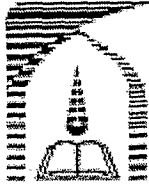


۲۵/۱۰

کتابخانه

۹۷۴۰۹



دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری
(گرایش مدیریت پرستاری)

عنوان:

بررسی تأثیر مدیریت احیاء قلبی، ریوی و مغزی در بیمارستان بر پیامدهای
ناشی از احیاء

دانشجو

امیر سالاری

استاد راهنما

دکتر زهرا ونکی

استاد مشاور

دکتر فضل‌ا... احمدی

زمستان ۱۳۸۶

۹۶۴۳۹

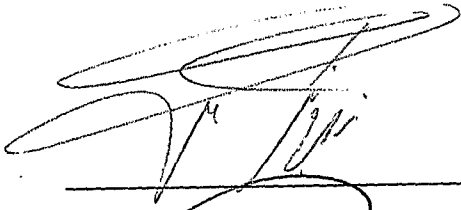
اطلاعات درج شده در این سند
توسط سیستم آرک

۱۳۸۷ / ۱۲ / ۲۸

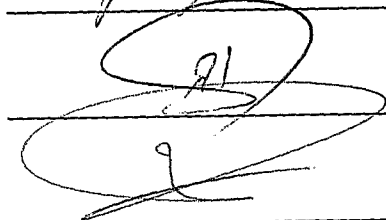
فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مندرج در پایان نامه کارشناسی ارشد»

بدینوسیله پایان نامه کارشناسی ارشد آقای امیر سالاری رشته: آموزش پرستاری گرایش: تقدیم می شود. اینجانبان نسخه نهائی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوی بررسی و تأیید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنیم.

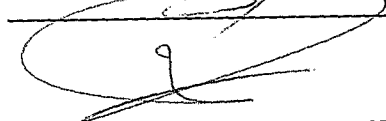
نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:
سرکار خانم دکتر زهره ونکی (استاد راهنما)



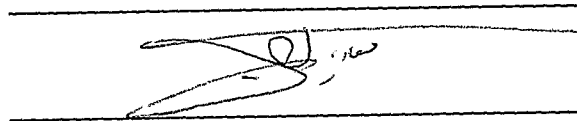
جناب آقای دکتر فضل اله احمدی (استاد مشاور)



جناب آقای دکتر عیسی محمدی (نماینده تحصیلات تکمیلی)



خانم دکتر مهرنوش بازارگادی (استاد ناظر)



خانم دکتر ربابه معاریان (استاد ناظر)



آیین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، متین بخشی از فعالیتهای علمی- پژوهشی دانشگاه است بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموزان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله)ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر دفتر نشر آثار علمی دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از بزرگ شناسنامه)، عبارات ذیل را چاپ کند.
کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد/ رساله دکتری نگارنده در رشته ... است که در سال ۱۳۸۶... در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی ... مشاوره ... از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به دفتر نشر آثار علمی دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور، در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب ... دانشجوی رشته ... مقطع ... تعهد فوق و ضوابط اجزایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی
تاریخ و امضا
۸، ۲، ۸۷

دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

ماده ۱ - حقوق مادی و معنوی پایان نامه ها / رساله های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هرگونه بهره برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین نامه ها و دستورالعمل های مصوب دانشگاه باشد.

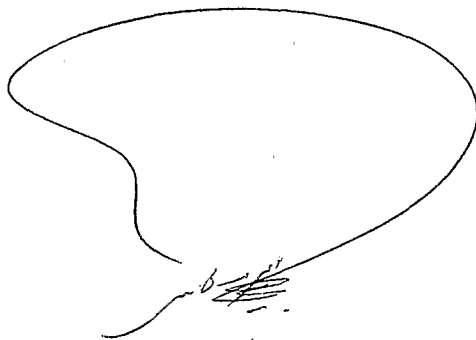
ماده ۲ - انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه / رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی می باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما نویسنده مسئول مقاله باشند.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل ای پایان نامه / رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه رج شود.

ماده ۳ - انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان نامه / رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آیین نامه های مصوب انجام می شود.

ماده ۴ - ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان نامه / رساله و تمامی طرح های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵ - این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۲/۲/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم الاجرا است و هرگونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.



۸۴ / ۲ / ۱۸

”وَمِنَ أَحْيَاءِ فَأَكْمَأُ أَحْيَاءِ النَّاسِ جَمِيعًا“

هر کس نفسی را حیات بخشد

(از مرگ نجات دهد) مثل آن است

که همه مردم را حیات بخشد است.

قران کریم، سوره مائده، آیه ۳۲

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم

آنانکه مرا با قلم آشنایی دادند و بهترین و شیرین‌ترین لحظات زندگی خود را برای تعلیم و تربیت من صرف کردند و به من آموختند که برای کسب علم می‌بایست چون فرهاد، تیشه بر پا و سرزد تا بتوان به مقصد که همانا کسب فضیلت و دانش و بکارگیری آن در مسیر الهی است، نائل شوم.

تقدیم به انسانهای مقدسی که توانشان رفت تا من به توانایی رسم و مویشان سپیدی گرفت تا من رو سپید بمانم.

تقدیم به تمامی پرستاران، تکنسینهای فوریت‌های پزشکی و احیاگرانی که شبانه روز در جهت اعتلای سلامت جامعه و نجات جان بیماران و آسیب دیدگان از هیچ کوششی دریغ نمی‌کنند.

من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق

سپاس و ستایش پروردگار متعال که زبان را ترانه سرای روان قرار داد و قلم را صحیفه نویس ارزش ملکوتی آن. آنچه از زبان تراوش می کند چکیده اندیشه است و آنچه از قلم بر دفتر به یادگار می ماند، تبلور اندیشه و احساس و این چنین است که قلم را رسالتی است بس عظیم. منت و سپاس خدای را عزوجل که به این حقیر توانایی عطا فرمود تا از عهده انجام چنین کاری برآیم.

بی شک ره توشه من در انجام این کار، لطف سروران فرزانه، عزیزان و فرهیختگانی است که بر خود لازم می دانم از زحمات و رهنمودهای ارزنده و والایشان مراتب سپاس و تشکر خود را ابراز نمایم.

در ابتدا استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر زهره ونکی

استاد مشاور ارجمند و بزرگوار جناب آقای دکتر فضل ا... احمدی

استاد مشاور ارجمند و بزرگوار جناب آقای دکتر ابراهیم حاجی زاده

مدیر گروه محترم پرستاری جناب آقای دکتر عیسی محمدی

در ضمن از کلیه دانشجویان و اساتید گروه پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، که محیط مناسبی را جهت رشد و ارتقاء علمی اینجانب مهیا ساختند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم.

پژوهشگر بر خود واجب می داند که از همکاری و مساعدتهای صمیمانه مسئولین و پرسنل زحمتکش پرستاری بیمارستان آیت ا... طالقانی تشکر و قدردانی کند.

از حضرت پروردگار سبحان برای تمامی این عزیزان صحت و توفیق روز افزون را مسئلت دارم.

چکیده:

مقدمه: در حال حاضر درصد ناچیزی از عملیات احیاء موفق بوده و منجر به بقاء بیماران می‌شود. لذا، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مدیریت احیاء قلبی، ریوی و مغزی در بیمارستان بر پیامدهای ناشی از احیاء انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه بصورت نیمه تجربی و از نوع قبل و بعد انجام گردید. در مرحله قبل (۸۰) بیمار در یک بیمارستان منتخب آموزشی در شهر تهران که تحت عملیات احیاء قرار گرفته بودند، از نظر پیامدهای کوتاه و بلند مدت احیاء مورد بررسی قرار گرفتند. سپس فرایند مدیریت احیاء قلبی، ریوی و مغزی به مدت (۵ ماه) با ایجاد تغییر در سازماندهی تیم احیاء و تشکیل کمیته احیاء، ایجاد نقش سوپروایزر احیاء، تغییر در شرح وظایف اعضای تیم احیاء، تغییر در فرم ثبت و گزارش عملیات احیاء، تغییر در شیوه نظارت و کنترل توسط سوپروایزران، آموزش و بهسازی پرستاران با جدیدترین دستورالعمل‌های احیاء انجام شد. پس از تثبیت این سیستم جدید، دوباره پیامدهای ناشی از احیاء در مورد (۸۰) بیمار دیگر بررسی شد. ابزار گردآوری در این مطالعه، فرم استاندارد Utstein برای ثبت پیامدهای کوتاه و بلند مدت عملیات احیاء بود. بیماران نیز در دو مرحله قبل و بعد از نظر متغیرهایی چون؛ سن، جنس، زمان، محل و علت وقوع ایست قلبی همسان بودند.

نتایج: پس از آنالیز داده‌ها با نرم افزار Spss، نتایج نشان دادند که پیامد کوتاه مدت از ۱۸/۸٪ (قبل) به ۳۱/۳٪ (بعد) و پیامد بلند مدت نیز از صفر (قبل) به ۲/۵٪ (بعد) از مداخله افزایش داشت. بطور کلی بعد از مداخله (۶۶/۳٪) موارد احیاء بیماران ناموفق؛ (۳۱/۳٪) آنها بطور کوتاه مدت موفق بوده و (۲/۵٪) آنها منجر به بقاء بلند مدت شده و بیماران با عملکرد مغزی متوسط تا مطلوبی از بیمارستان ترخیص شدند. این نتایج با مرحله قبل تفاوت معناداری داشت. بدین ترتیب، فرضیه پژوهش با ($p < 0/05$) تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری: اجرای فرایند مدیریت احیاء می‌تواند به عنوان الگویی برای عملکرد مدیران مراکز بهداشتی- درمانی، جهت افزایش میزان بقاء بیماران پس از عملیات احیاء استفاده شود.

کلید واژه‌ها: مدیریت احیاء قلبی، ریوی و مغزی- زنجیره بقاء- پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت

احیاء

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
-------	------

فصل اول

مقدمه ۱

فصل دوم

۱-۲. چهارچوب پنداشتی ۷

۱-۱-۲. احیاء قلبی، ریوی و مغزی ۷

۱-۱-۱-۲. پیامدهای کوتاه مدت احیاء ۱۰

۲-۱-۱-۲. پیامدهای بلند مدت احیاء ۱۰

۲-۱-۲. مدیریت احیاء در بیمارستان ۱۱

۲-۲. مروری بر مطالعات ۲۸

فصل سوم

۱-۳. مواد و روشها ۴۰

۱-۱-۳. اهداف پژوهش ۴۰

۱-۱-۱-۳. هدف کلی ۴۰

۲-۱-۱-۳. اهداف ویژه ۴۰

۲-۱-۳. فرضیه‌ها ۴۰

۳-۱-۳. تعریف واژه‌ها ۴۰

۱-۳-۱-۳. احیاء قلبی، ریوی و مغزی ۴۰

۲-۳-۱-۳. پیامدهای کوتاه مدت احیاء ۴۱

۳-۳-۱-۳. پیامدهای بلند مدت احیاء ۴۲

۴-۳-۱-۳. مدیریت احیاء در بیمارستان ۴۲

۴-۱-۳. پیش فرضهای پژوهش ۴۳

- ۴۳ ۵-۱-۳. ابزار گردآوری داده‌ها
- ۴۴ ۶-۱-۳. تعیین اعتبار و اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها
- ۴۴ ۷-۱-۳. روش گردآوری داده‌ها
- ۴۴ ۲-۳. روش پژوهش
- ۴۴ ۱-۲-۳. نوع پژوهش
- ۴۵ ۲-۲-۳. محیط پژوهش
- ۴۵ ۳-۲-۳. جامعه پژوهش
- ۴۵ ۴-۲-۳. نمونه پژوهش
- ۴۵ ۵-۲-۳. ویژگیهای نمونه پژوهش
- ۴۶ ۶-۲-۳. تعداد نمونه
- ۴۶ ۷-۲-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
- ۴۶ ۸-۲-۳. روش کار
- ۵۱ ۹-۲-۳. محدودیتهای پژوهش
- ۵۱ ۱۰-۲-۳. ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم

- ۵۲ ۱-۴. یافته‌های پژوهش
- ۷۶ ۲-۴. بحث و بررسی یافته‌های پژوهش
- ۸۰ ۳-۴. نتیجه‌گیری نهایی
- ۸۱ ۴-۴. کاربرد یافته‌های پژوهش در پرستاری
- ۸۲ ۵-۴. پیشنهاداتی برای پژوهشهای بعدی
- ۸۳ منابع

ضمائم

چکیده انگلیسی

فهرست جداول

- جدول ۱-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران برحسب شیفت کاری در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۲
- جدول ۲-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران برحسب جنس در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۳
- جدول ۳-۴. تفاوت میانگین و انحراف معیار سن بیماران در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۴
- جدول ۴-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران برحسب مکان وقوع ایست قلبی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۵
- جدول ۵-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران برحسب علت وقوع ایست قلبی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۶
- جدول ۶-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران برحسب شاهد یا غیر شاهد بودن ایست قلبی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۷
- جدول ۷-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس ریتم اولیه قلبی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۸
- جدول ۸-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس نوع ریتم اولیه قلبی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۵۹
- جدول ۹-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس انجام یا عدم انجام احیاء قلبی- ریوی توسط پرسنل بخش قبل از رسیدن تیم احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۰
- جدول ۱۰-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس نوع اقدامات صورت گرفته احیاء قلبی- ریوی توسط پرسنل بخش قبل از رسیدن تیم احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۱
- جدول ۱۱-۴. تفاوت میانگین و انحراف معیار فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا زمان رسیدن تیم احیاء بر بالین بیمار (فاصله زمانی اول) در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۲
- جدول ۱۲-۴. تفاوت میانگین و انحراف معیار فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا زمان دادن اولین شوک (فاصله زمانی دوم) در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۳
- جدول ۱۳-۴. تفاوت میانگین و انحراف معیار فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا زمان لوله گذاری داخل تراشه (فاصله زمانی سوم) در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۴
- جدول ۱۴-۴. تفاوت میانگین و انحراف معیار فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا زمان خاتمه عملیات احیاء (طول مدت احیاء) در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۵
- جدول ۱۵-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس نتایج پیامدهای کوتاه مدت احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۶
- جدول ۱۶-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس نتایج پیامدهای بلند مدت احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۷
- جدول ۱۷-۴. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس نتایج نهایی احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۸

- جدول ۴-۱۸. توزیع فراوانی و نسبی بیماران براساس طبقه بندی عملکرد مغزی در هنگام ترخیص در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۶۹
- جدول ۴-۱۹. توزیع فراوانی و نسبی نتایج احیاء قلبی - ریوی بیماران بر حسب متغیرهای سن، جنس، شیفت کاری و شاهد بودن ایست قلبی- تنفسی و رابطه این متغیرها با نتایج نهایی احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۷۰
- جدول ۴-۲۰. توزیع فراوانی و نسبی نتایج احیاء قلبی- ریوی بیماران بر حسب متغیرهای محل وقوع ایست قلبی، علت وقوع ایست قلبی، نوع ریتم اولیه قلبی و قابل شوک بودن ریتم اولیه و رابطه این متغیرها با نتایج نهایی احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۷۲
- جدول ۴-۲۱. توزیع فراوانی و نسبی نتایج احیاء قلبی - ریوی بیماران بر حسب متغیرهای زمانی فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا زمان رسیدن تیم احیاء، فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا زمان دادن اولین شوک قلبی، فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا زمان لوله گذاری داخل تراشه و فاصله بین زمان وقوع ایست قلبی تا خاتمه عملیات احیاء و رابطه این متغیرها با نتایج نهایی احیاء در دو مرحله قبل و بعد از مداخله..... ۷۴

فصل اول

مقدمه

"من قتل نفسا بغير نفس او فساد فی الارض فکانما قتل الناس جميعا و من احياها فکانما احيا الناس جميعا": هر کس نفسی را بدون حق و یا این که فساد و فتنه‌ای در زمین کرده باشد، بکشد مثل آن باشد که همه مردم را کشته و هر کس نفسی را حیات بخشد (از مرگ نجات دهد) مثل آن است که همه مردم را حیات بخشیده است. "قران کریم، سوره مائده آیه ۳۲"

کلود بک^۱: «ای دریغ از قلبهایی که مردنشان حیف است.»^۲

پیتر سفر^۳: «ای دریغ از مغزهایی که مردنشان حیف است.»^۴ [۱،۲].

ایست قلبی - تنفسی بی‌گمان یکی از خطرترین وضعیت‌هایی است که نیاز به اقدام فوری و سنجیده جهت حفظ حیات و پیشگیری از ضایعات جبران ناپذیر سیستم‌های حیاتی بدن دارد. از آن جایی که این اقدامات بر اساس پروتکل‌های خاصی صورت می‌گیرد و لازمه اجرای آن کسب دانش زمینه‌ای، مهارت و تجربه فرد احیاگر می‌باشد، لذا مدیریت، استانداردسازی و آموزش فرایند احیاء قلبی - ریوی اهمیت زیادی دارد [۳،۴].

سالانه ۲ میلیون نفر در آمریکا می‌میرند که ۲۵٪ آن در نتیجه پاتوفیزیولوژی حاد می‌باشد. این موارد قبل از کهولت سن و در غیاب بیماری لاعلاج روی می‌دهند، از این تعداد حدود ۲۵۰ هزار نفر تحت عملیات احیاء قلبی - ریوی قرار می‌گیرند، عده زیادی از آنها فوت شده و عده زیادی هم دچار ضایعات شدید و برگشت ناپذیر می‌شوند. هدف از احیاء قلبی - ریوی کاهش این گونه مرگ و میرها و جلوگیری از بروز این عوارض می‌باشد. در حال حاضر فقط ۱۰ درصد موارد احیاء داخل یا خارج از بیمارستان موجب بقاء طولانی مدت بیماران می‌شود. در بهترین حالت تنها ۲۰ درصد موارد احیاء در خارج از بیمارستان باعث بقاء بیماران می‌شود که به نظر می‌رسد این مقدار در داخل بیمارستان کمتر نیز باشد [۲].

بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۰۶ هیچ گونه آمار ملی و قابل اعتمادی در مورد احیاء قلبی - ریوی و پیامدهای آن وجود ندارد، زیرا هیچ سازمان و آژانس واحدی اطلاعاتی در مورد تعداد بیمارانی که احیاء می‌شوند، بیمارانی که علیرغم نیاز احیاء نمی‌شوند و میزان بقاء بیماران

¹-Clud Beck

²-hearts too good to die

³-Peter Safar

⁴- brains too good to die

بعد از ایست قلبی را جمع آوری نمی‌کند. مطالعات زیادی که در این زمینه صورت گرفته است اعداد و ارقام متفاوتی را در مورد میزان بقاء بیماران و پیامدهای ناشی از احیاء نشان می‌دهند [۵]. در ایالات متحده سالانه ۳۳۵۰۰۰ نفر دچار ایست قلبی خارج از بیمارستان می‌شوند و تخمین زده می‌شود مشابه با همین مقدار در خلال بستری شدن در بیمارستان ایست قلبی رخ می‌دهد [۵،۶،۷].

میزان بقاء بعد از ایست قلبی ناگهانی در ایالات متحده ۵ درصد می‌باشد و پیش بینی می‌شود با افزایش میزان بقاء از ۵ به ۱۵ درصد سالانه ۳۶۰۰۰ نفر از مرگ نجات می‌یابند و مقادیر زیادی از هزینه‌های درمانی کاسته می‌شود [۵].

بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۰۶ شروع سریع احیاء قلبی-ریوی، دفیبریلاسیون در عرض ۳-۵ دقیقه بعد از ایست قلبی بیمار به همراه شروع سریع حمایت‌های پیشرفته حفظ حیات باعث افزایش میزان بقاء و پیامدهای بلند مدت بیماران به بیش از ۵۰٪ در بیماران با ایست قلبی شاهد و باریتم اولیه فیبریلاسیون بطنی می‌شود. به ازای هر ۱ دقیقه تأخیر در انجام دفیبریلاسیون ۷-۱۰ درصد از میزان بقاء بیماران کاسته می‌شود [۵،۸].

ایست قلبی دلیل اصلی مرگ ناگهانی قلبی می‌باشد. در کشورهای صنعتی میزان مرگ ناگهانی قلبی بیشتر بوده و بین ۱ تا ۲ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بزرگسال می‌باشد. در ایالات متحده میزان بروز مرگ ناگهانی قلبی متجاوز از سایر علل مرگ و میر مثل سندرم نقص ایمنی اکتسابی، سرطان سینه و پروستات، حوادث جاده‌ای و تصادفات می‌باشد. مهم‌ترین علت ایست قلبی ناگهانی در بزرگسالان بیماری عروق کرونر می‌باشد. میزان بروز ایست قلبی در بیماران بستری در حدود ۳ تا ۴ درصد در هر ۱۰۰۰ بزرگسال بستری شده در بیمارستان است، که بر اساس کیفیت احیاء قلبی-ریوی فقط ۲۰ تا ۵۰ درصد به طور موفق احیاء شده و یا از بیمارستان مرخص می‌شوند. به عبارت دیگر خطر مرگ در اثر ایست قلبی در بیماران بستری به میزان ۵۰ تا ۸۰ درصد بوده و علیرغم تغییرات زیاد در زمینه مدیریت احیاء قلبی-ریوی این میزان در خلال ۴۰ سال گذشته تغییری نکرده است [۸].

بسیاری از بیمارستانها یک تیم احیاء قلبی-ریوی دارند که با استفاده و بهره‌گیری از تکنولوژی پیشرفته و پروتکل‌های استاندارد در هنگام وقوع ایست قلبی-تنفسی وارد عمل می‌شوند. اما با این وجود میزان بقاء بیماران و ترخیص آنها از بیمارستان بعد از ایست قلبی-تنفسی به میزان ۱۴/۷٪ در ایالات متحده و ۱۶/۷٪ در انگلستان در طی ۳۰ سال ثابت باقی مانده است [۹].

در کشور ما هم در تحقیقات انجام شده در زمینه احیاء میزان مرگ و میر بعد از احیاء بیش از ۹۰٪ و میزان ترخیص بیماران از بیمارستان کمتر از ۷٪ گزارش شده است [۱۰،۱۱].

ایست قلبی - تنفسی یکی از مواردی است که بطور غیر منتظره در هر زمان و مکانی اتفاق می‌افتد و نیمی از تمامی مرگ و میرها ناشی از آن می‌باشد. اگرچه بسیاری از این موارد را می‌توان با شروع سریع احیاء نجات داد. به عبارت دیگر میزان بقاء بیماران و بهبود پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت بیماران بعد از احیاء به شروع سریع احیاء و انجام مداخلات پیشرفته قلبی وابسته می‌باشد، که در واقع همان توالی مراحل زنجیره بقاء که شامل شناسایی بیماران بدحال به منظور جلوگیری از وقوع ایست قلبی، دسترسی سریع و اولیه به بیمار، شروع سریع احیاء و اقدامات پایه حیات، دفیبریلاسیون به موقع بیمار، انجام اقدامات پیشرفته حیات و مراقبتهای پس از احیاء می‌باشد [۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸].

گزارشات میزان بقاء بیماران بعد از احیاء قلبی - ریوی در داخل بیمارستان را کمتر از میزان بقاء در خارج از بیمارستان نشان می‌دهند. تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهند که پیش‌آگهی ضعیف بیماران بستری شده به علت اختلالات حاد دستگاه گردش خون، دستگاه تنفس، دستگاه عصبی و اختلالات بدخیم می‌باشد. سن، کاهش فشارخون، ازوتمی، پنومونی و سبک زندگی هم به عنوان متغیرهای غیر وابسته و عوامل پیشگویی کننده میزان مرگ و میر بعد از احیاء در بیمارستان نشان داده شده‌اند. هم چنین عللی مانند دانش و مهارت ضعیف پرسنل بهداشتی - درمانی و کمبود برنامه‌های آموزشی در مورد احیاء قلبی - ریوی نیز در ارتباط با میزان موفقیت پایین احیاء قلبی - ریوی در بیمارستان مطرح می‌باشند [۱۰].

روشن است که موفقیت طولانی مدت احیاء قلبی - ریوی در گرو فاکتورها و عوامل متعددی است که بصورت حلقه‌های یک زنجیر به هم مربوط می‌باشند. برخی از این فاکتورها عبارتند از: وجود بیماریهای زمینه‌ای، وضعیت قلبی بیمار، علت ایست قلبی، مدت زمان ایست قلبی قبل از شروع احیاء، مدت زمان احیاء، نحوه انجام فازها و مراحل مختلف احیاء، اقدامات مراقبتی بعد از احیاء و سرانجام توانبخشی مجدد بیمار. لذا می‌توان چنین نتیجه گرفت که تاثیر مراحل مختلف احیاء قلبی - ریوی بر سرنوشت بیمار بستگی تام به سرعت شروع احیاء و کیفیت انجام آن دارد [۱، ۲].

از آنجا که درمان ایست قلبی و پروتکل‌های آن کماکان در حال تغییر و تحول است و میزان بقاء هر بیمار مستلزم عملکرد مناسب، سریع و هماهنگ احیاگران می‌باشد. بنابراین جهت به حداکثر رساندن میزان بقاء در سراسر جامعه باید ارزیابی دقیق تمامی زنجیره بقاء با استفاده از معیارهای استاندارد در مورد اندازه‌گیری عملکرد انجام شود. مسئله مهم در دهه‌های آینده بیان و تثبیت این ساختار و زیربنا و نیز هدایت بررسی‌های بالینی کنترل شده، آینده‌نگر و چند مکانی می‌باشد، تا عوامل کلیدی بهبود دهنده میزان بقاء بیماران بعد از ایست قلبی در هر جامعه‌ای را بهتر مشخص کند.

بنابراین اهمیت و ضرورت تحقیقات در زمینه احیاء قلبی- ریوی، مدیریت و استاندارد سازی این فرایند ضروری به نظر می‌رسد [۳].

در خلال سالهای اخیر مدیریت احیاء قلبی- ریوی در داخل بیمارستان بسیار مورد توجه قرار گرفته است و این امر را می‌توان به گسترش مدل Utstein در سال ۱۹۹۷ که یک قالب و الگوی استاندارد برای ثبت و گزارش موارد احیاء در بیمارستان می‌باشد، نسبت داد [۱۹].

مؤسسات بهداشتی- درمانی اعم از بیمارستانها موظفند که خدمات و امکانات ارائه احیاء قلبی- ریوی مؤثر و با کیفیت را فراهم کنند و از اینکه تمامی پرسنل بهداشتی- درمانی در تمام رده‌ها آموزش منظم و به روز را برای نگهداری و ارتقاء سطح صلاحیت‌هایشان دریافت می‌کنند، مطمئن شوند. این موارد نیازمند فراهم‌شدن تجهیزات و وسایل مناسب، تدوین برنامه‌های آموزشی، مدیریت، سازماندهی، برنامه‌ریزی مالی، ارزشیابی مداوم استانداردهای احیاء و نتایج حاصل از احیاء قلبی- ریوی می‌باشد. پیامدهای ناشی از احیاء بعد از ایست قلبی کماکان ضعیف و نگران کننده می‌باشد و این امر اهمیت و ضرورت این مسأله و لزوم توجه بیش از پیش مؤسسات بهداشتی را به مدیریت احیاء قلبی- ریوی نشان می‌دهد [۲۰].

با توجه به کمبود استانداردهای مشخص و توجه ناکافی به مدیریت و استاندارد سازی احیاء قلبی- ریوی در بیمارستانهای کشور، اهمیت توجه و رسیدگی به این فرایند مهم و نجات بخش بسیار واضح و مبرهن است.

وضعیت حاضر در مورد مدیریت و استانداردسازی احیاء قلبی- ریوی در بیمارستانهای کشور نامشخص و نگران کننده است و سیاست‌گذاری و مدیریت واحدی در مورد احیاء قلبی- ریوی در بیمارستانهای کشور به چشم نمی‌خورد، به گونه‌ای که بسیاری از دستورالعملها و استانداردها در مورد احیاء بسیار قدیمی بوده و هنوز بر اساس تغییرات جدید بازبینی نشده است. همچنین آمار و ارقام مشخصی هم در مورد میزان بقاء بیماران و پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت بعد از احیاء بیماران در بیمارستانها وجود ندارد، که البته این امر بدلیل فقدان یک فرم استاندارد و معتبر جهت ثبت و گزارش موارد احیاء در بیمارستانهای کشور و توجه ناکافی و رسیدگی کم به کیفیت و چگونگی احیاء قلبی- ریوی صورت گرفته، توسط مدیران و مسئولان بهداشتی- درمانی کشور می‌باشد. با توجه به اهمیت و ارزش احیاء قلبی- ریوی در نجات جان بیماران و شیوع زیاد ایست قلبی- تنفسی در بیمارستانها توجه و رسیدگی به امر مدیریت و استانداردسازی احیاء قلبی- ریوی و تهیه و تدوین سیاستها، دستورالعملهای واحد و برنامه‌های آموزشی برای تمامی پرسنل بهداشتی- درمانی امری واجب و ضروری به نظر می‌رسد.

در تعداد زیادی از مطالعات منتشر شده در زمینه احیاء قلبی- ریوی از قالب و الگوی Utstein که مورد تأیید انجمن قلب آمریکا و سایر انجمن‌های معتبر در زمینه احیاء می‌باشد، برای جمع آوری و ثبت اطلاعات استفاده شده است [۲۱].

هیچ تحقیقی در ایران در مورد احیاء قلبی- ریوی و پیامدهای آن مشاهده نگردید که از این الگو برای جمع آوری اطلاعات و ثبت موارد احیاء در بیمارستان استفاده کرده باشد. بنابراین ارزش و اهمیت تحقیق در زمینه احیاء بر اساس این الگوی استاندارد به مانند سایر تحقیقات مشابه بین المللی بسیار بدیهی به نظر می‌رسد.

دانش و مهارت ضعیف پرسنل پزشکی و پرستاری به دنبال آموزشهای احیاء قلبی- ریوی در ۲۰ سال گذشته نشان دهنده کمبود استانداردسازی در زمینه آموزش و فقدان یک الگوی مناسب برای آموزش احیاء می‌باشد. آموزش احیاء قلبی- ریوی برای پرسنل پرستاری اجباری است و تاکنون روشهای زیادی برای بهبود سطح دانش و مهارت پرستاران پیشنهاد شده و بکار گرفته شده است [۲۲].

پرستاران نقش مهمی را در درمان ایست قلبی داخل بیمارستان ایفا می‌کنند، به این دلیل که پرستاران اولین کسانی هستند که بر بالین بیمار در لحظه ایست قلبی حضور دارند و می‌توانند احیاء قلبی- ریوی را تا زمان رسیدن تیم احیاء و انجام مداخلات پیشرفته انجام دهند. بنابراین نقش و اهمیت آموزش و دادن اختیار به پرستاران برای دادن شوک قلبی و تجویز دارو در حین احیاء بسیار واضح می‌باشد [۲۳]. تحقیقات نشان می‌دهد که همگی پرستاران صلاحیت لازم برای شروع احیاء قلبی- ریوی در بیمارستان را ندارند [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶].

بنابراین با توجه به نقش و جایگاه پرستاران در زمینه پیشگیری از وقوع ایست قلبی، شروع عملیات احیاء به منظور نجات جان بیماران و همچنین مراقبتهای بعد از احیاء، باید با گسترش نقش و جایگاه پرستاران در این موارد و تدوین برنامه‌های آموزشی مدون در جهت ارتقاء صلاحیتها و ابقاء توانمندیها و مهارتهای آنان توسط برنامه‌های مدیریتی مدیران پرستاری باعث افزایش میزان بقاء بیماران و بهبود پیامدهای ناشی از احیاء در بیمارستان شویم. در واقع یکی از اهداف این تحقیق گسترش نقش پرستاران در زمینه احیاء و توجه به نقش و جایگاه مهم پرستاران هم در پیشگیری از وقوع ایست قلبی و هم انجام به موقع و اصولی عملیات احیاء و مراقبتهای بعد از آن می‌باشد. به عبارت دیگر اگرچه احیاء بیماران توسط اعضای مختلف تیم احیاء با تخصصهای متفاوت انجام می‌شود، لیکن نقش پرستاران در شناسایی بیماران با شرایط بحرانی و شروع سریع این فرایند احیاء قلبی- ریوی و هماهنگ نمودن اعضای تیم در لحظات اولیه برای ارتقاء پیامدهای ناشی از احیاء در

بیماران بستری انکار ناشدنی است. لذا این مطالعه با این هدف عمده انجام گرفته که با مدیریت همه جانبه فرایند احیاء در بیمارستان با ایفای نقش کلیدی پرستاران، بتوان پیامدهای ناشی از احیاء بیماران را بهبود بخشید.