادی منتشر شده است. تلاش در جهت حضور اعضای خانواده در زمان عملیات احیاء، اضطراب را کم کرده و شک، دودلی درباره شیوه اقدامات انجام شده را کاهش و همچنین فرآیند سوگ و غم را به دنبال مرگ تسهیل می‌بخشد (۳). برای اکثر افراد اتاق احیاء آخرین فرصت جهت دیدن، صحبت کردن و لمس کردن عزیزشان می‌باشد، برای کارآیی بیشتر در این زمینه، قبول وجود دستورالعمل مکتوب با شرح وظایف تدوین شده به‌منظور ارتقاء یک مدل کل‌نگر ضروری است (۴). واحد اورژانس یکی از شایع‌ترین محل‌های وقوع ایست قلبی و تنفسی برای شروع عملیات احیاء است. میزان بقا به دنبال عملیات احیاء کم و به‌طور تخمینی در حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد بیماران بعد از احیاء زنده مانده و موفق به ترخیص می‌شوند (۵). در اثر رخداد مرگ که معمولاً به دنبال حوادث غیرقابل پیش‌بینی در واحد اورژانس پیش می‌آید، خانواده‌ها متحمل تأثیرات شگرفی می‌شوند. جدایی خانواده در چنین زمان حیاتی، برخلاف اصول پرستاری است (۶). به‌منظور اخذ تصویری کامل از ماهیت بیماری، پرستاران تشویق می‌شوند تا خانواده را در اجرای مراقبت درمانی شرکت دهند و خواست آحاد جامعه بیشتر مبنی بر حضور آنان در زمان احیاء قلب و ریوی عزیز خود است (۸ و ۷). اعضای خانواده از اختیار حضور در هنگام احیاء حمایت کرده و اعتقاد دارند که آن‌ها حق بودن در بالین بیمار را دارند (۹). با حضور اعضای خانواده، نیازهای مهم بیماران بدحال شناسایی شده که می‌تواند برای بیماران مفید واقع شده و اعضای خانواده از چگونگی وضعیت بیمار خود مطلع گردند که این آگاهی موجب راحتی و حمایت تیم مراقبتی می‌گردد و این احساس را پیدا می‌کنند که بیمارشان بهترین مراقبت ممکن را دریافت کرده است (۱۰). در مطالعه انجام شده به‌وسیله هانسن و استراوسیر<sup>۲</sup>، ۷۶ درصد اعتقاد داشتند، فرآیند سازگاری آنان پس از مرگ عزیزشان در اثر حضور در زمان عملیات احیاء آسان شده و ۶۴ درصد اعلام کردند که حضور آن‌ها در احیاء مفید واقع شده است (۱۱). در پژوهشی توسط گیراس، پیکتون و دیکین<sup>۳</sup> با هدف بررسی نظر کادر درمانی بیماران و منسوبین نسبت به حضور اعضای خانواده در اقدامات احیاء، نتایج نشان داد که ۵۶ درصد پزشکان و ۶۶ درصد پرستاران موافق اجازه حضور منسوبین در طول اقدامات احیاء

<sup>1</sup>fovuet

<sup>2</sup>Hanson C, Strawser D

<sup>3</sup>Grice A. S, Picton P, Deakin C D S

<sup>4</sup> Research Questionnaire

محتوی با استفاده از نظر اساتید دانشکده از لحاظ ساده بودن، واضح بودن و مربوط شدن بر اساس شاخص والتس و باسل بیش از ۸۰ درصد تعیین شد. پایانی این پرسشنامه با مطالعه قبلی با آزمون‌هایی سنجیده شده و در آزمون مجدد با ۲۰ نمونه،  $r = 0/86$  برآورد شده است. پژوهشگر پس از تهیه پرسشنامه به محیط پژوهش مراجعه کرده و از بین کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌های شهرستان خوی با سابقه ۶ ماه در بیمارستان را به‌طور اتفاقی از میان بخش‌ها و شیفت‌های مختلف انتخاب نموده و پس از جلب رضایت و توضیح اهداف، پرسشنامه‌ها در بین آنان توزیع شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، کدبندی و دسته‌بندی در قالب جداول اولیه تنظیم و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (جداول توزیع فراوانی و نمودارها و شاخص‌های مرکزی، پراکندگی) و استنباطی از آزمون‌های کای اسکوئر، رتبه‌ای اسپیرمن و... توسط نرم‌افزار آماری نسخه ۱۶ SPSS مورد تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

### یافته‌ها

در این بررسی ۶۵/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش زن با میانگین سنی ۳۵/۳۲ سال و شامل ۷۳/۷ درصد گروه پرستاری می‌باشد. ۶۵/۳ درصد شرکت‌کنندگان از بخش‌های ویژه و بقیه مشارکت‌کنندگان از بخش‌های عمومی بودند. در رابطه با نوع استخدام بیشتر شرکت‌کنندگان کادر استخدام رسمی ۴۰/۷ و کمترین آن نوع قراردادی ۱/۶ درصد بوده است. محدوده سنوات شغلی اکثراً بین ۱ تا ۵ سال با ۳۹/۸ درصد بوده و بیشتر شرکت‌کنندگان با ۹۲/۷ درصد تجربه شرکت در اقدامات احیاء را داشتند. از بین مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۵۵/۱ درصد عضو

تیم احیاء بوده‌اند. در ارتباط با تعیین دیدگاه کادر درمانی در ارتباط با سیاست‌های موجود در عملیات احیاء نتایج نشان داد، بیشترین نظر موافق ۸۸/۷ درصد مربوط به "داشتن کارکنان درمانی مجرب آشنا به مهارت‌های ارتباطی بوده و کمترین آن ۴۰/۲ درصد مربوط به "در نظر گرفتن فضای فیزیکی لازم به‌منظور حضور یکی از اعضاء خانواده" می‌باشد. در ارتباط با "فراهم کردن شرایطی برای حضور فردی از اعضاء خانواده بیمار، ۴۵/۳ درصد با این دیدگاه مخالف و ۴۴/۷ درصد کادر درمانی موافق حضور همراه در اقدامات احیاء بوده‌اند. در این پژوهش بیشترین تجربه کادر درمانی در ارتباط با حمایت‌های روحی و روانی ۷۸/۵ درصد و کمترین آن مربوط به داشتن پروتکل خاص در خصوص اجازه حضور همراه در واحدهای درمانی هر دو بیمارستان می‌باشد (جدول ۱). در ارتباط با ایجاد شرایط برای اعضاء خانواده جهت حضور در احیاء قلبی و ریوی بیشترین نظر موافق مربوط به گروه بیهوشی ۶۱،۶ درصد و کمترین آن شامل پزشکان ۲۰ درصد بود (جدول ۲). نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد، بین سه رشته تحصیلی در این زمینه اختلاف معنی‌دار ( $P=0/007$ ) می‌باشد. از دیدگاه کادر درمانی در ارتباط با منافع حضور همراه، بیشترین درصد موافق مربوط به پیشگیری از توسعه باورهای اشتباه و تصورات غلط در مورد فرآیند احیاء با ۶۰ درصد و کمترین آن مربوط به افزایش سطح دانش اعضا خانواده بیمار از عملکرد اعضای تیم احیاء ۳۳/۱ درصد بود (جدول ۳). در ارتباط با موانع حضور همراه، بیشترین درصد موافق مربوط به دو عامل پیدایش استرس و ایجاد اختلال در فرآیند احیاء با ۶۳/۹ درصد و کمترین آن مربوط به ایجاد تعارض بین فردی در بین اعضای تیم احیاء به میزان ۳۳/۱ درصد بود (جدول ۴).

**جدول (۱):** توزیع فراوانی مطلق و نسبی تجربه کاری کارکنان درمانی نسبت به حضور همراه در احیاء قلبی و ریوی در واحدهای مورد مطالعه

تجربه کاری کادر درمانی در رابطه با حضور همراه در احیاء	بلی	نمی‌دانم	خیر
۱- ایجاد شرایط برای حضور همراه	۴۸/۱	۹	۴۲/۹
۲- درخواست حضور در اتاق احیاء از طرف همراه	۶۸/۴	۸/۳	۲۳/۳
۳- پیشنهاد بر حضور همراه بیمار توسط کادر درمانی	۲۶/۷	۶/۹	۶۶/۴
۴- داشتن دستورالعمل مکتوب در مورد اجازه حضور همراه	۵/۳	۲۱/۸	۷۲/۹
۵- داشتن دستورالعمل مکتوب در مورد ممنوعیت حضور همراه	۹/۸	۳۴/۶	۵۵/۶
۶- داشتن فضای فیزیکی لازم برای حضور همراه	۱۵	۹	۷۵/۹
۷- طرح دعوی حقوقی در صورت حضور همراه	۱۴/۴	۹/۸	۷۵/۸
۸- طرح دعوی حقوقی در صورت عدم حضور همراه	۹/۲	۷/۶	۸۳/۲
۹- طرح دعوی حقوقی در صورت عدم موفقیت آمیز بودن	۱۵/۸	۸/۳	۷۵/۹
۱۰- حمایت‌های روحی و روانی برای همراه بیمار	۷۸/۵	۱۲/۳	۹/۲
۱۱- داشتن کادر منتخب و آشنا به مهارت‌های ارتباطی	۲۲/۱	۱۹/۱	۵۸/۸

**جدول (2): توزیع فراوانی دیدگاه کارکنان درمانی در خصوص عملکرد جاری حضور همراه در احیاء قلبی و ریوی در واحدهای مورد مطالعه**

دیدگاه کادر درمانی در خصوص عملکرد جاری	موافق	مخالف	نظری ندارم
۱- نیاز به کادر درمانی مجرب و آشنا به مهارت‌های ارتباطی	۸۸/۷	۴/۶	۶/۸
۲- نیاز به دستورالعمل سازمانی در خصوص ممنوعیت حضور اعضا	۵۴/۳	۲۱/۹	۱۸/۲
۳- فراهم کردن شرایط در مورد حضور همراه	۴۴/۷	۴۵/۴	۱۰
۴- در نظر گرفتن فضای فیزیکی برای حضور همراه	۴۰/۱	۴۳/۲	۱۶/۷
۵- نیاز به دستورالعمل سازمانی در خصوص اجازه حضور اعضا	۴۵/۸	۳۹/۷	۱۴/۵

**جدول (3): توزیع فراوانی مطلق و نسبی دیدگاه کادر درمانی در خصوص منافع حضور همراه در احیاء در واحدهای مورد مطالعه**

دیدگاه کادر درمانی در خصوص منافع حضور همراه در احیاء	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱- افزایش تحکیم روابط تیم احیاء با اعضا خانواده	۱۰/۲	۳۲/۸	۱۶/۴	۳۰/۵	۱۰/۲
۲- تسهیل فرآیند سوگ و غم اعضا خانواده	۱۳/۳	۳۹/۱	۱۸/۰	۲۵/۰	۴/۷
۳- افزایش اطمینان خاطر مبنی بر استفاده از تمام توان و کارایی کادر	۱۷/۸	۳۶/۴	۱۸/۶	۲۳/۳	۳/۹
۴- اهمیت توانایی مشارکت آنان در دقایق آخر زندگی	۱۰/۹	۴۱/۹	۱۷/۸	۲۲/۵	۷/۰
۵- افزایش مدت CPR در بین اعضا تیم احیاء	۹/۳	۳۶/۴	۱۷/۸	۲۶/۴	۱۰/۱
۶- اثر مثبت بر نقش کادر درمانی در احیاء	۵/۴	۲۷/۷	۱۷/۷	۳۴/۶	۱۴/۶
۷- افزایش سطح دانش از عملکرد اعضا تیم احیاء	۴/۷	۲۹/۵	۲۶/۴	۲۴/۸	۱۴/۷
۸- پیشگیری از باورهای اشتباه و تصورات غلط در مورد فرآیند CPR	۶/۲	۵۳/۸	۱۳/۱	۱۸/۵	۸/۵

**جدول (4): توزیع فراوانی مطلق و نسبی دیدگاه کادر درمانی در خصوص موانع حضور همراه در احیاء در واحدهای مورد مطالعه**

دیدگاه کادر درمانی در خصوص موانع حضور همراه احیاء	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱- تجربه صدمات روحی و روانی برای اعضا خانواده	۱۳/۲	۴۰/۳	۲۴/۰	۱۸/۶	۳/۹
۲- پیدایش استرس در بین اعضا تیم احیاء	۲۳/۱	۴۰/۸	۱۲/۳	۲۱/۵	۲/۳
۳- ایجاد تعارض بین فردی در بین اعضا تیم احیاء	۱۵/۴	۲۹/۲	۲۵/۴	۲۸/۵	۱/۵
۴- ایجاد اختلال در فرآیند اقدامات CPR	۲۵/۴	۳۸/۵	۱۳/۸	۲۰/۰	۲/۳
۵- احتمال طرح دعوایی حقوقی و مسائل قانونی	۲۶/۹	۳۲/۳	۲۱/۵	۱۷/۷	۱/۵
۶- نقض حریم خصوصی بیمار و فاش شدن اسرار محرمانه	۲۱/۷	۲۹/۵	۲۲/۵	۲۰/۲	۶/۲

**بحث و نتیجه‌گیری**

بحث: در تبیین دیدگاه کادر درمانی در ارتباط با سیاست‌های موجود در عملیات احیاء، نتایج نشان می‌دهد، اکثریت کادر درمانی با ۸۸/۷ درصد موافق به داشتن کارکنان درمانی آموزش‌دیده و مجرب آشنا به مهارت‌های ارتباطی هستند، انجمن احیاء انگلیس در سال ۱۹۹۶ توصیه کرده که به منسوبین در طول احیاء فرصت دیدن اقدامات احیاء داده شود و آن‌ها به‌وسیله کادر درمانی آموزش‌دیده مجرب حمایت شوند. مورگان<sup>۱</sup> ۱۹۹۷ چگونگی صحبت کردن با فامیل بیمار را به‌وسیله یک رهنمود پیشنهاد می‌کند (۱۴). مارتین<sup>۲</sup> ۱۹۹۱ اظهار می‌کند که فامیل بیمار در طی

احیاء حمایت‌شده و اطمینان حاصل شود که او از رخداد درک کافی داشته و توضیحات دقیق گرفته باشد (۱۵). بک و کوک<sup>۳</sup> ۱۹۹۴ بیم از آن داشتند که به علت نداشتن کارکنان آموزش‌دیده کافی نقش حمایتی برای فامیل بیمار به عمل نیاید (۱۶). در ارتباط با نیاز به پروتکل یا دستورالعمل سازمانی در خصوص ممنوعیت حضور اعضا خانواده دیدگاه موافق حدود ۵۹/۸ درصد و در زمینه فراهم کردن شرایطی برای حضور فردی از اعضا خانواده بیمار اقدامات احیاء، ۴۵/۳ درصد با این دیدگاه مخالف و ۴۴/۷ درصد کادر درمانی موافق حضور همراه در اقدامات احیاء بوده‌اند. نتایج این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات تا حدودی همخوانی داشته و احتمالاً عواملی از قبیل نحوه آموزش احیاء، فقدان

<sup>1</sup>Morgan J

<sup>2</sup>Martin J

<sup>3</sup>Back D, Kooke V

پروتکل، فرهنگ غالب قدیمی و ترس از احتمال تداخل در فرآیند کار تیم احیاء دخیل باشند. در بررسی نگرش و تجربه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در ارتباط با حضور همراه توسط هولبروک<sup>۱</sup> و همکاران، اکثریت پرستاران ۴۶٫۸ درصد با ایجاد شرایط برای حضور همراه در اقدامات احیاء قلبی و ریوی مخالف و ۳۷٫۹ درصد موافق ایجاد شرایط برای حضور همراه بوده‌اند (۱۷). در مطالعه صورت گرفته در استانبول ترکیه با عنوان نگرش و تجربه پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های مرکز آموزشی و تأمین اجتماعی در ارتباط با حضور همراه نتایج نشان داد اکثر شرکت‌کنندگان ۸۳٫۱ درصد با ایجاد شرایط برای حضور همراه مخالف بوده‌اند (۱۳). در مطالعه میچل و لینچ<sup>۲</sup> در انگلستان (۱۹۹۷) ۳۷ درصد کادر درمانی موافق حضور همراه در احیاء بوده‌اند (۱۸). چیلل<sup>۳</sup> ۱۹۹۳ اعلام می‌دارد پرستاران شاهد مرگ در طول دوره مراقبت از بیماران هستند اما زمانی که مرگ در جلو چشمشان و در دستان خود در طول اقدامات احیاء صورت پذیرد یک موقعیت استرس‌زا و سخت برای آنان خواهد بود (۱۹). شکی وجود ندارد که در صورت حضور همراه، کار کردن در تیم احیاء سخت است، اکثر پزشکان و پرستاران مخالف حضور همراه در احیاء هستند (۲۰). مطالعات نشان داده که حمایت‌های اولیه از حضور همراه از ۳۷ تا ۷۰ درصد متفاوت بوده است، شواهد کمی در دسترس است تا میزان تغییر در اثر برنامه‌های آموزش با حضور همراه را پیش‌بینی کند اما در مطالعه گریس<sup>۴</sup> و همکاران با بررسی نگرش کادر درمانی، بیماران و منسوبین در ارتباط با حضور همراه در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نتایج نشان داد که پس از دوره آموزش در این زمینه نظر موافق پزشکان از ۵۶ درصد و پرستاران ۶۶ درصد به ترتیب به ۷۰ درصد و ۸۲ درصد در صورت داشتن کادر آموزش‌دیده افزایش یافته است، به‌طور چشمگیری تقاضای عمومی ماندن در کنار عزیز خود در جریان احیاء، بدون در نظر گرفتن نتایج آن می‌باشد (۲۱). علیرغم این تغییر نگرش، حضور همراه در احیاء یک بحث چالش‌برانگیز و هنوز به‌طور گسترده مورد بحث قرار می‌گیرد. در مطالعه مقایسه نگرش افراد جامعه و کادر پزشکی در ارتباط با حضور همراه در احیاء در جمعیت آسیا نتایج نشان داد که حمایت کادر پزشکی از حضور همراه در مقایسه با افراد جامعه کمتر بوده است ( $P < 0.001$ ) که این احتمالاً ناشی از کاهش تجربه حضور همراه و همچنین اختلال در فعالیت‌های تیم احیاء می‌باشد (۲۲). در ارتباط با در نظر گرفتن فضای فیزیکی لازم به‌منظور حضور یکی از اعضای خانواده که ۴۳/۲ درصد مخالف بوده‌اند، در مطالعه

صورت گرفته در ترکیه در ارتباط با حضور همراه مبنی بر کمبود فضا در حین احیاء برای حضور همراه نتایج داده نشان داد که ۷۰٫۹ درصد موافق و ۱۲٫۹ درصد مخالف با این گزینه بوده‌اند. ایجاد اتاق اختصاصی برای منسوبین بیمار یک جذابیت خاص برای آنان و برای پشتیبانی بیمارستان مفید است (۲۳). در این زمینه می‌توان از کمبود دانش کادر درمانی در زمینه مراقبت‌های مرگ و مردن نام برد. تجربه ایجاد شرایط برای حضور همراه و آموزش به نظر می‌رسد که با کاهش ترس از حضور همراه در ارتباط باشد. گزارش شده است که بعد از آموزش درباره نیازهای قانونی و حمایت اعضای خانواده در بین سایر نیازها، افراد نسبت به نیازهای خانوادگی آگاهی پیدا کرده و تقریباً هرکس نسبت به حضور همراه دید مثبتی پیدا می‌کند (۲۴).

در ارتباط با داشتن دستورالعمل سازمانی در خصوص اجازه حضور اعضای خانواده تعداد نظر موافق ۴۵/۸ درصد بوده که در مقایسه با پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها این میزان کمتر است، در پژوهش صورت گرفته در ایرلند در سال ۲۰۰۷ میلادی توسط آلیس مادین و کارول کاندون<sup>۵</sup> تحت عنوان اعمال جاری و دانش پرستاران در خصوص حضور اعضای خانواده در اقدامات احیاء، نتایج نشان داد ۷۴/۴ درصد موافق وجود یک دستورالعمل مکتوب در مورد حضور اعضای خانواده در واحد اورژانس بوده‌اند (۳). مطالعه هال قیرمیستر<sup>۶</sup> نشان داد که ۷۱ درصد موافق وجود دستورالعمل مکتوب در زمینه حضور همراه هستند (۲۵). عدم تصویب داشتن پروتکل در زمینه حضور همراه از سوی کادر درمانی با درصد بیشتر شاید در ارتباط با کاهش آموزش در این موضوع و عدم آشنایی با مفهوم جدید حضور همراه در فرهنگ جاری بیمارستانی باشد.

در تعیین تجربه کاری کادر درمانی در رابطه با حضور خانواده در احیاء، ۴۸/۱ درصد کادر درمانی در طول خدمت خود شرایطی را برای حضور همراه در طول اقدامات احیاء فراهم کرده‌اند و حدود ۶۸/۴ درصد همراهان درخواستی مبنی بر حضور در موقع احیاء داشته‌اند. درخواست یا پیشنهادی مبنی بر حضور اعضای خانواده بیمار در اقدامات احیاء از سوی کادر درمانی از درصد پایینی ۲۶/۷ برخوردار بوده است. در واحدهای درمانی هر دو بیمارستان فقط حدود ۵/۳ درصد از وجود دستورالعمل مکتوب در خصوص اجازه حضور همراه و ۹/۸ درصد در خصوص ممنوعیت حضور همراه اطلاع داشتند. در ارتباط با فضای فیزیکی لازم در واحدهای درمانی ۷۵/۹ درصد فاقد چنین خصوصیات بوده‌اند. در مطالعه صورت گرفته در ترکیه در مورد دعوت از حضور همراه در احیاء،

<sup>۱</sup>Fulbrook<sup>۲</sup>Mitchell, Lynch<sup>۳</sup>Chellel<sup>۴</sup>Grice<sup>۵</sup>Madden E, Condon C<sup>۶</sup>Hallgrimsdotter E

گروه پزشکی و آموزش کل نگر در پرستاری باشد. پرستاران یاد می‌گیرند که در امر مراقبت نه تنها به فرد بلکه محیطی که مددجو در آن قرار می‌گیرد توجه کنند (۲).

نهایتاً، نتایج این پژوهش نشان داد اکثریت کادر درمانی هر دو بیمارستان دولتی شهرستان خوی، موافق به داشتن کارکنان درمانی آموزش‌دیده و مجرب آشنا به مهارت‌های ارتباطی در طول احیاء بوده و تصمیم‌گیری در مورد اجازه حضور همراه سلیقه‌ای بوده چراکه در واحدهای درمانی هر دو بیمارستان حدود ۵/۳ درصد از وجود دستورالعمل مکتوب در خصوص اجازه حضور همراه و ۹/۸ درصد در خصوص ممنوعیت حضور همراه اطلاع داشتند. در ضمن فضای فیزیکی لازم در واحدهای درمانی برای این منظور وجود نداشته و بیشترین منافع در این خصوص مربوط به پیشگیری از توسعه باورهای اشتباه و تصورات غلط در مورد فرایند احیاء می‌باشد. همچنین بیشترین عامل مانع برای حضور همراه، افزایش استرس در کادر درمانی و ایجاد اختلال در فرایند اقدامات احیاء بوده و به نظر می‌رسد هنوز بسترهای لازم جهت اجازه حضور همراه در واحدهای درمانی از دیدگاه کادر درمانی وجود ندارد.

### تقدیر و تشکر

این طرح با مشارکت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به اتمام رسیده است، بدین‌وسیله از تمامی مسئولین و کادر درمانی که در امر پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر می‌نماییم.

هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان از همراهان بیمار دعوتی مبنی بر حضور در احیاء نداشتند. مطالعات نشان داده است که در صورت عدم دعوت یک احساس ناراحتی و اکثر مواقع یک احساس تأسف در بین همراه بیمار دیده می‌شود. در مطالعه صورت گرفته در بین پرستاران قلب اروپا فقط ۶،۸ درصد از کل آن‌ها اعلام کرده‌اند که واحد آن‌ها پروتکل مربوط به حضور همراه را دارد (۲۸). در بررسی انجام شده در کشور ترکیه پرستاران بخش ویژه اعلام داشتند که در هیچ‌یک از واحد آن‌ها پروتکل خاصی در خصوص اجازه حضور همراه وجود ندارد. بدون داشتن سیاست تیمی و دستورالعمل در خصوص چگونگی کنترل حضور همراه و بدون داشتن رهنمود در برآورد نیازهای اعضای خانواده، شاید پرستاران در موقعیت مشکل قرار گرفته باشند.

در تعیین ارتباط بین دیدگاه و تجربه بالینی کادر درمانی نسبت به بسترهای لازم جهت حضور همراه در عملیات احیاء با استفاده از آزمون کی دو نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ( $p = .000$ ) بطوریکه کادر درمانی با تجربه ۶۴ درصد موافق حضور همراه در اتاق احیاء بوده است. در تعیین رابطه دیدگاه کادر درمانی نسبت به حضور همراه با مشخصات دموگرافیک با استفاده از آزمون‌های یومن ویتنی، کروسکال وایس، خی دو و رتبه‌ای اسپیرمن، نتایج نشان داد که به جز رشته تحصیلی در بقیه متغیرها از قبیل سن، جنس، محل کار، بخش، نوع استخدام، سابقه اشتغال بکار، تجربه شرکت در اقدامات احیاء و پست سازمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. دلیل نگرش متفاوت بین گروه پرستاری و پزشکی شاید به خاطر آموزش علم مدار در

### References:

- McLaughlin K, Gillespie M. A final question: witnessed resuscitation. *Emerg Nurse* 2007;15(1):12-6.
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Fundamentals of nursing. Tehran: Boushra; 2006. (Persian)
- Madden E, Condon C. Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *J Emerg Nurs* 2007;33(5):433-40.
- Fulde O. Deaths and data. *Emerg Med* 1995; 7:134-5.
- Resuscitation Council UK. Basic life support. Available at: [www.resus.org.uk](http://www.resus.org.uk). Accessed August 25, 2005.
- Walters AJ. A hermeneutic study of the practice of critical care nurses. *J Adv Nurse* 1995; 21:492-7.
- Robinson CA. Beyond dichotomies in the nursing of persons and families. *Image J Nurse Scholarsh* 1995; 27:116-20.
- Fulbrook P, Latour J, Albarran J, De Graaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of critical care nursing associations, European society of paediatric and neonatal intensive care and European society of cardiology council on cardiovascular nursing and allied professions joint position statement. *Euro J Cardiovasc Nurs* 2007;6(4):255-8.

9. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *J Emerg Nurs* 1998; 24:400-5.
10. Eichhorn D, Meyers T, Guzzetta C, Clark A, Klein J, Taliaferro E, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *Am J Nurs* 2001; 101: 48-55.
11. Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nineyear perspective. *J Emerg Nurs* 1992; 18:104-6.
12. Grice AS, Picton P, Deakin CDS. Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *Br J Anaesth* 2003;91(6):820-4.
13. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *Int J Nurs Stud* 2007;44(1):83-92.
14. Morgan J. Introducing witnessed resuscitation in A and E. *Emergency Nurse* 1997; 5(2): 13-8.
15. Martin J. Rethinking traditional thoughts. *J Emerg Nurs* 1991; 17 (2): 67-8.
16. Back D, Kooke V. The presence of relatives in the resuscitation room. *Nurs Times* 1994; 90(30): 34-5.
17. Fulbrook P, Albarran J, Latour J. A European survey of critical care nurses attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *Int J Nurse Stud* 2005; 42(5):557-68.
18. Mitchell MH, Lynch MB. Should relatives be allowed in the resuscitation room? *J Accident Emergen Med* 1997 14(6), 366-9.
19. Chellel A. CPR the problems and solutions. *Nurs Stand* 1993; 10(7): 33-6.
20. Jenkm A. Nurses attitudes to the teaching and training of cardiopulmonary resuscitation. *J Chmcal Nurs* 1994; 3 (3): 193-4.
21. Grice AS, Picton P, Deakin CDS. Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *Br J Anaesth* 2003;91(6):820-4.
22. Ong MEH, Chung WL, Mei JSE. Comparing attitudes of the public and medical staff towards witnessed resuscitation in an Asian population. *Resuscitation* 2007;73(1):103-8.
23. Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004; 62:267-73.
24. Bassler PC. The impact of education on nurses' beliefs regarding family presence in a resuscitation room. *J Nurses Staff Dev* 1999; 15(3):126-31.
25. Hallgrimsdotter E. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *J Clin Nurse* 2000; 9:611-9.
26. Duran CR, Oman KS, Abel J, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care* 2007; 16(3):270-9.
27. Twibell RS, Siela D, Tiwitis C. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care* 2008; 17(2): 101-12.
28. 1. Axelsson AB, Fridlund B, Moons P, Mårtensson J, Op Reimer WS, Smith K, et al. European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010;9(1):15-23.
29. Baumhover N, Hughes L. Spirituality and support for family presence during invasive procedures and resuscitations in adults. *Am J Crit Care* 2009;18(4):357-66; quiz 367.
30. DSYLam SN, Hui H, Lee W, So KT. Attitudes of Doctors and Nurses to Family Presence During Paediatric Cardiopulmonary Resuscitation. *HK J Paediatr (new series)* 2007;12(4):253-9.

31. Weslien M, Nilstun T, Lundqvist A, Fridlund B. Narratives about resuscitation: family members differ about presence. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006;5(1):68-74.
32. Meyers T, Eichhorn D, Guzzetta C, Angela P, Klein J, Taliaferro E, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses and physicians. *Am J Nurs* 2000;100:32-43.



## STUDY ATTITUDES AND CLINICAL EXPERIENCES OF KHOY HOSPITALS MEDICAL STAFF ABOUT NECESSARY BACKGROUND FAMILY PRESENCE DURING RESUSCITATION

Nafei AR<sup>1</sup>, Sakhai SH<sup>\*2</sup>, Motaarefi H<sup>3</sup>

Received: 4 Feb, 2015; Accepted: 10 May, 2015

### Abstract:

**Background & Aims:** Members of the health care providers continuously are trying to provide holistic care standards with maximum efficiency to their patients and family members. In this context, the family plays an important role in health care plan for the patients. Their participation in the program is an integral part of the healing process. For the majority of the population, resuscitation room is the last chance to see, talk and touch their loved family members. Prohibiting the families to visit patients in their final stages of life and in critical condition is contrary to the philosophy of nursing. According to CPR, the need for effective care is necessary not only for patients but also for their anxious relatives.

**Materials & Methods:** A descriptive and analytical study was used to explore the attitudes of 136 medical staff of public hospitals at Khoy city towards family presence during resuscitation. By using a self administered structured questionnaire, health care providers with 6 months experience in clinical wards were participated in the study. After the data were collected in connection with family presence during resuscitation, descriptive and inferential analysis had been done by SPSS-16 software.

**Results:** In this study, 45/3% of participants disagreed with the presence of family members during CPR, while 44/7% of them agreed.

Concerning the benefits of family presence during resuscitation, 60% agreed to prevent misinterpretation of the family presence in resuscitation activities, and (33/1%) agreed with enhancing knowledge about resuscitation team performance. Also the results revealed that there is a statistically significant difference ( $P=0/007$ ) between the three groups of medical staff nurses, physicians and anesthesiologists.

**Conclusion:** The results of this study showed the majority of medical staff of both public hospitals in Khoy city, agreed to have trained and qualified medical personnel communication skills during the resuscitation. About three fifths of the hospital's medical staffs were aware of the existence of written policies on family presence.

**Key words:** Cardiopulmonary resuscitation, medical staff, family presence, family member

**Address:** Khoy, Valiasr Avenue, Nursing and Environmental Health School

Tel: (+98)4436255777

**Email:** shahriarsakhai@yahoo.com

<sup>1</sup> MSc instructor, faculty of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> MSc, instructor faculty of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> MSc instructor, faculty of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran