

تحلیل نگرش‌ها و ترسیم راهبرد برای حضور خانواده در عملیات احیای قلبی - ریوی

مهدی نصر اصفهانی^۱، فهیمه پاکروان^۲، بابک معصومی^۳

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

حضور خانواده‌ی بیمار هنگام انجام عملیات احیای قلبی - ریوی (Cardiopulmonary resuscitation) CPR در بخش اورژانس، یکی از چالش‌برانگیزترین مباحث در حوزه‌ی اخلاق پزشکی و مدیریت خدمات اورژانسی است. این موضوع در تلاقی حقوق بیمار، نیازهای عاطفی خانواده و کارایی حرفه‌ای تیم درمان قرار دارد و نداشتن راهبرد استاندارد، تعارض‌های عملی، روانی و اخلاقی متعددی را موجب می‌شود. در این سند برای پاسخ به سؤال حضور یا عدم حضور خانواده در عملیات احیا، چهار گزینه‌ی سیاستی پیشنهاد شد از جمله «ممنوعیت کامل حضور خانواده»، «حضور اختیاری با هماهنگی تیم احیا»، «حضور مشروط به نظر قبلی بیمار» و «تدوین پروتکل بومی». هر یک از این گزینه‌ها مزایا، معایب، ذینفعان و موانع اجرایی خاصی دارند. گزینه‌ی ممنوعیت کامل اجرایی‌تر است ولی با ارزش‌های فرهنگی و انتظارات خانوادگی در ایران همخوانی چندانی ندارد. گزینه‌ی حضور با توجه به نظر بیمار نیز، با محدودیت عملی در شرایط اورژانسی مواجه است. بر این اساس، به نظر می‌رسد راهبرد تلفیقی، رویکرد کارآمدتری برای سیاستگذاران سلامت باشد. در کوتاه‌مدت، تدوین و ابلاغ یک دستورالعمل موقت ملی با گرایش به «حضور اختیاری و مدیریت‌شده» می‌تواند مفید باشد. در میان‌مدت، انجام پروژه‌های پایلوت برای اجرای کامل این دستورالعمل همراه با تأمین ملزوماتی چون فضای فیزیکی امن و پشتیبانی روانی، و همزمان شروع فرایند تدوین پروتکل بومی جامع با مشارکت همه‌ی ذینفعان ضروری است. این مسیر نهایتاً در بلندمدت به استقرار نظامی منسجم می‌انجامد که همزمان کارایی تیم احیا، حقوق بیمار و خانواده، و ملاحظات فرهنگی - اجتماعی را پوشش می‌دهد.

واژگان کلیدی: احیای قلبی - ریوی؛ خانواده؛ سلامت؛ اورژانس؛ نگرش‌سنجی؛ اخلاق پزشکی؛ خلاصه سیاستی

ارجاع: نصر اصفهانی مهدی، پاکروان فهیمه، معصومی بابک. تحلیل نگرش‌ها و ترسیم راهبرد برای حضور خانواده در عملیات احیای قلبی - ریوی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۵۶): ۴۴۱ - ۴۴۵.

توصیف مسأله

وجود ندارد. طبق یافته‌های مطالعه‌ی ای که در دو بیمارستان آموزشی اصفهان انجام شد نگرش هر دو گروه «تیم احیا» و «همراهان بیمار» نسبت به حضور خانواده در حد متوسط و بیشتر است (۶) ولی طبق یافته‌های مطالعه‌ی دیگر، دیدگاه پرستاران اورژانس نسبت به این مسئله مثبت نبود (۵)؛ با این حال نبود دستورالعمل مشخص، می‌تواند به تعارض‌های اخلاقی، حقوقی و عملیاتی در اورژانس منجر شود و همکاری بین تیم درمان و خانواده را با مشکل مواجه کند (۷-۵). این مسأله نیازمند توجه سیاستگذاران سلامت در سطوح بیمارستانی و استانی است تا با تدوین پروتکل‌های مبتنی بر فرهنگ بومی، حقوق بیمار و خانواده رعایت و کارایی تیم احیا حفظ شود. عدم توجه به این موضوع می‌تواند به افزایش اضطراب خانواده، کاهش رضایت‌مندی از خدمات اورژانس و حتی بروز چالش‌های قانونی پس از احیا بیانجامد.

احیاء قلبی - ریوی (Cardiopulmonary resuscitation) CPR یکی از مداخلات حیاتی در بخش اورژانس است که در شرایط بحرانی برای نجات جان بیماران انجام می‌شود (۱). در دهه‌های اخیر، رویکرد نظام‌های سلامت بیشتر به سمت احترام به استقلال بیمار و خانواده بیمار گرایش یافته است (۲، ۳). یکی از موضوعات چالش‌برانگیز در این زمینه، حضور یا عدم حضور اعضای خانواده (بستگان درجه یک) در حین عملیات احیا است. این مسأله نه تنها بر فرایند درمان، بلکه بر وضعیت روانی خانواده، عملکرد تیم درمان و حتی نتایج احیا تأثیرگذار است. در بسیاری از کشورها، سیاست‌های متفاوتی از ممنوعیت کامل حضور خانواده تا تشویق حضور با حمایت روانی در این رابطه اتخاذ شده است (۴-۶)؛ با این وجود، در ایران سیاست واحد و مبتنی بر شواهد در این زمینه

۱- دانشیار، گروه طب اورژانس، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار بیماری‌های دانه، فک و صورت، مرکز تحقیقات ایمپلنت‌های دندان، پژوهشکده تحقیقات دندان، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه طب اورژانس، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: بابک معصومی؛ استادیار، گروه طب اورژانس، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

روش اجرا

سند، بر مبنای مطالعه‌ای مقطعی (۶) تدوین شد که برای تعیین نگرش اعضای تیم احیا و همراهان بیمار نسبت به حضور خانواده در حین عملیات احیای قلبی- ریوی انجام گردید. پژوهش در طول یک سال و در دو بیمارستان دولتی آموزشی شهر اصفهان (الزهراس) و کاشانی) اجرا شد. جامعه آماری شامل ۱۰۰ نفر از اعضای تیم احیا و ۱۲۰ نفر از همراهان درجه یک بیمارانی بود که تحت عملیات احیا قرار گرفته بودند. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و از هر بیمار تنها یک همراه (پدر، مادر، فرزند، خواهر یا برادر) وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه گردآوری شد: پرسشنامه‌ی محقق ساخته شامل ۷ سؤال برای همراهان و ۱۰ سؤال برای تیم احیا بود. روایی و پایایی آن با نظر خبرگان و محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۸۶) تأیید شد و پرسشنامه استاندارد DASS-21 برای سنجش سطح استرس،

اضطراب و افسردگی همراهان پس از احیا. پرسشنامه‌ی محقق ساخته برای همراهان شامل ۷ سؤال و برای تیم احیا شامل ۱۰ سؤال در مقیاس لیکرت بود. پس از اخذ رضایت آگاهانه و رعایت ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه‌ها در محیط اورژانس توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (IBM Corporation, Armonk, NY) و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی نظیر Independent Sample T-test و Chi-square انجام گرفت و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. مطالعه با کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1399.1013 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شد.

یافته‌ها

گزینه‌های سیاستی و تحلیل آن در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. ارزیابی گزینه‌های سیاستی برای حضور خانواده در حین عملیات احیای قلبی- ریوی

| گزینه سیاستی | الزامات اجرایی | موانع اجرایی | اثرات مثبت | اثرات منفی |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱. ممنوعیت کامل حضور خانواده | تدوین دستورالعمل؛ آموزش تیم‌های احیا برای مدیریت اعتراض خانواده‌ها | مقاومت فرهنگی خانواده‌ها؛ افزایش اضطراب و نارضایتی؛ نادیده گرفتن خواست بیمار در صورت هوشیاری قلبی | کاهش حواس‌پرتی تیم احیا؛ حفظ حریم خصوصی بیمار؛ کاهش فشار روانی احتمالی بر کادر درمان | افزایش اضطراب و احساس بی‌اطلاعی در خانواده؛ احتمال کاهش اعتماد به نظام سلامت؛ مخالفت با اصول مراقبت مبتنی بر خانواده |
| ۲. حضور اختیاری با هماهنگی تیم احیا | طراحی پروتکل گزینش همراه (صلاحیت روانی، آموزش اولیه)؛ تعیین فضای فیزیکی مشخص (مثلاً پشت پرده یا پشت شیشه)؛ حضور مددکار یا پرستار حمایتگر | نبود فضای فیزیکی مناسب در اورژانس؛ حجم بالای کار تیم احیا و محدودیت زمانی؛ احتمال بروز واکنش‌های حاد روانی در همراهان | رعایت حقوق عاطفی خانواده؛ ایجاد شفافیت و اعتماد؛ کاهش احساس گناه و شکایت پس از احیا | احتمال تداخل در تصمیم‌گیری سریع تیم؛ افزایش استرس تیم در صورت واکنش‌های نامناسب همراهان؛ نیاز به آموزش اختصاصی پرسنل |
| ۳. حضور شرطی بر اساس نظر بیمار (در صورت امکان) | ثبت نظر بیمار در پرونده الکترونیک؛ آموزش کادر در زمینه مشاوره پیش از بستری؛ ایجاد سازوکار ثبت خواسته بیمار در شرایط ویژه | عدم امکان اخذ نظر در شرایط اورژانسی؛ چالش در موارد بیماران کودک، بیهوش یا سالمند | رعایت حق خودمختاری بیمار؛ کاهش تعارض اخلاقی برای تیم درمان؛ افزایش رضایت بیمار و خانواده | احتمال ایجاد فشار روانی بر خانواده در شرایط بحرانی، افزایش بار عاطفی بر تیم درمان، امکان بروز اختلاف میان اعضای خانواده در تفسیر خواسته بیمار |
| ۴. تدوین پروتکل بومی بر اساس فرهنگ منطقه | تشکیل کمیته‌ای متشکل از اخلاق پزشکی، روانشناسی، مدیران و نمایندگان جامعه؛ اجرای مطالعه کیفی برای درک ترجیحات فرهنگی | ناهمگونی فرهنگی و مذهبی در سطح ملی، زمان‌بر بودن فرآیند تدوین پروتکل | افزایش پذیرش پروتکل توسط جامعه و کادر درمان؛ کاهش تعارض‌های فرهنگی در اجرا؛ انعطاف‌پذیری در اجرا | امکان عدم یکپارچگی در اجرا در بیمارستان‌های مختلف؛ نیاز به بازنگری دوره‌ای |

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و چارچوب اجرای سیاست‌ها برای حضور خانواده در حین عملیات احیای قلبی- ریوی

| گزینه سیاستی | ذینفعان کلیدی | موضع احتمالی | چالش‌های ذینفعان | بازه زمانی | اقدامات تسهیل کننده |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ۱. ممنوعیت کامل حضور خانواده | تیم احیا، مدیریت بیمارستان، خانواده‌ها | تیم احیا: موافق؛ خانواده‌ها: عموماً مخالف | خانواده‌ها: احساس محرومیت؛ مدیریت: نگرانی از شکایات | کوتاه مدت (اجرای فوری) | آموزش ارتباط موثر به تیم احیا؛ راه‌اندازی فرایند توضیح به خانواده‌ها پس از احیا |
| ۲. حضور اختیاری با هماهنگی تیم احیا | تیم احیا، خانواده‌ها، مددکاران اجتماعی، کمیته اخلاق | تیم احیا: محتاط؛ خانواده‌ها: عموماً موافق؛ مددکاران: موافق | تیم احیا: افزایش بار کاری؛ نبود امکانات حمایت روانی | میان مدت (۶ ماه تا ۱ سال) | طراحی فضای فیزیکی امن؛ آموزش تیم در مدیریت خانواده؛ جذب مددکار آموزش دیده |
| ۳. حضور شرطی بر اساس نظر بیمار | بیماران، خانواده‌ها، تیم درمان، واحد مدارک پزشکی | بیماران: موافق؛ تیم درمان: محتاط (عملیاتی بودن) | اجرا در موارد غیراورژانسی؛ چالش ثبت و دسترسی به اطلاعات | بلندمدت (۱ تا ۲ سال) | یکپارچه‌سازی سامانه پرونده الکترونیک؛ فرهنگ‌سازی در جامعه |
| ۴. تدوین پروتکل بومی | سیاستگذاران سلامت، پژوهشگران، روحانیون و مدیران فرهنگی، تیم‌های درمان | پژوهشگران: موافق؛ سیاستگذاران: محتاط (زمان بر بودن) | هماهنگی بین‌بخشی؛ تنوع فرهنگی زیاد | بلندمدت (۲ سال به بالا) | تشکیل کارگروه مشترک؛ جلب حمایت نهادهای مذهبی و فرهنگی؛ اجرای پروژه پایلوت |

شفاف‌گزینش و همراهی خانواده است.

«گزینه‌ی حضور شرطی خانواده بر اساس نظر بیمار»، این گزینه از منظر اخلاق پزشکی و احترام به خودمختاری بیمار ایده‌آل‌تر است؛ با این حال، بزرگ‌ترین مانع، عدم قابلیت اجرای آن در اکثریت قریب به اتفاق موارد احیا در اورژانس است، زیرا این شرایط عمدتاً غیرقابل پیش‌بینی و فاقد فرصت برای دریافت نظر آگاهانه بیمار هستند. این گزینه بیشتر برای بیماران بستری در بخش‌های ویژه با شرایط ناپایدار که ممکن است از قبل بتوان در مورد ترجیحات آن‌ها گفت‌وگو کرد، کاربردی است. پیاده‌سازی آن نیازمند زیرساخت اطلاعاتی دقیق (پرونده الکترونیک یکپارچه) و فرهنگ‌سازی گسترده در سطح جامعه برای ثبت «خواسته‌های پیش‌ازوقت» بیماران است که پروژه‌ای بلندمدت و پرهزینه است.

«گزینه‌ی تدوین پروتکل بومی»، راه‌حل جامع و با ثبات‌تری است، زیرا به تنوع فرهنگی و مذهبی درون کشور و حتی بین استان‌های مختلف توجه دارد. اما فرایند آن بسیار زمان‌بر و نیازمند هماهنگی بین‌بخشی گسترده میان متخصصان بالینی، مدیران، اخلاق‌پژوهان، و افراد تأثیرگذار به لحاظ مذهبی دینی و فرهنگی است. مسئله اصلی آن، درگیر شدن در فرآیندهای طولانی تصمیم‌گیری و نرسیدن به یک سند عملیاتی شفاف و مورد اجماع است. همچنین، ممکن است منجر به ایجاد پروتکل‌های متنوع در بیمارستان‌های مختلف شود که هماهنگی خدمات را تحت تأثیر قرار دهد.

با در نظر گرفتن یافته‌های این پژوهش (نگرش متوسط به مثبت ذینفعان، ارتباط منفی تجربه قبلی با تمایل به حضور و سطح قابل توجه استرس در خانواده‌ها) و تحلیل مزایا و موانع هر گزینه، یک استراتژی مرحله‌ای و واقع‌بینانه به شرح زیر پیشنهاد می‌شود:

بحث

با توجه به تحلیل ارائه‌شده در جداول، هر یک از گزینه‌های سیاستی پیشنهادی با ملاحظات و موانع اجرایی خاصی همراه است که سیاستگذاران بایستی پیش از تصمیم‌گیری نهایی، تبیین و اولویت‌بندی آن‌ها را مدنظر قرار دهند. در ادامه به تفسیر هر یک پرداخته شده است. «گزینه‌ی ممنوعیت کامل حضور خانواده»، از نظر مدیریتی راه‌حل اجرایی‌تر و سریع‌تری به نظر می‌رسد، با این حال برای اجرای موفق‌تر، بایستی موانع فرهنگی و روانشناختی را مدنظر قرار داد. در جامعه‌ای مانند ایران که پیوندهای خانوادگی قوی و انتظار برای همراهی در لحظات بحرانی وجود دارد، اجرای این سیاست بدون تمهیدات حمایتی می‌تواند به کاهش شدید رضایت از خدمات اورژانس و افزایش شکایات بیانجامد. همچنین، این سیاست با رویکرد جهانی احترام به استقلال بیمار و خانواده در تضاد است و ممکن است در درازمدت موجب بی‌اعتمادی عمومی به نظام سلامت شود. مهم‌ترین چالش اجرایی، مقاومت کادر درمان در قبال فشارهای عاطفی خانواده‌ها و نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی ویژه برای مدیریت این موقعیت‌ها است. «گزینه‌ی حضور اختیاری خانواده با هماهنگی تیم احیا»، اجرای این راهکار مستلزم سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی ساختاریافته است. موانع اصلی آن کمبود فضاهای فیزیکی طراحی‌شده در اورژانس‌های موجود، بار کاری بیشتر پرسنل، و نبود نیروهای آموزش‌دیده (مانند مددکاران اجتماعی یا پرستاران) برای حمایت روانی از خانواده در حین احیا است. بدون رفع این موانع، اجرای این سیاست می‌تواند به جای ایجاد آرامش، به تشویش بیشتر تیم درمان و افزایش خطای احتمالی منجر شود. موفقیت این گزینه وابسته به اختصاص بودجه، تغییر در طراحی فضای فیزیکی اورژانس، و تدوین پروتکل‌های

خواست بیمار (گزینه ۳) را مورد توجه قرار دهد. این امر از طریق ترویج «تصمیم‌گیری پیش‌گیرانه» در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پرخطر و یکپارچه‌سازی آن در پرونده‌ی الکترونیک سلامت می‌تواند ایجاد شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس تحلیل چهار گزینه‌ی سیاستی پیشنهادی در این سند شامل ممنوعیت کامل حضور خانواده در حین CPR، حضور اختیاری خانواده با هماهنگی تیم احیا، حضور مشروط خانواده بر اساس نظر بیمار و تدوین پروتکل بومی، لازم به ذکر است هیچ‌یک به تنهایی قادر به پوشش همزمان معیارهای کارآیی عملیاتی، احترام به خودمختاری بیمار، تأمین حمایت عاطفی خانواده و انطباق فرهنگی-اجتماعی نیست؛ از این رو، راهبرد تلفیقی مرحله‌ای که مبتنی بر شواهد پژوهشی داخلی و منطبق با ظرفیت‌های ساختاری نظام سلامت ایران باشد، به عنوان راهکاری عملی پیشنهاد می‌شود. استقرار چنین نظامی، به تقویت اعتماد عمومی، ارتقای شفافیت و تعامل سازنده بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و جامعه‌ی ذینفع می‌انجامد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکترا رشته‌ی پزشکی با کد ۳۹۹۸۹۳ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

اولویت اول به تدوین دستورالعمل موقت کشوری با گرایش به گزینه‌ی حضور اختیاری با هماهنگی، اختصاص داشته و به طور کوتاه‌مدت قابلیت اجرایی شدن دارد. در این راهبرد لازم است سیاستگذاران دستورالعمل موقت ملی، با محوریت «حضور اختیاری و مدیریت شده‌ی خانواده» را تصویب و ابلاغ کنند. این دستورالعمل بایستی حداقلی و ساختارمند باشد و مواردی مانند اختیار مدیر تیم احیا برای تصمیم‌گیری نهایی در هر مورد، شرایط عمومی صلاحیت همراه (ثبات روانی، عدم ایجاد اختلال) و لزوم توضیح فرایند برای خانواده را مشخص کند. این کار می‌تواند فضای نامشخص و کم‌ثبات فعلی را مدیریت کند.

اولویت دوم به طور راهبردی به اجرای پایلوت گزینه‌ی حضور اختیاری با هماهنگی تیم احیا، و آغاز گزینه‌ی تدوین پروتکل بومی اختصاص دارد که در میان مدت قابل اجراست. در مرحله‌ی بعد، پروژه‌های پایلوت در چند بیمارستان منتخب برای اجرای کامل‌تر حضور اختیاری با هماهنگی تیم احیا با تمام ملزومات مورد نیاز از جمله آموزش تیم، تعیین فضای فیزیکی، استخدام مددکار و نیروهای مرتبط طراحی شود. همزمان، کارگروه ملی تدوین پروتکل بومی با مشارکت تمام ذینفعان تشکیل گردد. داده‌های حاصل از پایلوت و مشورت‌های کارگروه، محتوای لازم برای تدوین پروتکل ملی مبتنی بر شواهد را فراهم می‌نماید.

اولویت آخر به طور آرمانی در بلندمدت قابلیت اجرایی شدن دارد و با تلفیق گزینه‌ی حضور شرطی بر اساس نظر بیمار، در چارچوب گزینه‌ی تدوین پروتکل بومی و نهادینه‌سازی آن برنامه‌ریزی می‌شود. در افق بلندمدت، پروتکل نهایی باید ظرفیت احترام به

References

- Giri S, Gyeltshen D, Wangchuk N, Dorji K, Drakpa L, Wangdi S, et al. Improving role allocation for cardiopulmonary resuscitation (CPR) in the emergency department: a quality improvement project. *BMJ Open Qual* 2024; 13(3): e002870.
- Mosadeghrad AM, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi J Med Sci* 2019; 26(9): 10-28.
- Larijani B, Aramesh K. Physician and ethical considerations. *Ethics and History Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences*; 2024. [in Persian]
- Afzali Rubin M, Svensson TLG, Herling SF, Jabre P, Møller AM. Family presence during resuscitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 2023(5): CD013619.
- Keshavarzy S. Survey of Nurses' Views on Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) [in Persian]. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty* 2022; 7(3): 24-36.
- Isfahani MN, Borojeni FB, Pakravan F, Masoumi B. The attitude of the resuscitation team members and the patient's companions toward the presence of the patient's first-degree relatives during cardiopulmonary resuscitation in the emergency departments. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation* 2023; 20(6): 52-7.
- Powers K, Duncan JM, Renee Twibell K. Family support person role during resuscitation: A qualitative exploration. *Journal of Clinical Nursing* 2023; 32(3-4): 409-21.

Analyzing Attitudes and Delineating a Strategy for Family Presence in Cardiopulmonary Resuscitation

Mehdi Nasr Isfahani¹, Fahimeh Pakravan², Babak Masoumi³

Policy Brief

Executive Summary

The presence of a patient's family during cardiopulmonary resuscitation (CPR) in the emergency department is one of the most complex challenges in medical ethics and emergency services management. It sits at the intersection of patient rights, the emotional needs of families, and the professional efficiency of the treatment team. The absence of a standardized strategy has led to numerous practical, psychological, and ethical conflicts.

This document explores four policy options to address the question of family presence during resuscitation: complete prohibition of family presence, voluntary presence coordinated by the resuscitation team, presence conditional on the patient's prior wishes, and the development of a local protocol. Each option presents distinct advantages, disadvantages, stakeholders, and implementation barriers. While complete prohibition may be more practical, it conflicts with cultural values and family expectations in Iran. The patient-centered approach, though ethically appealing, faces significant limitations in emergency situations.

A combined strategy appears to be the most effective approach for health policymakers. In the short term, developing and disseminating an interim national guideline focused on voluntary and managed attendance could be beneficial. In the medium term, pilot projects should be implemented to test this guideline, ensuring essential conditions such as safe physical space and psychological support. At the same time, efforts should begin to design a comprehensive local protocol with input from all stakeholders.

Ultimately, this pathway will lead to the establishment of a coherent long-term system that balances the effectiveness of the resuscitation team, the rights of patients and families, and sociocultural considerations.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation (CPR), Family, Health, Emergency, Attitudinal Assessment, Medical Ethics, Policy Brief

Citation: Nasr Isfahani M, Pakravan F, Masoumi M. **Analyzing Attitudes and Delineating a Strategy for Family Presence in Cardiopulmonary Resuscitation.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(856): 441-45.

1- Associate Professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor of Oral and Maxillofacial Medicine, Dental Implants Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Babak Masoumi, Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: bamasoumi@yahoo.com