



✓ کتابچه آموزشی به منظور آموزش به مادران دارای

کودک بستری در بخش مراقبت ویژه اطفال

✓ دکتر هایده حیدری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی

شهرکرد

✓ همکاران، زینب یلمه، شهریار صالحی

به نام خدا

فایل آموزشی به منظور آموزش به مادران دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه اطفال تهیه شده است که بتوانیم نقش موثری در کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی آن ها داشته باشیم بر این اساس از مادران محترم درخواست می شود که جزوه آموزشی را به دقت مطالعه کرده و با کاربرد محتوای آموزشی موجود در این جزوه میزان اضطراب خورد را کنترل و زود بهبودی کودکان را تسریع ببخشند

موضوع: آشنایی با بخش مراقبت های ویژه کودکان و نحوه مراقبت از کودک در طول دوره بستری

تاثیر مداخله آموزش مجازی مبتنی بر موبایل بر اضطراب و خودکارآمدی مادران دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه اطفال

هدف کلی

آشنایی بامقررات بخش مراقبت ویژه کودکان

اهداف جزئی

مادر پس از آموزش این فصل بتواند:

- با بخش مراقبت ویژه کودکان آشنا شود
- پرسنل و تیم مراقبتی در بخش مراقبت های ویژه کودکان را بشناسد
- وظیفه و نحوه کار پرسنل در بخش مراقبت های ویژه کودکان را شرح دهد
- مقررات بخش مراقبت ویژه اطفال را شرح دهد
- با تجهیزات مورد استفاده در بخش مراقبت های ویژه کودکان به خوبی آشنا شود

مقدمه

واحد مراقبت های ویژه اطفال (که به اختصار PICU) نامیده می شود، منطقه ای در بیمارستانی است که در مراقبت از کودکان بدحال، کودکان، نوجوانان تخصص دارد. یک PICU معمولاً توسط یک یا چند متخصص ویژه کودکان یا مشاوران بخش مراقبت های ویژه کودکان

هدایت می شود و توسط پزشکان، پرستاران و درمانگران تنفسی که به طور ویژه در مراقبت های ویژه کودکان آموزش دیده و با تجربه هستند، کار می کند. این واحد ممکن است پرستاران، دستیاران پزشک، فیزیوتراپیست ها، مددکاران اجتماعی، متخصصان زندگی کودکان، و کارمندان کارکنان داشته باشد، اگرچه این میزان بسته به موقعیت جغرافیایی بسیار متفاوت است. نسبت متخصصان به بیماران به طور کلی بالاتر از سایر مناطق بیمارستان است که نشان دهنده دقت بیماران PICU و خطر عوارض تهدید کننده زندگی است.

مراقبت های ویژه کودکان بخشی از یک بیمارستان است که سطح بالاتری از مراقبت پزشکی را برای کودکان بیمار فراهم می کند. مراقبت های ویژه کودکان از سایر بخش های بیمارستان مانند بخش های عمومی متفاوت است که در آن امکان مراقبت دقیق تر توسط پرستارها و نظارت پیوسته بر روی مواردی چون ضربان قلب، تنفس و فشار خون وجود دارد. مراقبت های ویژه کودکان همچنین امکان به کارگیری روش های درمانی را به کادر پزشکی می دهد که در سایر بخش های بیمارستان قابل دسترسی نیستند. برخی از این روش های درمانی در مراقبت های ویژه کودکان شامل دستگاه های تنفسی و داروهای خاص هستند که تنها تحت نظارت دقیق پزشکی قابل دریافت می باشند. فن آوری و تجهیزات پیچیده اغلب در حال استفاده هستند، به ویژه ونتیلاتورهای مکانیکی و سیستم های نظارت بر بیمار. در نتیجه، PICU ها نسبت به بسیاری از بخش های دیگر در بیمارستان بودجه عملیاتی بیشتری دارند.

انواع مختلفی از ویژگی های PICU وجود دارد که به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی اجازه می دهد تا بهینه ترین مراقبت ممکن را ارائه دهند . اولین مورد از این ویژگی ها محیط فیزیکی PICU است. چیدمان واحد باید به کارکنان این امکان را بدهد که دائماً بیمارانی را که از آنها مراقبت می کنند مشاهده کنند. کارکنان همچنین باید بتوانند در صورت بروز هرگونه تغییر در وضعیت بالینی بیمار، به سرعت به بیماران پاسخ دهند.

کارکنان جزء حیاتی بعدی یک PICU موفق است. پرسنل پرستاری در ارائه مراقبت از بدترین بیماران دارای تجربه بالایی هستند . نسبت پرستار به بیمار باید پایین بماند، به این معنی که بسته به وضعیت بالینی بیماران، پرستاران فقط باید از 1-2 بیمار مراقبت کنند . اگر وضعیت بالینی بیمار بحرانی باشد، نسبت به بیمار پایدار نیاز به نظارت و مداخلات بیشتری دارد.

در بیشتر موارد، پرستاران و پزشکان برای مدت طولانی از یک بیمار مراقبت می کنند . این به ارائه دهندگان اجازه می دهد تا با بیماران ارتباط برقرار کنند، به طوری که تمام نیازهای بیمار برآورده شود. پرستاران و پزشکان باید به عنوان یک تیم مشترک برای ارائه مراقبت بهینه با هم کار کنند . همکاری موفقیت آمیز بین پرستاران و پزشک منجر به کاهش میزان مرگ و میر نه تنها در PICU ، بلکه در تمام بخش های مراقبت های ویژه شده است.

معرفی بخش مراقبت های ویژه کودکان

پرسنل بخش

رییس بخش

رییس بخش باید دارای مدرک فلوشیپ مراقبتهای ویژه کودکان باشد و سر پرستار بهتر از کارشناس ارشد مراقبتهای ویژه کودکان باشد . این بخش در دو سطح یک و دو فعالیت دارد که سطح یک خدمات تخصصیتر از سطح دو ارائه می کند

متخصص مراقبتهای ویژه یا INTENSIVIST پزشکی است با تعلیمات و تبحر زیاد در اداره کودک بیمار بدحال و بشدت بدحال. در این رشته فوق تخصصی نسبتاً "جدید پزشکان از تخصصهای مختلف وارد میشود. بطور کلاسیک، یک Intensivist Pediatric تحصیلات تکمیلی (فلوشیپ) خود را پس از اخذ یکی از تخصصهای بیهوشی، داخلی، ویا ریه در رشته مراقبتهای ویژه کودکان کامل می کند. محل اقامت پزشک مقیم در زمان کشیک در اتاقی در داخل یا مجاور PICU می باشد بطوریکه با صرف کمترین زمان بتوان به او دسترسی داشت

شرایط احراز ریاست بخش مراقبتهای ویژه کودکان ، به ترتیب اولویت عبارت است از

- 1- دارا بودن مدرک تکمیلی یا تخصصی واحد مراقبت های ویژه کودکان
- 2- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی بیهوشی یا فوق تخصص ریه کودکان
- 3- دارا بودن مدرک سایر تخصص های بالینی و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه

پزشک مقیم، در تمام روزهای هفته ودر تمام اوقات شبانه روز در بخش مراقبتهای ویژه ، حضور دارد

سرپرستار

سرکار خانم

سرپرستار بخش مراقبتهای ویژه کودکان از کارشناسان ارشد پرستاری، کارشناس ارشد بیهوشی و یا پرستارانی که دوره خاصی تحت عنوان طب مراقبت ویژه کودکان را طی نموده اند انتخاب خواهد شد .
پرستاران با 3 سال سابقه کار دربخش مراقبت ویژه نیز به عنوان اولویت دوم می توانند به سمت سرپرستار در بخش مراقبتهای ویژه کودکان انتخاب شوند.

تمام پرستاران این بخش باید بطور دوره ای تحت آموزش و باز آموزشی اختصاصی PICU قرار گیرند.

شرایط احراز برای سرپرستار بخش مراقبتهای ویژه کودکان ، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

حداقل 3 سال سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه. دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری،
مدرک مراقبتهای ویژه به علاوه مدارک گذراندن حداقل 40 ساعت دوره های مدیریت عمومی و 40 ساعت دوره های مدیریت پرستاری(دوره های مورد تأیید وزارت بهداشت) یا و گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک بخش مراقبتهای ویژه و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبتهای ویژه

وظایف سرپرستار

- تحویل بیمار و ایستگاه پرستاری
- پیگیری آزمایشات و مشاوره ها
- اطلاع از شرح حال بیماران
- نظارت بر کار پرسنل بخش
- کنترل تجهیزات پزشکی
- حضور در راند پزشکی و ثبت دستورات آنها

- توجه به نیازهای پرسنلی
- برقراری هماهنگی بین کادر پرستاری و پزشک

پرستار مسئول شیفت

شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش مراقبتهای ویژه، عبارت است از : حداقل دو سال سابقه کار در بخش دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک مراقبتهای ویژه یا و گذراندن دوره ه ای حرفه ای تکمیلی، دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک بخش مراقبتهای ویژه و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبتهای ویژه

شرح وظایف پرستار

- تحویل بیماران به صورت بالینی
- انجام مراقبتهای پرستاری استاندارد
- ثبت گزارش پرستاری
- حضور در راند بیماران خود
- پیگیری و اطلاع از آزمایشات و اقدامات درمانی

به طور کلی در شروع هر شیفت پرسنل میبایست به موقع و سر ساعت در بخش حضور یابند و 2 بیمار خود را به طور کامل از پرسنل شیفت قبل تحویل بگیرند و در راند اینچارج دو شیفت حتما حضور داشته باشند تا در جریان دقیق بیماران خود قرار بگیرند . در صورتی که هر نوع اشکالی در بیمار یا مقدار سرم و..... وجود دارد ملزم است همان موقع جهت رفع اشکال موضوع را مطرح نمایند تا علت توسط شیفت قبل رفع گردد.

هر پرسنل موظف میباشد در کالسهای آموزشی که توسط واحد آموزش تعیین میشود و توسط هد نرس ثبت نام میگردد شرکت نمایید . تقویم آموزشی سالانه در زونکن مخصوص جهت اطلاع پرسنل موجود میباشد

هر پرسنل میبایست در راند بیمار خود شرکت ومشکالت بیمار را به گروه پزشکی گزارش دهد و از برنامه درمانی بیماران خود کاملاً اطلاع داشته باشد.

در صورت بروز هر گونه مشکلی برای بیماران پرستار هر مریض میبایست موضوع را با اینچارج مطرح نمایید و سریعاً پزشک کشیک را در جریان قرار دهند و دستورات مربوطه اجرا و در گزارش پرستاری ثبت گردد

لطفاً هر زمان که بخواهید در مورد مراقبت از فرزندان سؤال بپرسید، پرستار واپی پزشک در هر موردی که رنژ دارید به شما کمک خواهند کرد

آشنایی با مقررات بخش مراقبت ویژه کودکان

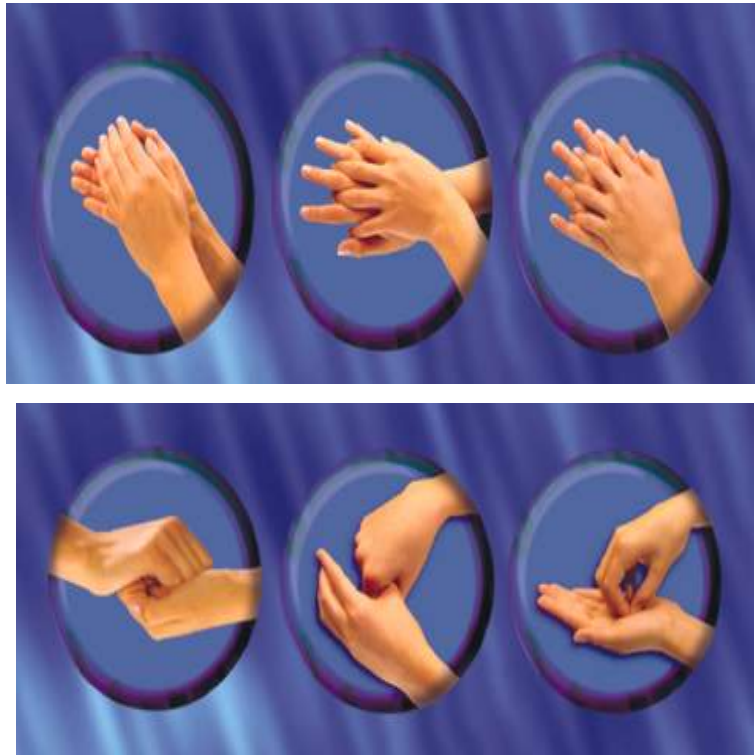
ویزیت کودکان بخش هر روز صبح از ساعت 8:30 تا 11 توسط اساتید فوق تخصص کودکان و فلوشیب کودکان و رزیدنت انجام می شود و بعد از اتمام ویزیت بخش، به سوالات والدین در مورد وضعیت کودک بیمار توسط پزشک ویزیت کننده پاسخ داده میشود . ملاقات برای مادران بدون محدودیت زمانی میباشد . به علت جلوگیری از انتقال عفونت به کودکان محدودیت ملاقات در بخش وجود دارد و به غیر از پدر و مادر سایر اقوام مجاز به ورود به بخش نیستند و پوشیدن گان جهت حضور بر بالین بخش الزامی میباشد

مقررات بخش

1- پدر و مادر عزیز کودک شما به علت تولد زودرس و یا بیماری جسمی، شدیداً " در معرض عفونت میباشد لذا باید به غیر از شما کسی اصرار جهت ملاقات کودک شما نداشته باشد.

2- برای جلوگیری از ابتلاء کودکان به عفونت، قبل از ورود به بخش دست های خود را طبق دستور العمل شستشوی دست به صورت کامل با آب و صابون شستشو و ضدعفونی نمایید. تمام مراحل شستشوی دست در تصویر یک نشان داده شده است.

- شستن دست را با حرکت مالشی و دورانی آغاز نمائید
- سپس کف دست راست را به پشت دست چپ و بالعکس کاملاً کشیده شود
- کف دستها به هم کشیده شود بطوری که انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً سائیده شوند
- پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ بطوری که انگشتان به حالت قفل شدن در هم قرار گیرند و با فشار شستشو شوند و بالعکس
- با کف یک دست انگشت شست دست دیگر را به صورت چرخشی کاملاً سائیده شود و بالعکس
- نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو و تمیز شود و بالعکس
- هر یک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دستها بایستی 5 بار تکرار شود.
- دستها و مچ را کاملاً آبکشی کنید
- زمان استاندارد جهت شستشوی صحیح دست 1 دقیقه میباشد



مراحل شستشوی دست ها

3- در هر شیفت کاری پرستاران PICU که تمامی ورزیده و دوره دیده میباشد از کودک شما مراقبت میکند لطفا سوالات خود را در مورد کودک خود از پرستار مربوطه پرس و جو کنید.

4- رعایت سکوت مساوی با حفظ آرامش کودک بیمار و پرسنل بخش می باشد، از صحبت کردن با صدای بلند و ایجاد سروصدای اضافی اکیدا پرهیز نمایید (در موقع حضور در کنار فرزند خود با وی به آرامی صحبت کنید این امر برای تقویت مرکز شنوایی و تکامل مغز کودک مفید میباشد.

5- بدون هماهنگی با پرستار مربوطه، اقدام خاصی که مربوط روند درمان کودک می باشد را انجام ندهید.

6- قبل از ورود به بخش تلفن همراه خود را خاموش نمایید

دستورالعمل های بازدید از PICU

این دستورالعمل های بازدید برای ایجاد یک محیط امن برای همه کودکان در واحد ما طراحی شده است. به ویژه ما می خواهیم خطر ابتلای فرزند شما به عفونتی را که می توانستیم از آن پیشگیری کنیم به حداقل برسانیم و اطمینان حاصل کنیم که کارکنان همیشه در مراقبت از کودک شما مانعی ندارند.

لطفاً با پیروی از این دستورالعمل ها به حفظ امنیت فرزندان خود و دیگران کمک کنید. با به چالش کشیدن هر یک از تیم ما در صورتی که دستان خود را قبل از ورود به اتاق خواب فرزندان نشویید، بی نظمتان، به ما کمک کنید.

اگر سوالی در مورد اینکه چه کسری و در چه ساعتی می تواند فرزندان را ملاقات کند، دارید، لطفاً از پرستار مسئول واحد بپرسید.

چه کسری می تواند ویزیتور کودک باشد؟

- فقط دو ویزیتور می توانند در هر زمان کنار تخت باشند.
- ویزیتورهایی که علائم سرفه تب، سرماخوردگی و ویروس معده را نشان دهند، اجازه ملاقات ندارند. لطفاً اگر شما یکی از اعضای خانواده تان در هنگام پذیرش بی محض اطلاع از این موضوع در معرض هر گونه بیماری مسری (مانند آبله مرغان) قرار گرفته اید، پرستار کنار تخت را مطلع کنید.
- اگر خواهر و برادر مایلی به ملاقات هستند، باقی قبل از ملاقات با پرستار مسئول صحبت شود. این به محافظت از هر دو کودک در برابر خطر عفونت کمک می کند. اگر خواهر یکی برادر مراجعه

کننده خوب ریست ملی با بهاری عفوری مانند آبله مرغان تماس داشته است لطفاً آنها را به واح د
رگوری.

- والدین همیشه مسئول ملاقات با فرزندان خود هستند
- ممکن است مواردی وجود داشته باشد که برای جلوگیری از شیوع بهاری مانند آنفولانزای
فصلی، ملاقات فقط به والدین/سرپرست محدود شود. در صورت وقوع این موضوع به شما اطلاع
داده خواهد شد
- ما از شما می خواهیم حداکثر 6 نفر از جمله خودتان را که اجازه ملاقات با فرزندان را دارند
شناسایی کنید. این برای محافظت از بچه‌های فرزندان شما و کاهش خطر عفونت است.
- سای بازدیدکنندگاری که در لیست نامزدی پذیرش ریستند، مجاز به بازدید از رستوران ما در
اتریم هستند، اما اجازه ورود به واحد را نخواهند داشت.
- لطفاً هر کت بیرونی را بردارید و روی قفسه کت در ورودی غلاف بگذارید. این امر خطر ابتلا به
عفونت از خارج را کاهش می دهد.

هنگام ملاقات با فرزندان چه کاری باید انجام دهید

در PICU ما پیشگیری از عفونت را بسیار جدی می‌گیریم و برای کمک به کاهش خطر ابتلای فرزندان
به عفونت، از شما می‌خواهیم موارد زیر را انجام دهید.

- لطفاً قبل از ورود به فضای رختخواب کودک، لباس‌های بیرون از خانه را درآورید، آستین‌های بلند
را بالا بزنید، سپس قبل از دست زدن به کودک و هنگام ترک فضای تخت، دست‌های خود را
بشویید و ژل کنید.

- اگر فرزند شما در انزوا است، لطفاً توصیه های پرستار در مورد لباس های محافظ را دنبال کنید و در مورد ملاقات خواهر و برادرها راهنمایی بکنید.
- والدین و سرپرستان بایع در اتاق خواب کودک خود بمانند . لطفاً از فضای تخت بچهار دیگ در داخل واحد دین نکنید. این فقط به دلائی کنترل عفونت رهیست، بلکه برای حفظ محرمانه بودن فرزند شما و سای کودکان در دستگاه است.
- از آوردن غذا، گل ها ی تازه ی بادکنک به دستگاه خودداری کنید. هر نوشیدنی وارد شده به دستگاه بایع در یک فنجان درب دار باشد.
- لطفاً اسباب بازی ها، پتوها ی عروسک ها را به همراه داشته باشید زیرا خطر عفونت دارند.
- لطفاً به رگلهای دیگران احترام بگذارید، پذیرایی والدین فقط مختص والدین و خواهران و برادران است.
- تلفن های همراه بایع در حالت بی صدا باشند و تماس های تلفنی بایع از فضای تخت دور شود.
- لطفاً از راهرو اصلی برای برقراری تماس تلفنی یی به عنوان محل انتظار استفاده نکنید زیرا این یک منطقه بالینی است و بایع همیشه پاک باشد. بعم های پزشکی از این راهرو برای بردن بچهاران به اسکن/تئاتر و اورژانس از روی سکو استفاده خواهند کرد.
- لطفاً از اتاق های مصاحبه به عنوان محل انتظار استفاده نکنید

آشنایی با تجهیزات در بخش PICU

تخت استاندارد ICU



تشک موج

هر تخت دارای تشک موج جهت جلوگیری از بروز زخم بسترمی باشد



تشک موج

دستگاه ونتیلاتور

ونتیلاتور اطفال دستگاهی است که در بخش اطفال و کودکان یا در منزل جهت انجام عمل تنفس برای کودکانی که خود قادر به تنفس نیستند استفاده می شود . این دستگاه در بخش مراقبت های ویژه کودکان نیز برای کودکان نارس مورد استفاده قرار می گیرد.

ونتیلاتور اطفال هوای قابل تنفس را در صورت نیاز همراه با اکسیژن بیشتر به ریه وارد کرده و سپس دی اکسید کربن را خارج می نماید. در این دستگاه پارامترهای بسیاری قابل تنظیم می باشند مانند:

- سرعت تنفس
- حجم تنفس
- میزان اکسیژن لازم
- فشار هوای ورودی به ریه

ونتیلاتور اطفال که به صورت غیر تهاجمی استفاده می شود و به کمک آن، اکسیژن رسانی به بیمار بهتر شده و از خستگی عضلات تنفسی جلوگیری به عمل می آید . هم چنین این دستگاه این قابلیت را دارد که با تنفس خود به خودی بیمار هماهنگ شود و راه های هوایی بیمار را پایدار نگه دارد . استفاده از ونتیلاتور در شرایط مختلف امکان پذیر است، به طور مثال در شرایطی که تعداد تنفس از یک حد مشخص بالاتر باشد، یا بیمار نیاز به اکسیژن بیشتر داشته باشد . علاوه بر این اگر میزان دی اکسید کربن بیش از یک حد مشخص شود لازم است از ونتیلاتور استفاده شود.

دستگاه رسپراتور

دستگاه تنفس مصنوعی در کودکانی که قادر نیستند به طور طبیعی نفس بکشند و یا برای نفس عمیق نیاز به کمک دارند مفید است . این تجهیزات با تولید صدها پف هوا به بازنگه داشتن مسیر

هوایی کودک کمک می کنند. دستگاه تنفس مصنوعی می تواند اکسیژن اضافی به بدن کودک انتقال دهد.

مانیتور بالای تخت

شاید تاکنون دستگاه مانیتور کوچکی که بالای سر بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قرار دارد را دیده باشید. این دستگاه از طریق سیم ها و رابط هایی که به بیمار متصل می شود به پرستار و پزشک امکان بررسی دقیق علائم حیاتی از قبیل فشارخون، ضربان قلب، نوار قلب، تعداد تنفس و درجه حرارت را می دهد.

از طریق این مانیتورهای کوچک و آلارم هایی که دستگاه دارد پرستاران کلیه علائم حیاتی بیمار را به صورت مداوم زیر نظر می گیرند و در صورت بروز هرگونه مشکل می توانند در اسرع وقت اقدام لازم را انجام می دهند. این وسیله ضربان قلب و همچنین میزان و الگوهای تنفسی کودک را در صفحه نمایش نشان می دهد. سیم های مونیتور توسط پدهای چسبنده به روی پوست قفسه سینه، شکم و ران پاهای کودکان متصل می شود

مانیتور به صورت ثابت و پرتابل مورد استفاده قرار می گیرند، مانیتورهای علائم حیاتی پرتابل که به آنها مانیتور پرتابل و مانیتورینگ علائم حیاتی پرتابل نیز می گویند، قابل جابجایی هستند و برای استفاده در آمبولانس ها گزینه مناسبی هستند. مانیتورینگ های بیمار قابلیت نمایش پارامتر یا ماژول های مختلفی از جمله فعالیت الکتریکی قلب (ECG)، تعداد ضربان قلب (Heart Rate)، وجود آریتمی، سرعت تنفس، فشار خون گرفته شده به صورت تهاجمی (IBP) و غیر تهاجمی (NIBP) بر حسب میلی متر جیوه، درصد اشباع اکسیژن خون (SPO2)، دمای بدن (Temp) بر حسب درجه سلسیوس و کربن دی اکسید موجود در هوای بازدم بر حسب میلی متر جیوه (CO2) را دارند که تعداد پارامترهای نشان داده شده بر اساس محل مورد استفاده و کاربردی که دارند، متفاوت است



مانیتور بالای تخت

سیستم مانیتورینگ مرکزی

سیستم های مانیتورینگ مرکزی که به آنها مانیتورینگ علائم حیاتی سانترال و اتصال به سیستم مانیتورینگ مرکزی نیز می گویند، جهت بررسی و کنترل علائم حیاتی بیمارانی که در یک بخش هستند، از جایگاه پرستاری کاربرد دارند. با اتصال مانیتور های علائم حیاتی به سیستم مرکزی، نیازی به حضور دائمی کادر درمان در بخش مراقبت های ویژه برای بررسی علائم حیاتی بیمار نیست



مانیتور مرکزی

برای اتصال مانیتور های کنار تختی به سیستم سانترال، کابل شبکه متصل به سیستم مرکزی به درگاه شبکه تعبیه شده در پشت مانیتورینگ علائم حیاتی مربوطه وصل می شود . سیستم های مانیتورینگ سانترال دارای مانیتور، سرور مربوط به سیستم مرکزی و کانال ارتباطی هستند که در زیر به شرح هر یک می پردازیم:

- مانیتور برای نمایش علائم حیاتی در جایگاه پرستاری و کنترل توسط پزشک یا پرستاران استفاده می شود، تعداد مانیتور های موجود در این بخش بنا به تعداد بیماران بخش، ممکن است به 3 یا 4 تا نیز برسد، ابعاد مانیتور مرکزی بزرگ تر از مانیتور های کنار تختی بوده و صفحه آن به نواحی یکسان برای نمایش اطلاعات بیماران مختلف تقسیم می شوند.
- مانیتور های کنار تختی به منظور برقراری ارتباط با مانیتور سیستم مرکزی نیازمند به سرور هستند که یک سیستم کامپیوتری این وظیفه را بر عهده می گیرد . سرور مربوط به سیستم مرکزی باید شرایط لازم برای ایجاد ارتباط مانیتور های کنار تختی به کامپیوتر سرور به شکل بی

سیم، تحت شبکه و غیره را داشته باشد، همچنین قابلیت ایجاد آلام، ذخیره سازی علائم حیاتی اندازه گیری شده برای هر بیمار حداقل به مدت یک روز، رکورد گیری از داده های ذخیره شده و آرشیو حائز اهمیت است.

- کانال های ارتباطی بر اساس محیط بخش مورد استفاده نوع سرور انتخاب می شوند و لازم است ارتباطی امن و بدون نویز بین مانیتور های بخش و سرور مرکزی ایجاد کنند، این کانال ها ممکن است از نوع امواج رادیویی، فیبر نوری، کابل مخابراتی و غیره باشند.

Nebulaizor

ریه ها مهمترین قسمت دستگاه تنفسی هستند که در عمل تبادل گازهای تنفسی جهت تأمین اکسیژن بافت های مختلف بدن و دفع دیاکسید کربن نقش دارند. برونشها، برونشولها و آلوئولها از اجزای مهم ریهها محسوب میشوند که در یک بیماری تنفسی ممکن است درگیر شوند. گاهی ضایعه در بافت ریه یا عروق خونی آن ایجاد میشود. بیماریهای ریوی در هر سال بسیاری از افراد جامعه را مبتلا میکند که باعث کاهش سطح عملکرد فرد در فعالیتهای روزمره میشود میزان اختلال در عملکرد تنفس در یک بیماری ریوی به نوع بیماری و وسعت آسیب وارده بستگی دارد. حدود 100 میلیون نفر از مردم جهان از آسم، بیماری مزمن دستگاه تنفس رنج میبرند. آسم سبب سرفه یا تنگی مجرای تنفسی میشود. نبولايزر وسیلهای برای رساندن دارو به قسمت های مختلف دستگاه تنفس از طریق استنشاق است.

این درمان به خصوص در وضعیت هایی مانند برونشیت و آسم شدید بسیار مؤثر است و به دلیل سریع بودن تأثیر دارو و جلوگیری از تأثیر دارو بر بافت های دیگر بدن بسیار مورد توجه است. با توجه به نوع داروی مصرفی باعث بهبود تهویه، افزایش عملکرد ماهیچه های تنفسی، بهبود استقامت فعالیتهای عمومی، جلوگیری از تجمع ترشحات ریوی، بهبود سرفه، کاهش چسبندگی، کمک به بازگشت

خون، کاهش درد و کاهش اسپاسم میشود. روشهای دیگر استفاده از دارو مانند خوراکی و تزریقی برای مشکلات دستگاه تنفس کمتر مؤثر و مورد استفاده اند. نبولایزر، بیمارانی که دیواره ی مجاری تنفسی آنها بر اثر آلرژیها و بیماری های رایج تنفسی دچار آسیب می شوند، اکثر داروهای تجویزی به آنها استنشاقی بوده و از انجایی که داروهایی که بصورت خشک میباشد برونشها را بیشتر تحریک و آسیب می رساند، برای اینگونه بیماران استنشاق دارو توسط نبولایزر تجویز میشود. همچنین در موارد حاد آسمی جهت باز کردن راه های هوایی آلوولها از دستگاه نبولایزر استفاده میشود.



دستگاه نبولایزر

پالس اکسی متر

این وسیله تیم پزشکی را قادر می سازد تا اشباع اکسیژن در خون را کنترل کنند . پالس اکسیمتر شبیه گیره لباس است و به انگشت بیمار متصل می شود و یا در سائز بسیار کوچک بوده و به لاله گوش

متصل می‌گردد. دستگاه جهت اندازه‌گیری اکسیژن اشباع شده در خون می‌باشد که میزان اکسیژن را در فواصل زمانی مشخص اندازه‌گیری و معدل‌گیری نموده و ثبت می‌نماید.



پالس اکسی متر

دستگاه اینفیوژن پمپ

پمپ سرنگ دستگاهی است که جهت تزریق دقیق مایعات به بدن (مثل دارو) به وسیله یک سرنگ یکبار مصرف (معمولا) با سایزهای ۱۰، ۲۰ و ۵۰ سی‌سی) مورد استفاده قرار می‌گیرد. به طور کلی عملکرد این دستگاه بدین صورت است که با توجه به استاندارد و ثابت بودن قطر سرنگ و حرکت خطی پلانگر / اسلایدر، سرنگ پلاستیکی حاوی مایع رقیق شده در قسمت ن‌گهدارنده قرار داده می‌شود و به واسطه ی یک اکستنشن تیوب توسط یک سوزن یا آنژیوکت به بیمار متصل می‌گردد، هنگامی که نرخ جریان مایع (برحسب میلی لیتر بر ساعت) مشخص شد پمپ پلانگر سرنگ را تحت فشار قرار داده تا مایع جریان پیدا کند. سرعت تزریق (حرکت پلانگر) وابسته به قطر سرنگ و نرخ جریان تنظیم شده برای پمپ است. زمانی که پمپ در حال کار است، میزان نرخ جریان، حجم و فشار مایع دائما “ اندازه

گیری شده و هرگاه خطایی در این پارامترها یا سایر پارامترهای دیگر مانند اتمام باتری، مایع تزریقی و ممانعت از آسیب رسیدن به رگ بیمار حین افزایش احتمالی بیش از حد فشار تزریق دهد، دستگاه با قطع تزریق و آلام اپراتور را آگاه خواهد نمود.



دستگاه اینفیوژن پمپ

الکتروشوک

وقتی ضربان قلب متوقف میشود و هیچ نشانه‌های از گردش خون وجود ندارد، ایست قلبی رخ داده است. شایعترین علت ایست قلبی، یک ریتم غیرطبیعی قلب است که فیبریلاسیون بطنی نامیده میشود. این ریتم غیرطبیعی زمانی اتفاقی می‌افتد که اکسیژن‌رسانی به قلب ناکافی باشد یا در نتیجه حمله قلبی، قلب آسیب ببیند. برای تصحیح ریتم قلبی میتوان از دستگاهی به نام دفیبریلاتور خارجی خودکار (دفیبریلاتور) استفاده نمود.

دیفبریلاتور دستگاهی است که شوک الکتریکی را به عضله قلبی که تحت یک آریتمی (ریتم غیر نرمال) کشنده است می‌رساند. که باعث انقباض تمام سلولهای قلبی شده و سپس استراحت قلب و بدنبال آن به گره سینوسی اجازه ضربان سازی و در نهایت باعث تپش دوباره قلب میشود که در حقیقت از این دستگاه برای خنثی نمودن انقباضات ناهماهنگ قلبی و بازگرداندن انقباضات قلبی به حالت متعادل اولیه، همچنین در مواقعی که قلب از کار بازمی‌ایستد، برای شروع مجدد ضربان قلبی استفاده میشود.



الکتروشوک

الکتروکاردیوگرام (ECG) :

الکتروکاردیوگرافی یا گرفتن نوار قلب، روشی برای بررسی فعالیت الکتریکی قلب از طریق ثبت سیر یک ایمپالس الکتریکی از منشأ آن در گره سینوسی-دهلیزی می‌باشد، که باعث انقباض قلب می‌شود. یک نوار قلب یا الکتروکاردیوگرام نموداری است که نشان دهنده فعالیت الکتریکی هر ضربان قلب و نیز ریتم ضربان‌های متوالی قلب می‌باشد.

الکتروکاردیوگراف دستگاهی است که پیام الکتریکی انقباض قلب را طی یک چرخه ضربان قلب از روی پوست دریافت می کند . الکترودهای این دستگاه روی محل های مشخص از پوست نصب و پیام الکتریکی را به صورت یک منحنی روی کاغذ و صفحه نمایشگر نشان میدهد و با اصطلاح (ECG Electrocardiogram) شناخته میشود.

رادیولوژی پرتابل

رادیولوژی پورتابل در مواردی که امکان حمل و نقل بیمار به اتاق رادیولوژی مقدور نباشد، به کار گرفته می شود. برای رادیولوژی پورتابل از تجهیزاتی که قابلیت حمل داشته باشند، استفاده می شود. دستگاه های تصویربرداری پورتابل در دو نوع رادیوگرافی و سونوگرافی موجود هستند . از این تجهیزات در مکان های مختلف مانند اتاق بیمار، اتاق ریکاوری، بخش مراقبت های ویژه، درمانگاه های کوچک، بیمارستان های دور افتاده یا بیمارستان های صحرایی و حتی در حیاط بیمارستان نیز استفاده می شود.



رادیولوژی پرتابل

منابع

مروری بر تاریخچه پرستاری مراقبتهای ویژه و انواع آن: مطالعه مروری. حامد بهروز. دکتر امیر واحدیان عظیمی . دکتر

ابوالفضل رحیمی. 1399

ایمنی در بخشهای مراقبت ویژه کودکان : مروری بر مطالعات انجام شده در ایران . فاطمه کلروزی . سودابه

جولایی. 1397

استاندارد تجهیز و توسعه بیمارستان . مطابق استاندارد تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی . دکتر علی تقی زاده. مهندس هانی اسماعیلی. مهندس سعید غفوری. 1397

موضوع: نحوه مراقبت از کودک در طول دوره بستری

هدف کلی

آشنایی نحوه مراقبت از کودک در طول دوره بستری

اهداف جزئی

مادر پس از آموزش این فصل بتواند:

- با دلایل بستری کودکان در بخش مراقبت های ویژه آشنا شود
- اقدامات درمانی که در بخش مراقبت های ویژه برای کودکان انجام می شود را بشناسد
- خصوصیات بخش های مراقبت ویژه کودکان را شرح دهد
- با معیارهای ترخیص کودک از بخش مراقبت های ویژه آشنا شود
- عوامل ایجاد ترس و هیجان در بخش مراقبت های ویژه آشنا شرح دهد
- با نحوه ارتباط با پرستاری آشنا شود
- با نقش پرستار در کمک به والدین کودک بستری آشنا شود

کودکان بستری در بخش مراقبت های ویژه

هر کودکی که به طور جدی بیمار باشد، به مراقبت ویژه نیاز داشته باشد و نیازهای پزشکی او در بخش های عمومی بیمارستان پاسخ داده نشود به مراقبت های ویژه کودکان منتقل می شود . کودکانی که در مراقبت های ویژه کودکان بستری می شوند اغلب دچار مشکلات تنفسی شدید ناشی از آسم، عفونت های خطرناک، وضعیت های خاص قلبی، برخی از عواقب دیابت بوده و یا آن هایی هستند که دچار تصادف جدی با اتومبیل یا غرق شدن شده اند.

برخی کودکان که تا حدی وضعیت ثابتی دارند در ابتدا در بخش جراحی بیمارستان بستری می شوند اما اگر شدیداً بیمار باشند یا دچار آسیب شده باشند به مراقبت های ویژه کودکان منتقل می گردند. به دنبال یک جراحی بزرگ، بسیاری از کودکان برای چند روز در مراقبت های ویژه کودکان بستری می شوند . این که آن ها تا چه مدت در واحد مراقبت ها ی ویژه کودکان نگه داری می شوند به وضعیت آن ها بستگی دارد؛ برخی تنها یک روز در بخش مراقبت های ویژه کودکان می مانند، برخی دیگر نیاز دارند که برای چند هفته و یا حتی ماه در این بخش بستری باشند . در این شرایط سوالات خود را از پزشک یا پرستاری که در مراقبت های ویژه کودکان از کودک مراقبت می کند بپرسید.

این بخش برای پذیرش و مراقبت از کودکان بیماری که دارای مشکلات درمانی داخلی، جراحی به خصوص تشنج و خونریزی داخلی هستند، در نظر گرفته شده این بخش جهت مراقبت کودکانی که در وضعیت بحرانی به سر می برند تدارک دیده می شود. اولویت روابط برون بخشی مراقبت ویژه، با واحد اورژانس، بخش های اعمال جراحی و بستری است . در این بخش مانند بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان شرایط فیزیکی و وضعیت عمومی بدن بیمار مرتباً کنترل و ثبت می شود. در این بخش cardiac monitoring ، pacemaker ، ساکشن، اکسیژن مرکزی، چادر اکسیژن و دستگاه

تنظیم تنفس و سایر وسایل لازم جهت بروز وضعیت احتمالی آماده می‌شود. نوزادان و کودکانی که در این بخش بستری می‌شوند، معمولا دچار ناهنجاری‌های مادرزادی شدید، حملات آسمی، برونشیت پنومونی حاد، کوما، تشنج، مسمومیت، ضربه یانارسایی قلبی - ریوی هستند.

امروزه می‌توان کودک را بعد از توقف تنفس، ضربان قلب یا فعالیت مغز زنده نگه داشت و یکی از مزایای بخش‌های ویژه، این است که در مواقع بسیار بحرانی یا قبل از رسیدن به این مراحل حالات کودک شدیداً کنترل شده و برای نجات وی اقدام می‌نمایند.

اقدامات درمانی انجام شده در بخش مراقبت های ویژه کودکان

نگران کننده ترین جنبه بخش مراقبت های ویژه کودکان ابزار پزشکی است که به کودک شما متصل می‌شوند. دستگاه های مورد استفاده در مراقبت های ویژه کودکان دارای هشدار دهنده، صفحه های نمایش و صدا و نور هستند. کودکی که در بخش مراقبت های ویژه کودکان بستری می‌شود موارد زیر را دریافت می‌کند:

سرم.

تقریباً تمام کودکان در مراقبت های ویژه کودکان کاتتر درون رگی دریافت می‌کنند تا از این طریق مایعات و داروها (معمولا بر روی دست ها یا بازوها، در مواردی نیز بر روی پاها، ساق ها و یا حتی پوست سر) منتقل شوند. کاتتر درون رگی یک لوله نازک و منعطف است که به همراه یک سوزن ریز وارد ورید می‌شود. زمانی که کاتتر درون رگ است، سوزن برداشته شده و تنها یک پلاستیک نرم باقی می‌ماند. در

برخی مواقع به کاتترهای بزرگ تر نیاز است که برای فرستادن حجم بیشتری از مایعات و داروها به کار گرفته می شوند. این ها خطوط مرکزی نام می گیرند؛ زیرا وارد عروق بزرگ تر و مرکزی تر قفسه سینه، گردن یا کشاله ران یا روی دست ها و پاها می شوند.

خطوط سرخرگی بسیار مشابه کاتترها هستند اما درون سرخرگ ها و نه وریدها قرار می گیرند و عموماً برای مانیتور فشار خون و سطح اکسیژن در خون و نه فرستادن دارو مورد استفاده قرار می گیرند

داروها.

بیشتر داروها در هر بخشی از بیمارستان قابل دریافت هستند اما داروهایی خاص که می توانند عوارض جانبی خطرناکی داشته باشند تنها به کودکانی که در مراقت های ویژه کودکان تحت نظارت دقیق هستند داده می شوند. در مراقبت های ویژه کودکان به جای این که داروها هر چند ساعت یک بار داده شوند برخی همانند چندین قطره درون رگی در یک زمان به صورت پیوسته دریافت می گردند. در بخش مراقبت های ویژه کودکان، پزشکان ممکن است از این داروها همانند اپی نفرین، دوپامین و مورفین برای کمک به عملکرد قلب، فشار خون یا رفع درد استفاده کنند.

مانیتورها.

کودکانی که در بخش مراقبت های ویژه کودکان بستری هستند به مانیتورهای متصل می شوند. مانیتورها به کمک قطعات سربی در قفسه سینه به بدن متصل می شو ند؛ قطعات سربی چسب های کوچک هستند که بدون درد به سیم هایی متصل می گردند. در بخش مراقبت های ویژه کودکان، این قطعات می توانند ضربان قلب و سرعت تنفس کودک را اندازه گیری کنند. بسیاری از کودکان در مراقبت های ویژه کودکان به دستگاه اکسیمتری پالس متصل می شوند که سطح اکسیژن خون را اندازه می گیرد. این دستگاه بدون درد همانند یک پانسمان به انگشتان دست یا پا متصل می شود. با این که فشار خون به

طور مستقیم از طریق کاتتر سرخرگی تحت نظر است، معمولاً در بخش مراقبت های ویژه کودکان از کاف فشار خون نیز برای اندازه گیری آن از بازو یا ساق پا نیز استفاده می شود.

تست ها.

در مراقبت های ویژه کودکان، پزشکان انجام تست های مختلفی را برای کسب اطلاعات بیشتر همچون آزمایش های خون و تست ادرار توصیه می کنند. برخی مواقع آن ها مایع مغزی نخاعی که مغز و نخاع را احاطه کرده است را تست می کنند. در مراقبت های ویژه کودکان همچنین تصاویر مختلفی از بخش های گوناگون بدن به کمک اشعه ایکس، سونوگرافی، سی تی اسکن و ام آر آی گرفته می شوند.

دستگاه های تنفسی

در برخی مواقع کودکان در مراقبت های ویژه کودکان به تنفس اضافی نیاز دارند . این به معنی دریافت اکسیژن اضافی از طریق ماسک صورت یا لوله داخل بینی است . اما برخی مواقع در مراقبت های ویژه کودکان، آن ها باید به یک دستگاه تنفس متصل شوند . این کار به کمک یک لوله درون نایبی (یک لوله پلاستیکی که از طریق دهان یا بینی در لوله هوایی قرار می گیرد) یا تراکئوستومی (یک لوله پلاستیکی که به طور مستقیم از طریق پوست در راه هوایی قرار می گیرد) متصل به دستگاه تنفس انجام می شود. انواع مختلفی از دستگاه های تنفس در مراقبت های ویژه کودکان به کار گرفته می شوند اما همه آن ها یک هدف را دنبال می کنند : کمک به تنفس کودک در بخش مراقبت های ویژه کودکان. کودک ممکن است در حالتی که لوله تنفسی در داخل مسیر هوایی قرار گرفته داروهای آرام بخش و ضد درد دریافت کنند.

خصوصیات بخش های مراقبت ویژه کودکان

بیمارانی که در بخش های ویژه بستری می شوند اکثراً؛ دچار ترس و اضطراب می شوند در نتیجه فشارخون بالارفته و نبض و تنفس تند می شود. ازدیاد ضربان قلب سبب افزایش نیاز میوکارد به اکسیژن شده و در نتیجه ایسکمی و نکروز میوکارد تشدید می یابد، پس اولین شرط آرام بودن محیط است.

بخش ویژه باید موقعیتی مرکزی داشته، معمولاً در طبقه اول یا دوم بوده و همچنین باید نزدیک اتاق کاتتریسیم و بخش های قلبی و اورژانس باشد.

محل مناسبی برای چیدن و آماده سازی دارو و سیستم های درمانی لازم در بخش مراقبت های پرستاری پیش بینی شده و انجام کارهای بخش در محیط امن و شرایط مطلوب انجام می گیرد . از جمله نور و روشنایی کافی ، دسترسی به آب و سینک شستشو ، یخچال ، محوطه لازم برای انجام کار بخش ، محل ها و کمدهای نگهداری لوازم مصرفی و حفظ داروهای مورد نیاز بیماران پیش بینی شود

تسهیلات لازم برای تخلیه ، شستشو و ضدعفونی لگن ها و لوله های ادرار بدون ضرورت کاردستی و به صورت خودکار پیش بینی شود . شستشوی لگن و ظروف دیگر و ضدعفونی آن ها با آب داغ 85 درجه و یا بخار آب انجام شود

در بالین کلیه بیماران وسیله ارتباطی مناسب با بیرون نظیر تلفن و با داخل نظیر سیستم احضار پرستار وجود داشته باشد. برای هر تخت سیستم خلاء و اکسیژن به صورت مرکزی در نظر گرفته شود

بهترین فرمت بخش قرارگیری آن به صورت دایره ای یا U شکل است به طوری که پرستار در مرکز و

نزدیک تخت بیمار قرار می گیرد. در این حالت ارزیابی مراقبتی پرستار از بیمار افزایش یافته و بیمار نیز با دیدن راحت تر پرستار آرامش می یابد این در حالی است که بیماران نمی توانند همدیگر را ببینند

این مکان ها (اختصاص یافته به هر تخت) باید به اندازه ای بزرگ باشند که بتوان دستگاه هایی مثل ECG، ماساژ الکتریکی، دفیبریلاتور و ... را در آن قرار داد. همچنین تا دیوارها لازم است یک متر فاصله وجود داشته باشد تا بتوان به راحتی مریض را در موارد لازم احیا نمود

مانیتورینگ ها برای سطوح مختلف با قابلیت هایی به صورت جدول 1 تعریف می شوند. ست معاینه شامل استتسکوپ، چراغ قوه، فشارخون سنج، چکش رفلکس، ترمومتر دهانی و رکتال ، اتوسکوپ، افتالموسکوپ، متر و گوشی

معیارهای ترخیص کودک

زمانی کودک بیمار از PICU ترخیص می شود که شرایطی که باعث پذیرش کودک بیمار در PICU شده بود بطور نسبی رفع شده باشد .لااعلاج بودن کودک بیمار به گونه ای که مراقبت در PICU در روند درمانی تاثیری نداشته باشد نیز میتواند معیاری برای جابجایی کودک بیمار به بخش مناسب دیگر باشد.

حمایت پرستاری

به طور کلی از میان عوامل بی شمار ایجاد ترس و هیجان در والدین به علت بستری شدن کودک در بیمارستان می توان به موارد زیر اشاره کرد:

1-ترس از محیط بیمارستان

2-ترس از جدایی کودک و ترس از این که پرستار با مراقبت از کودک توجه وی را به خود جلب کند،

3- ترس از ندانسته ها و این که چه رویدادی در آینده دور یا نزدیک حادث خواهد شد،

4- ترس از این که کادر بیمارستان موجبات رنج کودک را فراهم آورند،

5- ترس از احتمال مسری بودن بیماری و سرایت آن به دیگر اعضای خانواده،

6- ترس از بار مالی ناشی از بیماری و

7- ترس از انعکاس بیماری در اجتماع به عنوان نشانه ای از رفتار والدین

والدین نگران را می توان به وسیله نشانه هایی مانند لرزش بدن، رفتارهای ناشایست، صدای لرزان، بی قراری، تحریک پذیری، گوشه گیری و حرکات بدنی غیرمعقول شناسایی کرد . نگرانی والدین تمام مسائل دیگر را تحت الشعاع قرار می دهد . آن ها ممکن است به بحث های حاشیه ای بدون ارتباط با بیماری پردازند. پرستاران باید این عکس العمل ها را طبیعی تلقی کرده و هرگز تصور نکنند که پرداختن به دیگر مشکلات به معنی عدم علاقه به کودک می باشد

نقش پرستار در کمک به والدین کودک بستری

با تشخیص نگرانی در والدین، اولین وظیفه پرستار شناسایی دلایل نگرانی و یاری والدین به منظور تسکین نگرانی آن ها است. والدین به خصوص والدین تک فرزند، غالباً خود را به دلیل بیماری کودک سرزنش می کنند. در این حال پرستار می تواند با توضیح علت واقعی بیماری، حس شایستگی را در آن ها تقویت کند. چنانچه بیماری کودک به علت ارتکاب اشتباه توسط والدین رخ داده است، پرستار باید ضمن طرح این که اشتباه توسط هر کسی ممکن است انجام شود، نگرانی آن ها را تسکین دهد . در صورت نگرانی پدر و مادر و احساس عدم شایستگی در هر دوی آن ها، پرستار می تواند ابعاد قابل ستایشی را در آنان مطرح سازد و سبب رشد اعتماد به نفس در والدین شود. چنانچه والدین برای رفع احساس گناه خود نیازمند کمک فرد

دیگری علاوه بر پرستار باشند، لازم است به فرد دیگری ارجاع داده شوند. اکثر والدین تمایل دارند از حمایت دلسوزانه و آگاهانه پرستار برخوردار باشند چون در این صورت قادر خواهند بود بینشی حقیقی نسبت به مشکلات کودک و خود پیدا کنند. بعضی از والدین به خصوص مادران ممکن است گوشه گیر به نظر برسند. این گونه والدین نیاز به کمک بیشتری دارند. از وظایف پرستار این است که والدین را به بازگو کردن هیجانات و احساسات خود تشویق کند.

در مقابله با تنش ناشی از بستری شدن، والدین و کودکان بیمار نیاز به پرستارانی دارند که منبع آرامش، قدرت و دانش باشند. به علاوه پرستار باید پیش از ارائه حمایت خود، به گونه ای از کودکان مراقبت کند که اعتماد آنان را جلب کند. در این صورت ارتباط عاطفی مثبتی با کودک و خانواده او ایجاد خواهد شد و پایه حمایت و قدرت گذاشته می شود.

کودک نقطه عطف ارتباط پرستار با والدین است. هنگام بستری شدن کودک در اثر ابتلاء به کسالت شدید، مادر غالباً به دلیل داشتن مسئولیت مراقبت از کودک، به راهنمایی بیشتر توأم با تفاهم دلسوزانه پرستار نیازمند است. در نظر گرفتن والدین به عنوان منبع سازش با کودک و معتبر شناختن آن ها، به پرستار در پذیرش وضعیت کودک کمک می کند

یکی دیگر از اقدام های موثر در کاهش تنش والدین تنظیم مناسب ساعت ملاقات است بهتر است ساعات ملاقات متناسب با نیاز والدین برای دیدن کودک و مهم تر از آن بر حسب نیاز کودک برای دیدن والدین تنظیم شود. جلوگیری از ملاقات مادر و کودک ممکن است به محرومیت از مهر مادری منجر شود. امروزه بیشتر موسسه ها زمان ملاقات را از شروع صبح تا هنگام خواب آزاد اعلام کرده اند و یا اجازه می دهند که والدین شب ها در کنار کودک باقی مانند. در بعضی بیمارستان ها برای والدین اطاق استراحتی به طور جداگانه در نظر گرفته می شود و یا حتی از اتاق بازی برای خوابیدن والدین استفاده می شود. بیشتر

اوقات والدین مایل هستند در طول بستری بودن فرزند خود در بیمارستان، در کنار او باشند و از نزدیک بر مراقبت از کودک خود نظارت داشته باشند. اقامت مادر نزد فرزند از نظر روانی هم برای مادر و هم برای فرزند بسیار مطلوب است. تجربه و تحقیقات نیز این موضوع را تأیید می کنند

خاصه اقامت مادر در کنار کودک اهمیت ویژه ای دارد زیرا

1- قسمتی از وظایف پرستار با کمک و تشریک مساعی مادر انجام می شود،

2- مادر برای مراقبت از فرزند خود از آموزش های لازم برخوردار می شود و آگاهی وی در این زمینه افزایش می یابد و

3- از اضطراب مادر به مقدار زیادی کاسته می شود.

به طور کلی وجود امکاناتی از قبیل اتاق استراحت یا انتظار، رستوران، امکان تماس تلفنی با بخش و دیگر منابع حمایتی می تواند تا حد زیادی از استرس والدین به کاهد. دیده شده است که اغلب، والدین در هنگام اقامت در بیمارستان نیازهای شخصی خود از قبیل خواب و تغذیه را نادیده می گیرند. از این رو پرستار لازم است آن ها را تشویق کند که دوره های استراحت برای خود در نظر گیرند و یا این که برای ساعاتی مسئولیت خود را با دیگر اعضای فامیل تقسیم کنند تا ضمن برخورداری از استراحت، رسیدگی به کارهای معوقه از اضطراب آن ها نیز کاسته شود

منابع

دستورالعمل ارائه خدمات بخش مراقبت های ویژه . وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی معاونت درمان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت.1400

راهنمای تکمیل شیت بخش مراقبتهای ویژه کودکان (PICU). وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی معاونت درمان . 1398

Forest ward paediatric intensive care unit (PICU). Information for parents, carers and visitors

Paediatric Intensive Care Unit (PICU). A guide for parents and carers.Alder Hey Review
Date: August 2021 PIAG: 025

بستری شدن کودک در بیمارستان و اضطراب والدین. مهناز سنجری. 1382