# بررسی آگاهی و مهارت کارکنان درمانی بیمارستانهای کاشان در زمینه احیای قلبی- ریوی

محسن ادیب حاج باقری [۱]، محمدرضا افاضل [۱]، سیدغلامعباس موسوی [۲]، دکتر صمدنوریزاد [۳]

**خلاصه**

**سابقه و هدف :** احیای قلبی- ریوی از مهمترین فوریتهایی است که کارکنان بهداشتی درمانی ممکن است با آن مواجه گردند. باتوجه به غیر قابل پیش بینی بودن زمان ومکان وقوع وقفه قلبی ریوی ، وجود کارکنان ماهر و ورزیده در زمینه احیا تمام بخشهای بیمارستانی و به خصوص بخش اورژانس ضروری است. ولی برخی از گزارش ها نشانگر آن است که کارکنان درمانی و مراقبتی در این زمینه آگاهی و مهارت مطلوب ندارند. از این رو، این تحقیق برای تعیین آگاهی و مهارت کارکنان درمانی بیمارستانهای کاشان درسال ۱۳۷۷ انجام گرفت.

**مواد و روشها:** تحقیق به روش توصیفی بر روی کلیه مدیران پرستاری و مسئولان بخشهای بیمارستانهای کاشان ، یک نفر از کارکنان هر یک از بخشها و کارآموزان پزشکی کشیک بخشهای مختلف صورت پذیرفت. آگاهی افراد در زمینه احیای قلبی- ریوی با استفاده از یک پرسشنامه حاوی ۲۰ سئوال چند گزینه ای در مورد احیا اندازه گیری شد. مهارت افراد در لوله گذاری نای و ماساژ قلبی نیز با استفاده از ۲ مانکن ویژه بر اساس ۲ فهرست ارزشیابی از قبل آماده شده بررسی و سپس آگاهی و مهارت به خوب ، متوسط و ضعیف تقسیم شد. وبرای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از آزمون کروسکال والیس و Mann-witney استفاده گردید.

**یافته ها:** تحقیق بر روی ۹۳ نفر شاغل ، ۴۷ نفر مرد و ۴۶ نفر زن و با میانگین سنی ۳۰/۲ سال انجام گرفت. هیچ یک از واحدهای پژوهش در زمینه احیای قلبی- ریوی دارای آگاهی خوب نبوده و ۸۲ درصد از آنها دارای آگاهی ضعیف بوده اند که رابطه معنی داری بین میزان آگاهی و رشته تحصیلی آنان نشان داد ($P=0/0001$). همچنین ۷۱ درصد از واحدهای پژوهش دارای مهارت ضعیف بوده و ۷/۵ درصد از آنها دارای مهارت خوب بوده اند که در بردارنده ۲۸/۶ درصد از کارکنان بخشهای اورژانس ، ۳۶/۳ درصد از کارکنان اتاق عمل و ۱۲/۵ درصد از کارکنان بخشهای ویژه است. رابطه معنی داری را بین میزان مهارت و نوع بخش نشان داد. مهارت خوب در میان کارآموزان پزشکی ، ماماها و بهیارها وجود نداشت. بیشترین مهارت خوب مربوط به تکنسین ها بود و رابطه معنی داری را بین مهارت و رشته تحصیلی نشان داد ($P<0/02$).

**نتیجه گیری و توصیه ها:** آگاهی و مهارت کارکنان درمانی در زمینه احیای قلبی- ریوی مطلوب نیست و انجام تحقیق برای تعیین نقش ارزشیابی مناسب در دوره های تحصیلی و نیز سیستم بازآموزی مناسب با عدم مهارت یا استهلاک مهارت را توصیه می نماید.

**واژگان کلیدی :** اورژانس ، وقفه قلبی ریوی ، احیای قلبی- ریوی ، مهارت ، آموزش ، کارکنان درمانی.

۱-دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه پرستاری
۲- دانشگاه علوم پزشکی کاشان -گروه آمار
۳- دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه بیهوشی

## مقدمه

وقفه قلبی ریوی از حوادث ناگـــواری اســت کــه می تواند در هر زمان و مکانی به طور غیر منتظــره روی دهد و هر یــک از اعضــای تیــم درمــانی در مدت تجربه بالینی خود ممکن است چندین بار بــا وقوع آن برای مددجویان خود مواجه گــردد. ایــن رویداد عامل حدود یک میلیون مرگ و میر سالیانه در آمریکا است که نیمی از کل موارد مرگ و مــیر را شامل می شود (۱). به گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان بروز مرگ و میر نــاگــهانی قلبــی در سالهای اخــیر افزایــش یافتــه اســت (۲) ولــی در صورت شروع فوری احیای قلبی- ریوی بســیاری از این افراد نجات می یابند(۳،٤).

آثار اجتماعی و اقتصادی صدمات مغزی ناشــی از وقفه ریوی بیمار، خانواده و جامعه را به صــورت های گوناگونی گرفتارمی کند (۵). بسیاری از ایــن افراد در گروه سنی باروری اقتصادی علیل یا فوت می شوند , بی سرپرست شدن کودکان وخــانواده ها و مسایل روحی و مشکلات تربیتی ناشــی از آن ونیز کاسته شدن از نیروی تولید جامعه و صــرف هزینه گزاف برای بازتوانی معلولیتهای حــاصل از آسیبهای مغزی ناشی از وقفه هــای قلبــی- ریــوی نشانگر خســارات وسیع ناشــی از ایــن رویــداد مصیبت بار است. چون هیپوکسی مغــزی ناشــی از وقفه قلبی- ریوی ، درعرض ۵-۳ دقیقــه موجــب صدمه دایمی مغزی می شــود (٦). انجــام فــوری احیای قلبی- ریوی اهمیت به سزایی دارد. گزارش کردند که هر دقیقه تاخیر در شروع احیا ٤ درصــد شانس نجات بیمار را می کاهد (۷)، و اگــر تــا ۸ قیقه اول فرد احیا نشود ، به ندرت کسی زنده مــی ماند (۸). با توجه به این که احیا برای ۲ درصــد از پذیرشهای بیمارستانی لازم می شــود (۹)، دومیــن کنفرانس احیا در سال ۱۹۹۲ پیش بینــی کارکنــان آموزش دیده در این زمینه را برای همه بخشــهای بیمارستانها لازم دانست (۱)، با این حال ،برخی از مطالعه ها گزارش داده انــد کــه اکــثر پزشــکان و کــادر درمــانی در ایــن زمینــه آگــاهی و مــهارت مطلوب را ندارند (۱۳،۱۲،۱۱،۱۰). ایــن در حــالی است که امروزه به آموزش همگانی احیا تاکید می شود (١٤). با توجه به اهمیت مساله و حیاتی بودن امر احیا , آگاهی و مهارت کارکنان درمــانی ایــن تحقیق در بیمارستانهای کاشــان و در ســال ۱۳۷۷ انجام گرفت.

## مواد و روشها

این مطالعه بــه صــورت توصیفــی بــر روی کلیــه مسئولان بخشها و مدیران پرســتاری بیمارســتانهای کاشان و نیز یک نفر از کارکنان پرســتاری ، یــک نفر از کارآموزان پزشک کشیک هر بخــش و نــیز یک نفر از تکنسین هــای اتــاق عمــل و هوشــبری هریک از اتاقهای عمل کــه بــه تصــادف انتخــاب شدند صورت پذیرفت .

برای بررسی آگاهی افراد پرسشــنامه ای حــاوی ۵ سئوال در زمینــه ســن ، جنــس ، مــدرک و رشــته تحصیلی و سابقه کار و ۲۰ سئوال ٤ گزینه ای کــه در ۵ حیطه شرایط شروع احیا ، کنترل راه هوایــی، کنترل گردش خون ، عوارض احیاء و اثر بخشــی احیاء تنظیم شده بوده در بیــن شــرکت کننــدگــان توزیع و در حضور پژوهشگران پاســخ داده شــد . برای بررسی مــهارت هــر فــرد نــیز ، ۲ فهرســت ارزشیابی ، یکی در بــرگــیرنده ۹ مــورد در زمینــه ماساژ قلبی و دیگری حــاوی ۱۱ مــورد در زمینــه لوله گذاری تراشه و نیز سایر وسایل لوله گــذاری نای ، مورد بررسی قرار گرفت و نتایج عملکرد هر

فرد در فهرست ارزشیابی مربوط ثبت شد. آن گاه آگاهی و مهارت افراد بر اساس جدول زیر به ۳ گروه خوب، متوسط و ضعیف تقسیم گردید.

جدول۱- چگونگی تقسیم آگاهی و مهارت به خوب، متوسط و ضعیف بر اساس نمرات کسب شده

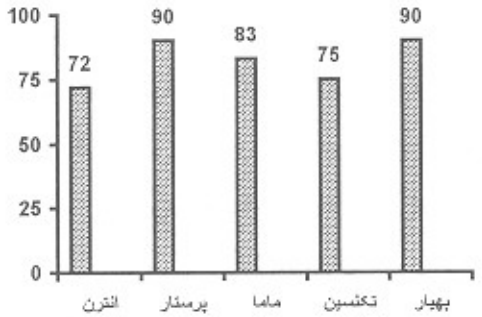
| حیطه سنجش | تعداد موارد سنجیده شده | معیار تقسیم بندی نمرات | | |
|---|---|---|---|---|
| | | خوب | متوسط | ضعیف |
| مهارت در لوله گذاری تای | ۱۱ | ۹-۱۱ | ۶-۸ | ۵وکمتر |
| مهارت در ماساژ | ۹ | ۸-۹ | ۶-۷ | ۵وکمتر |
| مهارت کلی | ۲۰ | ۱۷-۲۰ | ۱۳-۱۶ | ۱۲وکمتر |
| آگاهی | ۲۰ | ۱۷-۲۰ | ۱۳-۱۶ | ۱۲وکمتر |

خصوصیات فردی هر نمونه و نیز میزان آگاهی و مهارت آنها ، طبقه بندی ، استخراج و نقش بعضی عوامل با میزان آگاهی ونگرش مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

## یافته ها

تحقیق بر روی ۹۳ نفر انجام گرفت که شامل ۲۹ نفر مسئول بخش ، ۲۵ نفر کادر پرستاری ، ۸ نفر تکنسین اتاق عمل و هوشبری، ۲ نفر از مدیران پرستاری و ۲۹ نفر کارآموز بود. تعداد ٦٧ نفر مرد و ٦٦ نفر زن بوده و دارای میانگین سنی ۳۰/۲ سال , از حداقل ۲۳ تا حداکثر ۵۰ سال بودند و به طور متوسط ۸/۳ سال سابقه کار، از حداقل ۷ ماه تا حداکثر ۲۵ سال داشتند. ٤١/٩ درصد از آنها لیسانس , ١٦/١ درصد فوق دیپلم , ١٠/٨ درصد دیپلم و ۳۱/۲ درصد کارآموزپزشکی بودند.

تحقیق نشان داد که هیچ یک از واحدهای پژوهشی در زمینه احیاء قلبی- ریوی دارای آگاهی خوب نبوده و ۸۲/۲ درصد از آنها دارای آگاهی ضعیف بوده اند و همچنین ۷۱ درصد از واحدهای پژوهش دارای مهارت ضعیف بوده و ۷/۵ درصداز آنها دارای مهارت خوب بوده اند که دربردارنده ۲۸/٦ درصد از کارکنان بخشهای اورژانس ، ٣٦/٦ درصد از کارکنان بخشهای ویژه است . در مجموع تکنسین های هوشبری و اتاق عمل بالاترین و بهیارها پایین ترین سطح آگاهی و مهارت را دربین واحدهای مورد پژوهش داشته اند. بررسی رابطه مهارت و آگاهی با رشته تحصیلی مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه آن رابطه معنی داری را بین میزان آگاهی و مهارت با رشته تحصیلی نشان داد ( به ترتیب P<۰/۰۰۰۱ و P<۰/۰۱٤۳ ) نمودار شماره (۱) وضعیت آگاهی و مهارت را در بین رده های مختلف واحدهای پژوهش نشانی می دهد.




نمودار۱- توزیع فراوانی نسبت آگاهی و مهارت خوب , متوسط وضعیف در زمینه احیاء در واحدهای مورد پژوهش

برای بررسی رابطه میان آگاهی و مهارت در هر گروه ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه گردید و مشخص شد که بین آگاهی با مهارت پرستاران در سایر گروهها همبستگی مثبت وجود دارد (r=۰/٤٥) و آزمون t معنی دار بودن این رابطه را تایید نمود (P=۰/۰۰۳), درسایر گروهها همبستگی معنی داری بین آگاهی با مهارت به دست نیامد. همچنین آزمون mann-witney برای بررسی وجود تفاوت میان آگاهی گروههای مختلف استفاده شد که نتیجه آن در جدول شماره (۲)

آمده است. همچنین نتیجه این آزمون برای بررسی وجود تفاوت میان مهارت گروههای مختلف نشان داد که تنها بین مهارت بهیارها با سایر گروهها تفاوت وجود دارد (۰/۰۰۸<P>۰/۰۰۷).

جدول۲-نتیجه آزمون mann-witney برای بررسی تفاوت بین آگاهی گروههای مختلف

| | انترن X+SD ۱۱/۱٤±۱/۹٦ | پرستار X+SD ۹/۸۲±۱/۲۳ | ماما X+SD ۷/۸۳±۱/۷۲ | بهیار X+SD ۷/۲±۳/۰۱ | تکنسین X+SD ۱۱/۲٥±۲/۷۱ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| کارآموز (n=۲۹) | | (P=۰/۰۱۲)Sig | (P=۰/۰۰۲٥)Sig | (P=۰/۰۰۰٥)Sig | NS | Manwithney |
| پرستار (n=٤۰) | | | (P=۰/۰۲٦۲)Sig | (P=۰/۰۰۳۲)Sig | — | Manwithney |
| ماما (n=٦) | | | | | (P=۰/۰۱۳٤)Sig | Manwithney |
| تکنسین (n=۸) | | | | (P=۰/۰۰۸۲)Sig | | Manwithney |
| بهیار (n=۱۰) | | | | | | Manwithney |

تحقیق نشان داد که واحدهای پژوهش در هیچ یک از سوابق کاری دارای آگاهی خوب در زمینه احیای قلبی- ریوی نیستند. ۷۵ درصد از کادر مراقبتی دارای سابقه کار کمتر از ۱۱ سال بوده و تنها ۲۵ درصد سوابق کاری بالای ۱۱ سال داشتند، در این میان میزان آگاهی ضعیف از ۸۲/٦ درصد در سابقه ٥ سال و کمتر از ۱۰۰ درصد در سوابق کاری ۱٥-۱۱ سال افزایش یافته است. همچنین هیچ یک از واحدهای پژوهش با سابقه کار ٥ سال و کمتر دارای مهارت خوب نبودند ولی این میزان در سابقه ٥ سال و کمتر به ٤۰ درصد در سابقه کار ۱٦ سال و بیشتر کاهش یافته است. با این حال میانگین امتیاز مهارت که در سابقه کار ٥ سال و کمتر ۹/۳٥ بوده است تا سابقه کار ۱٥ سال تفاوت محسوسی نکرده و بعد از آن کاهش یافته است (جدول ۳).

جدول۳- توزیع فراوانی آگاهی و مهارت خوب ، متوسط و ضعیف در پرسنل درمان بیمارستانهای کاشان در سال ۱۳۷۷ بر حسب سابقه کار

| حیطه بررسی | آگاهی | | | | | مهارت | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سابقه کار | کل نفرات | خوب | متوسط | ضعیف | X±SD | خوب | متوسط | ضعیف | X±SD |
| ۰-٥ | (۱۰۰) ۲۳ | ۰ | (۱۷/٤) ۱٤ | (۸۲/٦) ۱۹ | ٦/۳۱± ۸/۳٥ | ۰ | (۱۳) ۳ | (۸۷) ۲۰ | ۲/٥± ۹/۳٥ |
| ٦-۱۰ | (۱۰۰) ۲٥ | ۰ | (۱۲) ۳ | (۸۸) ۲۲ | ٤/۸± ۷/۳٦ | (۱۲) ۳ | (۲۸) ۷ | (٦۰) ۱٥ | ۲/۰٤± ۹/۸ |
| ۱۱-۱٥ | (۱۰۰) ۱۱ | ۰ | ۰ | (۱۰۰) ۱۱ | ٦/٦± ۷/۷۳ | (۱۸/۲) ۲ | ۰ | (۸۱/۸) ۹ | ۳/۲٥± ۹/۱۸ |
| ۱٦وبالاتر | (۱۰۰) ٥ | ۰ | (۲۰) ۱ | (۸۰) ٤ | ۷/۸۷± ۱۱ | (٤۰) ۲ | (۲۰) ۱ | (٤۰) ۲ | ٤/٦± ۸/۲ |
| جمع | (۱۰۰) ٦٤ | ۰ | (۱۲/٥) ۸ | (۸۷/٥) ٥٦ | | (۱۱) ۷ | (۱۷/۲) ۱۱ | (۷۱/۹) ٤٦ | |
| کارآموز | (۱۰۰) ۲۹ | ۰ | (۲۸/٦) ۸ | (۷۲/٤) ۲۱ | ۱/۹٤± ۱۱/۱٤ | ۰ | (۳٤/٥) ۱۰ | (٦٥/٥) ۱۹ | ٥/٤± ۸/٤ |
| جمع کل | (۱۰۰) ۹۸ | ۰ | (۱۷/۲) ۱٦ | (۸۲/۸) ۷۷ | | (۷/٥) ۷ | (۲۱/٥) ۲۰ | (۷۱) ٦٦ | |

نتایج حاکی از آن است که با افزایش سابقه کار میزان آگاهی واحدهای پژهش در زمینه احیای کم و میزان مهارت خوب افزایش یافته است ولی آزمون کروسکال والیس بین میزان آگاهی ومهارت با سابقه کار رابطه معنی داری را نشان نداد (P>۰/٦۳۳۲).

تفاوت قابل ملاحظه ای میان مهارت کارآموزان و نیز پرستاران در دو مهارت سنجیده شده یعنی لوله گذاری نای و ماساژ قلبی به چشم

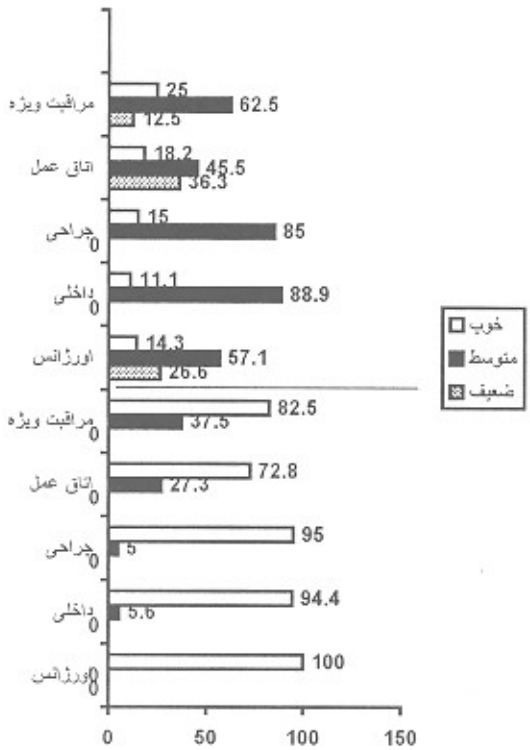
نمی خورد، به گونه ای که ۱۰/٤ درصد ازکارآموزان و نیز ۱۷/۵ درصد از پرستاران در دو حیطه دارای مهارت خوب و بیش از ٦۰ درصد از این دو گروه در هر دو حیطه دارای مهارت ضعیف بوده اند. در مورد تکنسین ها ، اگر چه در هر دو زمینه مهارت بهتری نسبت به سایر گروهها داشته اند، میزان مهارت خوب از ٦۲/۵ درصد در لوله گذاری نای به ۳۷/۵ درصد در ماساژ قلبی کاهش یافته است. در عین حال حدود ٦۵ درصد از واحدهای پژوهش در هر دو زمینه مهار ضعیف داشته اند (جدول ٤).

جدول ۴- توزیع فراوانی مهارت خوب ، متوسط و ضعیف در لوله گذاری نای و ماساژ قلبی ،در کارکنان درمانی بیمارستانهای کاشان ، برحسب رشته تحصیلی در سال ۱۳۷۷، برحسب رشته تحصیلی

| مهارت / رشته تحصیلی | لوله گذاری نای | | | ماساژ قلبی | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | خوب | متوسط | ضعیف | خوب | متوسط | ضعیف |
| کارآموز(n=۲۹) | ۳ (۱۰/٤) | ۹ (۳۱) | ۱۷ (۵۸/٦) | ۳ (۱۰/٤) | ۸ (۲۷/٦) | ۱۸ (٦۲) |
| پرستار (n=٤۰) | ۷ (۱۷/۵) | ٦ (۱۵) | ۲۷ (٦۷/۵) | ۷ (۱۷/۵) | ۸ (۲۰) | ۲۵ (٦۲/۵) |
| ماما (n=٦) | ۰ | ۲ (۳۳/۳) | ٤ (٦٦/۷) | ۰ | ۰ | ٦ (۱۰۰) |
| بهیار (n=۱۰) | ۰ | ۰ | ۱۰ (۱۰۰) | ۰ | ۲ (۲۰) | ۸ (۸۰) |
| تکنسین (n=۸) | ۵ (٦۲/۵) | ۱ (۱۲/۵) | ۲ (۲۵) | ۳ (۳۷/۵) | ۱ (۵/۱۲) | ٤ (۵۰) |
| جمع (n=۹۳) | ۱۵ (۱٦/۱) | ۱۸ (۱۹/٤) | ٦۰ (٦٤/۵) | ۱۳ (۱٤) | ۱۹ (۲۰/٤) | ٦۱ (٦۵/٦) |

همچنین وضعیت آگاهی و مهارت با توجه به نوع بخش محل خدمت مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در نمودار(۲) مشخص گردیده است.

نمودار۱- توزیع فراوانی نسبی آگاهی و مهارت خب ، متوسط و ضعیف در زمینه احیاء در واحدهای مورد پژوهش




## بحث

یافته های این تحقیق نشان داد که کارکنان درمانی در زمینه احیای قلبی- ریوی دارای آگاهی و مهارت مطلوب نیستند ، به گونه ای که هیچ یک دارای آگاهی خوب نبوده و تنها ۷/۵ درصد دارای مهارت خوب بوده اند. یکی از محققان در سال ۱۹۸۹ نیز گزارش نموده اند که برای بررسی مهارت پزشکان بیمارستانها در زمینه احیا صورت گرفته است و از ۵۰ پزشک که در امتحان عملی روی مانکن شرکت کرده اند ، تنها ۸ درصد از آنها از عهده انجام مؤثر تهویه و ماساژ قلبی برآمدند(۱۲). اسلامی نسب در سال ۱۳٦۸ نیز طی پژوهشی که در سطح ۱۰بیمارستان تهران انجام گرفت به بررسی آگاه کارکنان درمانی در زمینه احیای قلبی- ریوی پرداخت و گزارش نمود که آگاهی کارکنان درمانی بیمارستانها در زمینه احیا رضایت بخش نیست(۱۵). با توجه به آگاهی و مهارت ناکافی کارآموزان پزشکی در پژوهش

حاضر آموزش کلاسیک احیای ونیز ارزشیابی آن در امتحان بردپیش کارآموزی لازم به نظرمی رسد. میزان مهارت در لوله گذاری نای و ماساژ قلبی ، در پژوهش حاضر مطلوب نبوده و در مجموع تفاوت قابل ملاحظه ای نیز میان مهارت در این دو روش دیده نشد. مهارت کارآموزان و نیز پرستاران در هردو زمینه تقریبا یکسان بود ولی مهارت تکنسین ها در هر دو زمینه از سایر گروهها بیشتر بوده است . از طرفی تکنسین ها در لوله گذاری نای مهارت بهتری داشته اند (۶۲/۵ درصد مهارت خوب) ولی این میزان در مورد ماساژ قلبی به نصف تقلیل یافته و مهارت ضعیف دو برابر شده است. کارآموزان در هر دو روش از نظر مهارت خوب در رده سوم بعدازتکنسین ها و پرستاران قرار می گیرند و این ضعف مهارتی در حالی است که آنها مسئولیت مستقیم در احیای قلبی- ریوی و تشخیص نیاز و درمانهای لازم برای بیمار دارند . Skineer در سال ۱۹۸۵ نیز با بررسی آگاهی و مهارت ۲۹ پزشکی تازه فارغ التحصیل در زمینه احیای قلبی- ریوی گزارش نموده اند که آگاهی پزشکان در زمینه احیا خوب نیست به گونه ای که در یک امتحان کتبی درباره احیا هیچ یک از واحدهای مورد پژوهش آنها نتوانستند حد نصاب لازم را کسب نمایند. نتایج پژوهش آنها همچنین نشان داد که ۵۵ درصد از افراد توانستند ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را روی مانکن انجام دهند ولی تنها ۳۴ درصد از آنها موفق به انجام لوله گذاری نای شدند، آنها ذکر می کنند که احیا نه تنها به صورت مناسب آموزش داده نشده بلکه در یک امتحان پایان دوره نیز آزمون نگردیده است(۱۰).Sefrin در سال ۱۹۹۴ ، نیز به بررسی مهارت کارکنان درمانی در عملیات احیاء پرداخت و گزارش نمود که تنها ۱۶/۲ درصد از افراد خود را دارای مهارت کافی می توانستند. در امتحان عملی نیز تنها ۶/۶ درصد از آنها در کنترل راه هوایی و ۱۴/۱ درصد در ماساژ قلبی موفق بودند(۱۱). پژوهشگران دو تحقیق اخیر مسئولان آموزش دانشکده های پزشکی و پرستاری را در این راستا مقصر می دانند ، زیرا فکر می کنند که این مهارتها به طور تجربی آموخته خواهد شد، در حالی که این امر به بهای جان بیماران تمام می شود. قاضی سعیدی در سال ۱۳۷۷ نیز ضمن تایید ناتوانی کارکنان و دستیاران در امر احیاء اذعان می کند که یادگیری این مهارتها به صورت تجربی معمولا با خطا و اشتباه های عمده همراه خواهد بود که به صورت موروثی بین گروههای دانشجویی تداوم می یابد (۱۳). به نظر می رسد اضافه بر دلایل فوق مسایل دیگری نیز دخالت دارند، از جمله این که آموزشهای محدودی نیز که گاه صورت می گیرد فقط به صورت نظری بود و محدودیت زمانی جلسه های آموزشی به همراه روشهای نامناسب آموزش و ارزشیابی ، امکان یادگیری مناسب و رفع اشکالات فراگیران را فراهم نمی نماید. از این رو، برقراری دوره های آموزشی نظری و عملی احیا قبل از دوره کارآموزی انترنی لازم به نظر می رسد ، در مورد سایر گروهها نیز برگزاری آزمون نظری و عملی احیا قبل از استخدام با شروع به کار یا برگزاری دوره های آموزشی اجباری می تواند به رفع نقایص کمک کند.

براساس نتایج تحقیق حاضر، اگرچه رابطه معنی داری میان آگاهی و مهارت با سابقه کار مشاهده نگردید با این حال یافته های حاکی از آن

است که با افزایش سابقه کار از میزان آگاهی متوسط کاسته و به میزان آگاهی ضعیف افزوده شده است. همچنین یافته های نشان داد که با افزایش سابقه کار میزان مهارت خوب افزایش یافته ، این امر ممکن است تا حدی ناشی از کمتر بودن تعداد نمونه در سوابق کاری بالاتر به خصوص ۱۶ سال به بالا باشد. به هر حال ، با توجه به آموزشی بودن بیمارستانهای مورد بررسی، انتظار می رود که با افزایش سابقه کار، به آگاهی و مهارت واحدها افزوده شود ولی معنی دار نشدن رابطه آگاهی و مهارت با سابقه کار نشان می دهد که این امر تحقق نشده است از این رو ، به نظر می رسد که سیستم آموزش بیمارستانها نیز با مشکلاتی مواجه بوده و فقدان دوره های آموزشی و باز آموزی مناسب در این امر مؤثر باشد. Kaye در سال ۱۹۹۷گزارش می کند که حتی با وجود آموزش مناسب مدت ابقای مهارتهای احیا بسیار کم است (۱۶) Mole در سال ۱۹۹۷ با تایید این مطلب بیان می کند ٦ هفته بعد از آموزش، درجاتی از کاهش مهارت ایجاد می شود و بعد از ۱۲ هفته کاهش شدید مهارت روی می دهد. از این رو، انجمن احیای اروپا آموزش اجباری، احیا را برای تمام دانشکده های پزشکی، دندانپزشکی و پرستاری لازم دانسته و نیز تاکید دارد که بیمارستانها باید برای اطمینان از این که همه کارکنان آنها آموزش اجباری احیا را دیده اند برای آنها برنامه هایی ترتیب دهند (٤). در همین رابطه صاحبنظران وجود دوره های بازآموزی احیا را حداکثر به فواصل ۹۰ روزه و حتی ماهانه توصیه می کنند(۱۷).

نتیجه این که کمبود یا فقدان آگاهی و مهارت خوب می تواند مانع مهمی در را ه ارایه خدمت فوری به قربانیان وقفه قلبی- ریوی فراهم آورد. آگاهی و مهارت از طریق آموزش و گاه از راه تجربه حاصل می شود، با این حال آموزشهای نظری دوام چندانی ندارند و در صورتی که به کار گرفته نشوند یا مورد بازآموزی قرار نگیرند به زودی مستهلک شده و به فراموشی سپرده خواهند شد. بنابراین، توصیه می شود که ضمن بازآموزی مکرر در بیمارستانها برگزار شود و همچنین امتحان ویژه در مورد احیای قلبی- ریوی در تمام رشته های بالینی، دروه های بازآموزی مکرر در بیمارستانها برگزار شود و همچنین امتحان ویژه در مورد احیاء قبل از شروع دوره کارآموزی و نیز قبل از استخدام یا شروع به کار کارکنان پرستاری، مامایی و سایر کادر مراقبتی برگزار و بازآموزی مکرر در این زمینه صورت گیرد و داشتن مهارت در آن از شرایط شروع یا تداوم خدمت در بخشهای بیمارستانی محسوب گردد.

## References:


1- Paraskos J.Guedlines for cardioPulmonay resoscitation and emergency cardiac care. JAm.Med Assos. 1992 ;268: 2172-2289.

۲- سازمان بهداشت جهانی. مرگ ناگهانی قلبی. ترجمه گروه مترجمین تهران ، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت, ۱۳٦٤.

3- Saver C.De coding the ACLS algorithem. AJN.1994; 94:26-35.

4- Mole P, Knight C.Emergency cardiac arrest can we teach the skill?Nurse. educ today.1997;17: 99-105.

5- Shomaker W, Principle of surgery. New York. Churchill living ston. 1990.

6- Phipps W.Medical surgical nursing . st. luis, mosby.1993.

7- Weaver D, Consideration for Improving survival from out of hospital cardiac arrest. Ann. Emerg. Med.1986;15:1181-1186.

۸- برانوالد، یوجین. اصول طب داخلی هاریسون بیماریهای قلب و عروق. ترجمه علی زاهدی، تهران.نشریه اشتیاق، ۱۳۷٦.

۹- ادیب م. بررسی وضعیت وسایل احیا قلبی- ریوی در بیمارستانهای آموزشی اصفهان. پایان نامه فوق لیسانس. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۳.

10- Skineer D, cardiopulmonary resuscitation skills of Pre registration house officer. Br. Med. J.1985;295: 1549-1985.

11- Kay W, Bircher N. CardioPulmonary Resuscitation. New York, churchill livingstone. 1989.

12- Sefrin P, Paulus T. resuscitation skills of hospital nursing staff. Anaesthesis. 1994;43:107-114.

۱۳- قاضی سعیدی ک. احیا قلبی - ریوی. طب و تزکیه. ۱۳۷۷؛ ۲٦: ٤٥-۸٥.

14- Weinberg A, Paturas J. EASY ACLS. boston, jons and bartlet. 1995.

۱۵- اسلامی نسب، ع. فوریترین فوریتهای پرستاری . خلاصه مقالات سمنیار فوریتهای پرستاری. دانشکده پرستاری لصفهان. اسفند ۱۳٦۸.

16- Kaye W. The problem of poor retention of CPR skills may lie with the instructor not the lerner. 1991;21:67-87.

۱۷- کامبیز ر. مبارزه با مرگ ناگهانی قلبی و احیا قلبی - ریوی پیشرفته. ترجمه هدایت الله الیاسی. تهران نششر اشتیاق ۱۳۷۵.