

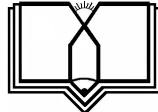
بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

معاونت پژوهشی

کمیته تحقیقات دانشجویی

دانشگاه علوم پزشکی قزوین



کمیته تحقیقات دانشجویی

پرسشنامه طرح تحقیقاتی دانشجویی

نام و نام خانوادگی مجری/مجریان به فارسی و انگلیسی:

امیر هوشمند، علیرضا صادقی، امیرحسین بابایی، یاسمین مهری

نام و نام خانوادگی استاد راهنما به فارسی و انگلیسی:

دکتر سنمار

دانشکده: پرستاری و مامایی

عنوان طرح (فارسی): بررسی ارتباط هوش هیجانی با نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به حضور خانواده هنگام

احیای قلبی ریوی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر قزوین: سال ۱۴۰۱

عنوان طرح (انگلیسی):

Investigating the Relationship Between Emotional Intelligence and Attitude of Physicians and Nurses Toward Family Presence During Resuscitation in Hospitals Affiliated to Qazvin University of Medical Sciences, 2022

تاریخ پیشنهاد:

تاریخ تصویب در شورای پژوهشی دانشکده:

آیا طرح در راستای اولویت پژوهشی است؟ ... بله ... صفحه ... ۱۲ ... شماره ... ۱۰ ...

آیا موازین و دستورالعمل‌های اخلاقی وزارت متبوع، مندرج در سایت دانشگاه به آدرس زیر را مطالعه کرده‌اید؟



بلی

خیر

آیا طرح نیاز به مطرح شدن در کمیته اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه را دارد؟

تاریخ جلسه: / /

بلی

خیر

۱-۱ مشخصات مجربان طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی و درجه علمی	آدرس و تلفن همراه	ایمیل *	کد ملی	امضاء
۱	امیر هوشمند	دانشجوی پرستاری کارشناسی		Hooshmandamir29@yahoo.com		
۲	امیر حسین بابایی	دانشجوی پرستاری کارشناسی		Amirhosein_babaei1999@yahoo.com		
۳	یاسمین مهري	دانشجوی پرستاری کارشناسی		mehriyasamin@gmail.com		
۴	علیرضا صادقی	دانشجوی پرستاری کارشناسی		Alireza1999sadeghiii@gmail.com		
۵	دکتر مجتبی سنمار	دکترای تخصصی پرستاری		senmarmojtaba@gmail.com		

۱-۲ مشخصات همکاران اصلی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	کد ملی	امضای همکار
۱	سجاد نوریان	هیئت علمی	استادیار	امار		

۲-۱ نوع طرح:

کاربردی **

۲-۲ مقدمه و معرفی طرح:

ایست قلبی‌ریوی یکی از موارد شایع منجر به مرگ است که به‌صورت غیرمنتظره در هر زمان یا در هر مکان ممکن است رخ دهد (۱). ایست ناگهانی قلبی به عنوان مشکل پیچیده سلامت عمومی مطرح است (۲)، که معمولاً منجر به مرگ ناگهانی افراد می‌شود (۳) به طوری که در سرتاسر جهان مرگ ناگهانی قلبی^۱ عامل مرگ و میر ۱۷ میلیون نفر در سال یا ۲۵ درصد از کل مرگ و میرها است (۴). از این روی، ایست قلبی‌ریوی یکی از خطرناک‌ترین وضعیت‌های تهدید کننده زندگی است (۵)، که نیاز به اقدام فوری و سنجیده برای حفظ حیات و پیشگیری از ضایعات جبران ناپذیر سیستم‌های حیاتی بدن دارد (۵). چرا که در صورت بروز ایست قلبی‌ریوی فعالیت ارگان‌های حیاتی به طور کامل متوقف می‌شود (۵). اولین مداخله در این شرایط احیای قلبی‌ریوی^۲ است (۶). احیای قلبی‌ریوی به‌عنوان یک اقدام اورژانسی (۷)، حلقه‌ی مهمی از زنجیره بقا تلقی می‌شود (۸) و بازگشت صددرصد به حیات و حفظ کیفیت زندگی نتیجه عالی در احیای قلبی‌ریوی محسوب می‌شود (۷، ۹، ۱۰). نکته مهم در طی این فرآیند بحث پیرامون حضور اعضای خانواده طی عملیات احیای قلبی‌ریوی است که از مدت‌ها قبل آغاز شده است (۱۱).

خانواده اصلی‌ترین نهاد در حفظ سلامتی فرد و جامعه، به‌عنوان یک واحد عاطفی اجتماعی، مؤثرترین عامل انتقال فرهنگ و رکن بنیادین جامعه است (۱۲). بحث حضور خانواده در حین احیای قلبی‌ریوی از سال ۱۹۸۰ آغاز شده است و با گذر زمان افزایش یافته است (۱۳). حضور خانواده در احیا بدین معناست که خانواده بتواند در طول احیا در کنار بیمار حضور یابد و با بیمار تماس فیزیکی یا چشمی ایجاد نماید (۱۴). حضور اعضای خانواده در کنار بیمار به عنوان یک نیاز شناخته شده است، که این نیاز به شکل واقعی در تمام لحظه‌های دردناک زندگی احساس می‌شود (۱۵). از سوی دیگر توجه به این مسئله نیز دارای اهمیت است که انسان، موجودی اجتماعی است و نباید در تنهایی فوت کند (۱۵). هر چند از دست دادن یکی از اعضای مهم خانواده به عنوان یکی از بزرگ‌ترین بحران‌ها می‌تواند تحت شرایطی سبب از بین رفتن سیستم خانواده گردد (۱۶). اما حضور اعضاء خانواده در هنگام احیای قلبی‌ریوی فرصتی را برای آخرین خداحافظی به افراد می‌دهد و همچنین باعث کمک به درک مرگ فرد بیمار می‌شود (۱۷).

خانواده بیمار به اطلاعات و پشتیبانی نیاز دارند و این شانس را دارند که در آخرین لحظات زندگی عزیزشان پیش وی باشند (۱۸). زمانی که نزدیکان بیمار در اتاق انتظار باشند و عزیزشان فوت نماید احساس گناه می‌کنند که وی در تنهایی مرده است و نتوانسته‌اند با وی خداحافظی کنند (۱۹). با توجه به میزان پایین بقا پس از احیای قلبی‌ریوی در ایران (۲۰، ۲۱) این لحظات می‌تواند آخرین فرصت دیدار خانواده با عزیزشان باشد. خود بیماران نیز خواستار حق حضور همراهان در طول بستری شدن در بیمارستان و در زمان انجام پروسیجرهای تهاجمی هستند (۲۲). این میزان بقای کم بیمارانی که تحت احیای قلبی‌ریوی قرار می‌گیرند، می‌تواند به عنوان محرکی در راستای تغییر مدیریت به سوی اجرای برنامه حضور خانواده بیمار هنگام احیاء باشد. با این حال هر تغییر بزرگ در حوزه بهداشت نیازمند تجزیه و تحلیل جدی در رابطه با امکان اجرای آن است (۲۳).

لارسن معتقد است زمانی که مرگ قریب الوقوع است و دیگر نمی‌شود کاری برای خود بیمار انجام داد، حداقل راه‌هایی برای سازگاری اعضای خانواده آنها با این واقعیت اجتناب ناپذیر وجود دارد (۲۴). نتایج تحقیقات نشان داده است به احتمال قوی افرادی که دارای حس قوی از شایستگی شخصی برای قبول رویکردهای استرس زا مانند مرگ و مردن می‌باشند، ترجیح می‌دهند شاهد این چالش باشند تا اینکه از آن دوری کنند (۲۴). اجازه دادن به خانواده‌ها برای لمس، آرامش و خداحافظی با عزیزشان ممکن است احیا را آرام‌تر و ملایم‌تر کند. این باور که عزیزشان در تنهایی نمرده است به خانواده او احساس قوت قلب می‌دهد (۲۵). با وجود آنکه اعضای خانواده مهم‌ترین منبع حمایت یک فرد در زمان آسیب پذیری فرد و بخصوص وقایع تهدید کننده حیات است (۲۶) و حضور خانواده در طول احیاء و یا پروسیجرهای تهاجمی پذیرفته شده است ولی تنها ۵٪ از بیمارستان‌های ایالات متحده آمریکا دارای خط مشی برای هدایت خانواده بیمار و حضور آنها هنگام انجام احیاء هستند (۲۶). به نظر می‌آید مهم‌ترین دستورالعمل در مورد حضور خانواده را در منشور حقوق بیمار بتوان یافت چراکه در منشور حقوق بیمار، بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد (۲۷). اگرچه اغلب افرادی که سابقه شرکت در احیا را داشته‌اند آن را تجربه‌ای مثبت ارزیابی می‌کنند (۲۸). اما ترس از طرح دعوی قضایی،

¹ Sudden cardiac death (SCD)

² Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

افزایش سطح استرس و اضطراب، تجربه آسیب زاء، ترس از اینکه خانواده در احیا دخالت کنند موجب مقاومت کادر درمان از جمله پرستاران برای این حضور شده است (۲۹).

پرستاران بزرگ‌ترین گروه کارکنان اراده دهنده‌ی خدمات سلامت (۳۰) در موقعیتی منحصر به فرد قرار گرفته اند (۳۱). به طور معمول اولین کسانی هستند که هنگام ایست قلبی‌ریوی بیماران بر بالین آنان حاضر می‌شوند (۳۲). احیای قلبی‌ریوی چه برای پرستاران با سابقه کار کم و چه زیاد موقعیتی بسیار استرس زا محسوب می‌شود (۳۳). هر چند که از پرستاران انتظار می‌رود به عنوان عضوی از تیم درمان بر کار خود تسلط و اعتماد به نفس داشته باشند (۳۴). اما به دلایل مختلفی پرستاران نظرات متفاوتی در مورد حضور اعضای خانواده در هنگام احیا دارند (۳۵). بنابراین می‌توان گفت یکی از گام‌های مهم در تدوین خطی مشی‌های حضور خانواده بررسی نگرش پرستاران است (۳۶).

پزشکان به‌عنوان منابع حوزه‌ی سلامت، یکی از ارکان اصلی تولید سلامت در کشور هستند که به طور مستقیم با وضعیت سلامتی افراد در جامعه ارتباط دارند (۳۷). پزشکان با به کارگیری اصول و رویه‌هایی بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی و روانی را تشخیص و درمان کرده و سلامت عمومی را حفظ می‌کنند (۳۸). هر چند تعدادی از مطالعات نشان داده که آنها با حضور خانواده حین احیای قلبی‌ریوی مخالف هستند (۳۹) و نسبت به پرستاران تمایل بیشتری به حمایت از این حضور ندارند (۴۰). اما با بالا رفتن ارشدیت و تجربه پزشکان، حمایت آنها نیز بیشتر می‌شود (۴۱). هر چند حضور خانواده در حین احیای قلبی‌ریوی به طور کامل توسط متخصصین مراقبت سلامتی بویژه پرستاران و پزشکان پذیرفته نشده است (۴۲). ولی باید به نکته توجه داشت که کارآمدی فرد در مسایل فردی و اجتماعی با تجربه‌های هیجانی و نحوه‌ی مواجهه و انطباق با رویدادها تعیین می‌شود (۴۳).

هوش هیجانی توانایی نظارت بر احساسات و عواطف خود و دیگران، تمایز قائل شدن بین آنها و استفاده از این اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال خود است (۴۴). هوش هیجانی اولین بار در سال ۱۹۹۰ توسط مایر و سالووی معرفی شد. آن‌ها مدلی را با چهار شاخه شامل توانایی‌های: (الف) درک صحیح احساسات در چهره‌ها، زبان بدن، آثار هنری و سایر محرک‌ها. (ب) احساسات برای کمک به تفکر و عملکرد (ج) درک دلیل احساسات و چگونگی تغییر آنها در طول زمان و (د) با موفقیت احساسات خود و دیگران را به روش‌های سازنده مدیریت و تنظیم کردن، معرفی کردند (۴۵). هوش هیجانی یکی از ویژگی‌های شخصی است و به طور فزاینده‌ای به عنوان نقش بالقوه در پزشکی، پرستاری و سایر حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته می‌شود (۴۶). مطابق نظریه گلنن هوش هیجانی شامل مجموعه‌ای از خود آگاهی، همدلی، رسیدگی به روابط، کنترل احساسات و عزم فرد می‌باشد (۴۷، ۴۸). در حقیقت مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است که به فرد کمک می‌کند با دریافت، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساس‌هایی که افکار را تسهیل می‌کنند، آگاهی یابد و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌هایش، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (۴۹). بی‌توجهی به هوش هیجانی با چهار عنصر خود آگاهی، خودکنترلی، آگاهی اجتماعی و مدیریت اجتماعی (۵۰) باعث درست کنترل نشدن موقعیت می‌شود (۵۱).

متخصصان حوزه درمان با نیازهای عاطفی پیچیده مرتبط با ارائه مراقبت از بیمار مواجه هستند. این بدان معناست که آنها باید در هر روز کاری به چندین تجربه احساسی پاسخ دهند. آن‌ها باید به واکنش‌های عاطفی بیماران و تیم مراقبت‌های بهداشتی و همچنین به واکنش‌های عاطفی خود توجه کنند (۵۲). هوش هیجانی می‌تواند به تیم درمان کمک کند تا با بیمارانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند همدلی کنند. همدلی یک پاسخ عاطفی است که از فهم یا درک وضعیت یا شرایط عاطفی دیگری سرچشمه می‌گیرد، و مشابه یا بسیار شبیه به آن چیزی است که شخص مقابل احساس می‌کند یا انتظار می‌رود که احساس کند (۵۳). همدلی اغلب به عنوان "توانایی دیدن جهان از طریق چشمان دیگران" توصیف می‌شود، که به سادگی به توسعه توانایی تصور اینکه شخص دیگری در یک موقعیت خاص چه فکر و چه احساسی می‌کند، اشاره دارد. هوش هیجانی به عنوان زیربنایی برای همدلی عمل می‌کند، زیرا به افراد کمک می‌کند تا: (الف) آنچه واقعاً

³ Goleman D.

⁴ Emotional Intelligence

باعث نگرانی افراد دیگر می‌شود را بفهمد، (ب) احساسات خود و دیگران را درک کند، (ج) به درک کردن دیگران علاقه مند شود، (د) ارتباط مؤثر حتی هنگام دادن پیام‌های ناخوش آیند برقرار کند و (ه) روابطی بر اساس اعتماد و رضایت بخش ایجاد کند، مشکلات را حل کند، به تفکر خلاقانه کمک کند و اختلافات را حل کند (۵۴).

علاوه بر این، ارتباط خیلی کم با رنج بیمار ممکن است منجر به عدم مراقبت شود، در حالی که ارتباط زیاد با رنج بیمار ممکن است منجر به برانگیختگی بیش از حد احساس همدردی و در نهایت فرسودگی شغلی شود. به نظر می‌رسد که پرستاران با هوش هیجانی بالاتر تمایل دارند که به عنوان بخشی از عملکرد مراقبت‌های بهداشتی خود درگیر همدلی سازنده باشند (۵۲). تأثیرات هوش هیجانی حتی نگرش افراد را هم نسبت به موضوعات مختلف در بر می‌گیرد که این که نشان داده شده که بین هوش هیجانی و نگرش نسبت به امتحانات در مقطع کارشناسی رابطه معناداری وجود دارد. در این افراد هوش هیجانی مستقیماً بر انگیزه تأثیر می‌گذارد و هنگامی که انگیزه بالا باشد، منجر به ایجاد نگرش مثبت نسبت به یادگیری و پیشرفت خواهد شد (۵۵). تأثیر هوش هیجانی در نگرش پرستاران تا جایی بوده است که به گنجاندن صلاحیت‌های هوش هیجانی در برنامه‌های درسی پرستاری نیز توصیه شده است (۵۶). لذا مطالعات نشان داده که هوش هیجانی با عملکرد، مدیریت و برخورد با مشکلات و تعارضات ارتباط دارد (۵۷، ۵۸).

باتوجه به مطالب بیان شده و جستجوهای انجام شده مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط هوش هیجانی با نگرش به حضور اعضای خانواده حین احیای قلبی ریوی پرداخته شد، یافت نشد. در حالی که شناخت نگرش و ارتباط آن با هوش هیجانی به عنوان یک توانایی، می‌تواند به درک بهتر شرایط موجود کمک شایانی کند؛ لذا با توجه به اینکه مزایا و معایب مختلفی برای حضور اعضای خانواده در زمان احیا بیان شده است و همچنین با توجه به اینکه نگرش پزشکان و پرستاران در این رابطه تأثیرگذار است، در این مطالعه نقش هوش هیجانی و ارتباط آن با نگرش پزشکان و پرستاران به این مسئله مورد بررسی قرار خواهد گرفت تا در صورت تعیین ارتباط بتوان با انجام مداخلات لازم، گام‌هایی را در جهت بهبود شرایط احیای قلبی ریوی برداشت. این موضوع که در شرایط همه گیری کرونا بیشتر برجسته شده می‌تواند در صورت پیدا شدن ارتباط به ما در طراحی مداخلاتی جهت بهبود هوش هیجانی و ابعاد آن در راستای بهبود نگرش با اقدامات مختلف از جمله گذاشتن کارگاه‌های آموزشی و تهیه فیلم‌های آموزشی و پمفلت‌ها در تیم درمان گام برداریم. دستورالعمل‌های مکتوب را برای ایجاد رویکردی یکپارچه و منسجم به این موضوع حساس در عمل بالینی ایجاد کنند و بتوانند به تصمیم صحیح‌تری برای حضور یا چگونگی حضور اعضای خانواده برسند. **از این رو مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط هوش هیجانی با نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به حضور اعضای خانواده در حین احیای قلبی ریوی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر قزوین انجام خواهد شد.**

* پژوهش بنیادی پژوهشی است که عمدتاً در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی خاص برای کاربرد آن انجام می‌گیرد.
** پژوهش کاربردی پژوهشی است به منظور کسب دانش جدید که استفاده علمی خاصی برای نتایج حاصل از آن در نظر گرفته شده و در جهت حصول به هدف کاربردی خاص انجام می‌گیرد.
*** پژوهش تجربی - توسعه ای یک کار سیستماتیک می‌باشد که با بهره گیری از دانش موجود حاصل از تحقیق و تجربه علمی در جهت تولید مواد و وسایل جدید، و یا اصلاح آنچه قبلاً تولید و یا اجرا می‌شده انجام می‌گیرد.

۴-۲ بررسی متون (در صورت نیاز می توانید از صفحات اضافی استفاده نمایید) Literature review
(با ذکر مراجع)

برای جستجوی مقالات از پایگاه‌های مختلفی از جمله پاب مد؛ اس آی دی؛ گوگل اسکولار^۵ و ساینس دایرکت^۶ با کلیدواژه‌های حضور
(FPDR) Family presence during resuscitation؛ Attitude؛ Emotional Intelligence؛
Cardiopulmonary Resuscitation؛ Nursing Attitude؛ Physicians Attitude^۷ و معادل فارسی این کلمات
استفاده کردیم و مقالاتی را که برای مرور متون انتخاب کردیم، مقالاتی هستند که در بازه زمانی سال ۲۰۱۲-۲۰۲۱ چاپ شده‌اند و
بیشترین ارتباط را با عنوان مورد پژوهش ما دارند. مقالات را بر اساس سال چاپ آن‌ها مرتب کردیم ابتدا مقالات جدیدتر و سپس مقالات
قدیمی‌تر را آوردیم.

۱- ترقی و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه‌ای توصیفی با عنوان مقایسه نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به حضور اعضای خانواده طی عملیات
احیاء قلبی-تنفسی در بخش‌های ویژه و اورژانس بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام دادند. این مطالعه
با شرکت ۱۲۰ پزشک؛ ۲۰۰ پرستار و ۱۴۸ نفر از بستگان درجه اول بیمار با طبقه بندی تصادفی مطالعه انجام شد. معیارهای ورودی
مطالعه داشتن سن بالاتر از ۱۸ سال، سواد خواندن و نوشتن و داشتن نسبت درجه یک با بیمار برای اعضای خانواده بود. معیارهای ورود
برای پزشکان و پرستاران داشتن حداقل یک سال سابقه کاری بود. آن‌ها از پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته استفاده کردند که اعتبار
پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن از طریق آزمون مجدد تایید شد ($r=0/83$). تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای
دو برای مقایسه نگرش سه گروه و آزمون فیشر برای مقایسه نگرش پزشکان و پرستاران با کمک نرم افزار spss نسخه ۱۶ انجام شد.
مطالعه نشان داد که ۹۲/۵٪ پزشکان و ۸۰٪ پرستاران حضور خانواده را در هنگام احیا زیان بار می‌دانند. عمده ترین دلیل ذکر شده توسط
تیم درمان احتمال مداخله اعضای خانواده در عملیات احیا (۹۰/۸٪ پزشکان، ۸۶/۵٪ پرستاران) بوده است. اختلال در تمرکز و ایجاد تنش
در اعضای تیم (۷۹/۲٪ پزشکان، ۷۶٪ پرستاران)، به تاخیر افتادن عملیات احیا و احتمال افزایش شکایت‌های قضایی از تیم درمان (۷۱٪
پزشکان و ۷۸٪ پرستاران) را جزو دلایل دیگر ذکر کردند. در این مطالعه کمتر از نیمی از اعضای خانواده درجه اول بیمار تمایل به حضور
در هنگام احیا داشتند (۱۱).

۲- رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه با عنوان اعتماد به نفس و نگرش پرستاران مراقبت های حاد نسبت به حضور اعضای خانواده در
حین احیا در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام دادند. این مطالعه که با هدف بررسی رابطه بین نگرش به حضور
اعضای خانواده در حین احیای قلبی ریوی و اطمینان پرستاران مراقبت های حاد به انجام احیای قلبی ریوی در حضور خانواده انجام شد.
این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های حاد (بخش مراقبت‌های ویژه، بخش مراقبت‌های عروق
کرونر و اورژانس) ایران در سال ۱۳۹۶ انجام شد. در مجموع ۱۵۰ پرستار به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. داده‌ها در
مورد نگرش پرستاران نسبت به حضور مقیاس خانواده و اعتماد به نفس پرستاران در حضور مقیاس خانواده جمع آوری شد. داده‌ها با
استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها بر اساس آزمون K/S، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های
میانگین، t مستقل، همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA یک طرفه) تجزیه و تحلیل شدند. مقدار p کمتر از ۰,۰۵
معنی دار در نظر گرفته شد. از ۱۵۰ شرکت کننده، ۴۸ نفر (۳۲٪) مرد و ۱۰۲ نفر (۶۸٪) زن بودند. میانگین کل نمره نگرش $67 \pm 10/4$ بود

⁵ pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

⁶ sid.ir

⁷ scholar.google.com

⁸ sciencedirect.com

⁹ حضور اعضای خانواده در هنگام احیا

۱ نگرش	0
۱ هوش هیجانی	1
۱ احیای قلبی ریوی	2
۱ نگرش پرستاران	3
۱ Physicians attitude	4

نمرات کسب شده توسط پرستاران از ۳۲ تا ۱۰۰ بود). میانگین کل نمره اعتماد به نفس $11/7 \pm 53/86$ بود (امتیازهای کسب شده توسط پرستاران بین ۲۳ تا ۸۱ بود). آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نگرش پرستاران نسبت به حضور اعضای خانواده در حین احیای قلبی ریوی و اعتماد به نفس آن‌ها رابطه منفی معناداری وجود دارد ($r = -0.451$, $p = 0.001$). مطالعه نشان داد که پرستاران با اعتماد به نفس بالاتر نگرش مثبت تری نسبت به حضور اعضای خانواده در حین احیای قلبی ریوی دارند (۵۹).

۳- بلالی^۵ و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای مقطعی با عنوان عوامل مرتبط با نگرش متخصصان بهداشتی بخش اورژانس نسبت به حضور خانواده در طی احیا بزرگسالان در بیمارستان‌های یونان انجام دادند. معیارهای ورود به مطالعه حداقل ۱ سال سابقه کار در اورژانس و وضعیت اشتغال دائم بود. ۱۱۶ پزشک و ۱۸۹ پرستار به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای ۴ بخشی شامل ویژگی‌های دموگرافیک (۶ مورد)، تجربه مشارکت قبلی در FPDR (۱۱ سؤال)، باورهای متخصصان بهداشت در مورد مشکلات احتمالی ناشی از حضور خانواده (۱۱ سؤال) و مزایای بالقوه FPDR برای بیماران، خانواده‌ها و متخصصان بهداشت (۱۵ سؤال) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آماره‌های من ویتنی، t مستقل و کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. نتایج نشان داد که ۶۵/۹ درصد از متخصصان بهداشت بخش اورژانس تجربه‌ای مثبت از حضور اعضای خانواده بیماران در حین احیا دارند. این در حالی بود که فقط ۲/۳ درصد شرکت کنندگان در بیمارستان‌هایی کار می‌کردند که اجازه حضور اعضای خانواده را می‌دادند. موقعیت منطقه‌ای بیمارستان، تجربه مثبت قبلی از حضور اعضای خانواده، و شایستگی در حمایت از اعضای خانواده در طول FPDR به طور مستقل با نگرش مثبت همراه بود. علل اصلی مخالفت تیم احیا نگرانی متخصصان بهداشت در مورد دعاوی قضایی (۹۷/۷٪)، ایجاد PTSD در اعضای خانواده (۹۷٪)، استرس تیم احیا (۹۶/۱٪) و ازدحام بیش از حد اتاق احیا (۹۶/۱٪) بود (60).

۴- ابوزید^۶ و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای مقطعی با عنوان دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در مورد حضور خانواده در حین احیای قلبی ریوی در بخش‌های اورژانس در کشور بحرین انجام دادند. در این مطالعه مقطعی داده‌ها از ۱۴۶ ارائه دهنده خدمات سلامت (پزشکان و پرستاران) با استفاده از یک پرسشنامه‌ی الکترونیکی پژوهشگر ساخته جمع‌آوری و توسط نرم افزار SPSS ۲۱ تحلیل شد. نتایج نشان داد که ۷۶ درصد نمونه‌ها با مفهوم حضور خانواده در طی احیای قلبی ریوی آشنا بوده و ۶۴ درصد ایشان این موضوع را تجربه کرده اند. نتایج آزمون من ویتنی تفاوت معناداری بین پزشکان و پرستاران در مورد این موضوع را نشان داد به طوری که ۵۳/۷ درصد پزشکان و ۲۱/۶ درصد پرستاران از اجرای برنامه‌ی رضوخ خانواده در طی احیا حمایت کردند. پزشکان (۷۱/۶٪) نسبت به پرستاران (۴۸/۱٪) بیشتر موافق بودند که FPDR اعضای خانواده را در مورد پیشرفت احیا به روز نگه می‌دارد. بیشتر پزشکان با این موضوع که باید گزینه حضور بر بالین بیمار برای همراهان وجود داشته باشد موافق بودند، در حالی که ۶۵/۸ پرستاران با این موضوع مخالف بودند. به طور کلی نتایج نشان داد که مراقبین در مورد حضور خانواده در طی احیا دارای دیدگاه حمایتی هستند، هرچند که این حمایت بیشتر از جانب پزشکان مطرح شد (۶۱).

۵- البشیشه^۷ و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای با عنوان ویژگی‌های مرتبط با نگرش پزشکان نسبت به حضور خانواده در حین احیای قلبی ریوی بزرگسالان در عربستان انجام دادند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته با استفاده از ایمیل از ۵۸۴ پزشک انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده در این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون کای اسکور و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۸۰٪ از پزشکان با FPDR در حین احیای قلبی ریوی مخالفت هستند. اکثر آنها معتقد بودند که FPDR می‌تواند منجر به کاهش فضای کنار تخت، حواس‌پرتی کارکنان، اضطراب عملکرد، تداخل در مراقبت از بیمار و نقض حریم خصوصی شود. آنها همچنین FPDR را به عنوان مشکلی در احیای قلبی ریوی و توقف و بیهوده شدن احیا، آسیب روانی به اعضای خانواده، استرس حرفه‌ای در بین کارکنان، و دعاوی مربوط به قصور مطرح می‌شود. بیش از ۷۷/۹ درصد موافق بودند که FPDR نمی‌تواند در کاهش اضطراب خانواده در مورد وضعیت بیمار یا رفع تردید آنها در مورد مراقبت ارائه شده، بهبود حمایت خانواده و مشارکت در مراقبت از بیمار، یا افزایش حرفه‌ای بودن کارکنان مفید باشد (۳۹).

1 Bellali T	5
1 Abuzeyad FH	6
1 Al Bshabshe	7

۶- مسعودی^۱ و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای با عنوان ارتباط هوش هیجانی پرستاران با تصمیم‌گیری بالینی در شهرکرد پرداختند. در این مطالعه ۲۶۹ پرستار با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن حداقل مدرک کاردانی و یک سال سابقه کار بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، هوش هیجانی شرینگ^۲ و تصمیم‌گیری بالینی جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS و آماره‌های واریانس یک طرفه و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. نتایج و تجزیه تحلیل یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کل تصمیم‌گیری بالینی پرستاران ۶۷/۱۸ است، که به عبارتی تصمیم‌گیری بالینی افراد شهودی بوده است. در این مطالعه میانگین نمره کل هوش هیجانی پرستاران ۱۱۰/۵۶ (سطح خوب) بود که آنها در میان ابعاد هوش هیجانی، بیشترین میانگین نمره را در بعد خودآگاهی کسب کرده‌اند. همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمره هوش هیجانی برحسب سن (p=0/0001)، سابقه کار (p=0/038) و تحصیلات (p=0/01) تفاوت معنی‌داری دارد. یافته‌ها نشان داد که بین هوش هیجانی و تصمیم‌گیری بالینی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (۶۲).

۷- دیکن^۳ و همکاران (۲۰۲۱) پژوهشی تحت عنوان حضور خانواده در حین احیا: نیازسنجی آموزش، سیاست گذاری و نظرات در کانادا انجام دادند. در این پژوهش پرسشنامه‌ای طرح شد که شامل موضوعات در دسترس بودن آموزش در ارتباط با حضور اعضای خانواده حین احیا، خط مشی های بیمارستانی، درک کارکنان از نحوه اجرا حضور اعضای خانواده حین احیاءر موسسه خود و مزایا و چالش‌های این حضور بود. ۶۳۵ متخصص بهداشتی شامل پزشکان، پرستاران و سایر تیم درمان در مطالعه شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از نرم افزار RedCAPTM استفاده شد. برای آزمایش تفاوت‌های معنی‌دار بین گروه‌ها، از روش‌های تحلیل کمی، از جمله آزمون مجذور کای، آزمون t، آنالیز همبستگی و تحلیل واریانس^۴ استفاده شد. تنها ۴۶/۳٪ شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که در یک دوره آموزشی که شامل نحوه مدیریت FPDR بوده شرکت کرده‌اند با این وجود ۹۲٪ خواهان آموزش بودند و ۱۱٪ افراد از سیاست موسسه خود در ارتباط با FPDR اطلاع داشتند و ۶۲/۹٪ اظهار کردند که خواهان این سیاست اند. ۸۸٪ موافق حضور خانواده‌ها در هنگام احیا بودند و ۸۸/۶٪ افراد باور داشتند که حتما یکی از اعضای تیم احیا باید به طور اختصاصی وظیفه مراقبت از اعضای خانواده را برعهده داشته باشد (۶۳).

نقد کلی: حضور اعضای خانواده در طول احیا دارای بار روانی برای همراهان بوده و تأثیرات مثبت و منفی مختلفی دارد. باتوجه به موضوع کل‌نگری در امر درمان و مراقبت بیماران، درخواست‌ها برای حضور خانواده حین احیای قلبی‌ریوی افزایش یافته است. علاوه بر این با توجه به بررسی‌های صورت‌گرفته به نظر می‌آید هوش هیجانی در مدیریت شرایط تصمیم‌گیری‌های افراد می‌تواند تأثیرگذار باشد. مطالعات مذکور به دلیل انتخاب جامعه محدود و همچنین واردکردن جامعه کوچکی از پزشکان و پرستاران باعث محدودیت برای شناسایی تفاوت‌ها در نگرش بین پزشکان و پرستاران شده است که در مطالعه پژوهشگر این محدودیت برطرف شده است. جدای از این هوش هیجانی به‌عنوان متغیری مهم در مطالعات مختلف در زمینه حضور خانواده حین احیای قلبی‌ریوی مطرح نشده است؛ و پژوهشگران به مطالعه‌ای که هوش هیجانی را در زمینه نگرش به حضور خانواده بررسی نماید، دست نیافتند. لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط هوش هیجانی با نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به حضور اعضای خانواده در حین احیای قلبی‌ریوی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر قزوین طراحی شد.

1 Kobra Masoudi	8
1 Shering	9
2 Deacon, A	0
2 Analysis of variance	1