



گاستروشنری و أمفالوسل

اعتیاد
دیجیتال

گفت‌وگوی ویژه با
جناب آقای دکتر بادبرین
فوق تخصص جراحی اطفال

خانواده اتاق عمل، پزشک جراحی کیست؟

ویژگی‌های اتاق عمل اطفال

گزارش نویسی در اتاق عمل

ابزار جراحی مغزو اعصاب



نشریه اتاق سبز | شماره سوم | بهار ۱۴۰۳
Green

Rm

|Green Room|

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

نشریه اتاق سبز | شماره سوم | بهار ۱۴۰۳



◀ صاحب امتیاز: انجمن علمی اتاق عمل

◀ مدیر مسئول و سردبیر: فاطمه موسوی

◀ طراح و صفحه آرا: توحید دمیده

◀ هیئت تحریریه: دنیا صوفیانی - سارا صباغی - سیدعلی حسین زاده - فاطمه شیریزاد - مصطفی حسینقلی زاده - فاطمه موسوی - صبا فداکار - هستی زارع - یلدا طالعی - الهام امیر واحدی

با کمال تشکر و قدردانی از آقای دکتر فائزی، مسئول نشریات دانشگاه علوم پزشکی تبریز



Tabriz Association of Surgical Technologist

Greenroomtabriz@gmail.com



greenroom_tbz



@greenroompub



سخن سردبیر

فاطمه موسوی - ۱۴۰۰ اتاق عمل تبریز



به نام ناجی یکتا

سلام!

بچه‌ها فرشته‌های معصوم روی زمینند و روح انسان، با بودن در کنار کودکان شفا می‌یابد. تجربه‌ی بودن در اتاق عمل کودکان شاید در ابتدا بسیار ناخوشایند و غم‌انگیز باشد اما آنجا که انسان کوچکی را در نخستین روزها و سال‌های زندگی‌اش از درد می‌رهانیم، واقعا زندگی کرده‌ایم. در آن لحظه‌ای که نگرانی و اضطراب والدین یک کودک به رضایت و آسودگی تبدیل می‌شود، واقعا زنده بودن را حس کرده‌ایم.

طبق رسالت نشریه در این شماره نیز وظیفه خود دانستیم به معرفی عضو مهمی از تیم جراحی و همچنین اعمال جراحی کودکان و فضای این بیمارستان‌ها و... بپردازیم. با ما همراه باشید...

فهرست مطالب

۴۴ قطعه ادبی

۵ خانواده اتاق عمل، پزشک جراح کیست؟

۷ اخلاق پزشکی و منشور اخلاقی بیمار

۹ گفت‌وگوی ویژه با جناب دکتر بادبرین

۱۲ ویژگی‌های اتاق عمل اطفال

۱۶ ابزار جراحی مغز و اعصاب

۲۰ گاستروشنری و امفالوسل

۲۴ گزارش نویسی در اتاق عمل

۲۶ اعتیاد دیجیتال

۳۲ بیمارستان کودکان مردانی آذری تبریز

۳۵ معرفی کتاب

۳۷ جدول

۳۸ معرفی فیلم



خانواده‌ی اتاق عمل پزشک جراح کیست؟

تخصصهای پزشکی

آزمون تخصص پزشکی یا همان دستیاری و رزیدنتی، شامل ۲۸ رشته تخصصی است و می‌توان حداکثر ۱۰ رشته را در ۱۰۰ دانشگاهی که آن‌ها را ارائه داده اند انتخاب کرد.

حداقل باید ۱۲ سال از لحاظ مالی مشکلی نداشته باشید تا بتوانید تخصص خود را دریافت کنید. پزشکی عمومی ۷ سال، طرح تعهد اجباری ۲ سال و حداقل ۳ الی ۵ سال نیز دوره تخصص پزشکی طول می‌کشد و علاوه بر آن، باید طرح مخصوص به تخصص را نیز بگذرانید.

حداقل برنامه کشیک دستیاران جراحی

در زمینه بالینی به شرح زیر می‌باشد:

- سال اول ۱۲ کشیک در ماه
- سال دوم ۱۰ کشیک در ماه
- سال سوم ۸ کشیک در ماه
- سال چهارم و پنجم ۶ کشیک در ماه

مزایا و محاسن شغل جراحی

◀ کمک به دیگران و نجات جان

انسان‌ها: این یکی از بزرگترین مزایای

خود را بشوید و از دستکش، کلاه و کفش استریل شده استفاده کند. او باید به بیمارانش آرامش دهد و بتواند اعتماد و اطمینان آنان را برانگیزد. بایستی فشار کاری زیادی را تحمل کند و در عین حال بتواند تصمیمات درست و سریع بگیرد. جراح باید دانش زیاد و عمیقی در حوزه‌های فیزیولوژی، بیوشیمی، پاتولوژی و آناتومی داشته باشد تا بتواند در تشخیص، تصمیم‌گیری درباره مناسب‌ترین روش جراحی، نحوه انجام جراحی و سرانجام نظارت بر بیمار پس از عمل موفق عمل کند.



اتاق عمل همواره جایی بوده است که در آن همکاری حرف اول را می‌زند، پس تیم جراحی را می‌توان یک خانواده پنداشت، خانواده‌ای که برای نجات جان انسان‌ها همواره تلاش خواهد کرد.

نشریه اتاق سبز قصد دارد در هر شماره خود به معرفی یکی از اعضای این خانواده بپردازد. در اینجا به معرفی جراح می‌پردازیم.

رشته جراحی یکی از شاخه‌های اصلی پزشکی است که به درمان بیماری‌ها و آسیب‌های بدن با استفاده از عمل جراحی می‌پردازد. جراح کسی است که بعد از گذراندن دوره پزشکی عمومی برای گرفتن تخصص، باید به عنوان یک داوطلب برای رشته پزشکی مورد نظر خود آماده شود و در صورت قبولی وارد تخصص مورد نظر می‌شود. که مدت زمان آن بستگی به محل تحصیل بین ۵ تا ۸ سال طول می‌کشد و بعد از کسب موفقیت در تمام مراحل، می‌تواند در رشته جراحی شروع به کار کند.

جراح پیش از عمل بایستی دست‌های

قطعه ادبی



هانیه زمانی - ورودی ۱۴۰۱ بهداشت عمومی



الهام امیرواحدی - ورودی ۱۴۰۱ اتاق عمل



برای شنیدن پادکست، QR code فوق را اسکن کنید.

میخواهم از تناقض‌ها برایت بگویم ...
جایی که آرامش با تنش همسو می‌شود ...
شفا به دوش می‌رسد، درد می‌زاید صبر ...
علم با هنر آمیخته می‌شود
دستان حرفه‌ای، آرامشی بر دل می‌نهند
و نوری از میان تپش‌های قلب نمایان می‌شود ...

در این خلوتگاه سبز رنگ، چه جان‌هایی
که به پیکره‌های بی‌روح بخشیده می‌شوند
جایی که پایان یک فصل درد، و آغاز یک رویا است
جایی که هر ضربان قلب به آهنگ زندگی بخشی تبدیل می‌شود ...

اینجا همان است که پشت درهای آن، چشم امید مردمان است به راه ...
آغازی برای بسیاری از پایان‌هاست، و ماییم که همچون نقاشان
خط خطی از رگ‌های آدمی را می‌شناسیم و دست به قلم می‌شویم
در این قلمرو عجیب جراحی، تکنولوژیستان با شاهکارهای خود نماد امید را زنده میکنند ...

ما نقش‌های هنری زیبای خود را با خون و عرق و دلی پر از امید شکل می‌دهیم، آری این ما هستیم که
خستگی خود را با نجات جان‌ها به در می‌کنیم ...
چشمان خود را آسوده ببند که فرشتگان نجات از خدا قدرت گرفته اند ...

ز کوی یار می‌آید نسیم باد نوروژی
چو گل گر خرده‌ای داری خدا را صرف عشرت کن
ز جام گل دگر بلبل چنان مست می‌لعل است
به صحرا رو که از دامن غبار غم بیفشانی
از این باد ار مدد خواهی چراغ دل برافروزی
که قارون را غلظها داد سودای زراندوزی
که زد بر چرخ فیروزه صفیر تخت فیروزی
به گلزار آی کز بلبل غزل گفتن بیاموزی

اخلاق پزشکی و منشور حقوق بیمار



بروزرسانی شده سوگندنامه بقراط بود و تأثیر زیادی در آموزش علم اخلاق پزشکی در آن زمان گذاشت.

چهار اصل کلیدی برای راهنمایی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مطرح شده است این ۴ اصل عبارتند از:

۱. احترام به فرد و اختیار او
autonomy
۲. سودمندی
beneficence
۳. عدم ضرررسانی یا عدم اضرار
nonmaleficence
۴. عدالت
justice

که این‌ها را به نام اصول ۴ گانه‌ی اخلاق زیستی می‌شناسیم. اوتونومی ایجاب می‌کند که قبل از هر اقدامی، با بیمار مشورت بشود. اگر بیمار صلاحیت نداشته باشد باید با ولی یا قیم بیمار مشاوره صورت گرفته و بین درمانگر با بیمار یا قیم او توافقی صورت بگیرد.

فاطمه شیرازی - ورودی ۱۴۰۱ اتاق عمل

سلوک بشری است که رفتار گروه‌ها را در آن شغل یا حرفه مشخص می‌کند. سهم بقراط در علم اخلاق پزشکی بیش از سهم سایر فلاسفه یونانی است (۳۸۰-۴۵۰ ق.م).

به واسطه تدوین یک معاهده یا کدهای اخلاقی تحت عنوان سوگندنامه بقراط که این سوگندنامه سالیان سال و بلکه قرن‌ها توسط پزشکان و طبیبان مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان یک سوگندنامه‌ی پزشکی در تمام جهان مورد استفاده قرار گرفته است. بقراط قوانین پزشکی را براساس اصول اخلاقی طراحی کرد و مبانی اخلاق را با طبابت در قالب قسم‌نامه‌ای پیاده کرد.

پس از جنگ جهانی دوم در سال ۱۹۴۸، اعلامیه ژنو در واقع توسط جامعه بین‌المللی پزشکی ارائه شد که نسخه

در جامعه پزشکی طرح مباحث اخلاق به دلیل اهمیت حرفه‌های حوزه علوم پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است به گونه‌ای که اگر مزایای حاصل از رعایت اخلاق حرفه‌ای فراگیرتر بشود، میزان تعهد به اصول اخلاقی از درجه بالاتری برخوردار خواهد بود و هر قدر که محدودیت‌های اعمال شده ناشی از اصول اخلاقی حرفه‌ای منطقی‌تر بوده و در رشد سازمان موثرتر باشد، اعضای آن سازمان نسبت به این اصول پایبندی محکم‌تری خواهند داشت.

مبحث اخلاق حرفه‌ای همان طور که از نامش بر می‌آید، سخن از مجموعه‌ای از بایدها و نبایدهایی است که خطاب به حرفه‌مندان یک رشته و در ارتباط با مسئولیت‌های حرفه‌ای آنها مطرح می‌شود.

در واقع می‌توان گفت اخلاق حرفه‌ای مجموعه‌ای از اصول و استانداردهای

شغل جراحی است. جراحان می‌توانند با انجام عمل‌های جراحی، زندگی بیماران خود را تغییر دهند و به آنها کمک کنند تا به سلامتی کامل خود بازگردند.

◀ امکان کسب درآمد بالا: جراحان در ایران و جهان درآمد بالایی دارند. علت آن نیز مسئولیت و حساسیت بالای شغل جراحی است.

◀ امکان کار در محیط‌های مختلف: جراحان می‌توانند در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز جراحی کار کنند. این امر به آنها فرصت می‌دهد تا در محیط‌های مختلف تجربه کسب کنند.

معایب و سختی‌های شغل جراحی

◀ فشار کاری زیاد: شغل جراحی یک شغل پر استرس و فشار است. جراحان باید در شرایط اضطراری تصمیم‌گیری‌های سریع و درستی بگیرند.

◀ احتمال مواجهه با حوادث و خطرات: جراحی یک کار پرخطر است. جراحان ممکن است در معرض خطر عفونت، خونریزی و صدمات دیگر قرار گیرند.

◀ ساعات کاری طولانی: جراحان معمولاً ساعات کاری طولانی دارند. آنها ممکن است مجبور باشند در شیفت‌های شبانه و تعطیلات کار کنند.

مهارت و دانش مورد نیاز جراح

۱. علاقه زیاد به کمک به دیگران
۲. علاقه و دانش در حوزه پزشکی، آناتومی و فیزیولوژی
۳. مهارت‌های ارتباطی خوب
۴. توانایی آرامش بخشیدن به بیماران و جلب اعتماد و اطمینان آن‌ها
۵. مهارت‌های مدیریت و رهبری به خصوص درباره اعضای اتاق عمل
۶. توانایی تحمل فشار کاری و تصمیم‌گیری صحیح و سریع
۷. توانایی کار مطابق با بالاترین استانداردهای حرفه‌ای
۸. به روز نگه داشتن اطلاعات و مهارت‌های خود
۹. هماهنگی زیاد بین دست و چشم
۱۰. توانایی آموزش و نظارت بر کار کارکنان

منابع:

- سایت انتشارات جعفری
- مرکز مشاوره ای پاسخ با ما
- ایران استخدام





گفت و گوی ویژه با جناب آقای "دکتر بادبرین"

فاطمه موسوی - ۱۴۰۰ اتاق عمل تبریز



خیلی عالی ایشالا که همیشه سلامت باشید کنار هم، نظرتون راجع به کسایی که بعد از فارغ التحصیلی تو رشته ی دیگه میان پزشکی می خونن چیه؟ به نظرتون آیا اتلاف کردن عمره؟

چرا اتلاف عمر باشه؟ از هر راهی شما بتونید علمتون رو افزایش بدید بتونید خودتونو بالا بکشید فرقی نمی کنه هر زمان هم شروع کنین به نظر من دیر نیست.

به عنوان جراح اطفال، کودک درونتون چه قدر زنده است؟

خیلی زنده است، اگه شما تو اتاق عمل منو ببینین یه جا بند نیستیم. چون کارمونم زیاده بدو بدو زیادی داره و کودک درون ما همیشه بیداره. (:

انگیزه ادامه داندتون چیه؟ اینکه این حرفه سخت و پراسترس رو ادامه دادید؟

خب ممکنه اوایل سختی های زیادی داشته باشه، ولی وقتی آدم به کارش علاقه داشته باشه، ایمان داشته باشه همه سختی ها رو تحمل می کنه. الان کارکردن با بچه برای من خیلی خیلی راحت تر از کارکردن با یه بزرگسال هستش. آدم تو کار و فیلد خودش که وارد می شه، زمان که می گذره عادت می کنه. کارت رو هم که دوست داشته باشی مشکلی نیست.

سلام آقای دکتر خیلی ممنون که وقتتون رو در اختیار ما گذاشتید، ابتدای کار لطفا خودتون رو معرفی بفرمایین:

با عرض سلام دکتر داود بادبرین هستم، فوق تخصص جراحی کودکان و متخصص جراحی. من سال ۷۱ وارد دانشگاه تبریز شدم و کاردانی بیهوشیم رو خوندم و همه دوره های تحصیلم هم اینجا ادامه پیدا کرد و متولد سال ۵۲ تبریز هستم.

آقای دکتر چطور شد که فیلد جراحی کودکان رو انتخاب کردید؟

من از ابتدا به کار با بچه ها علاقه داشتم و قبل از اینکه جراح بشم به عنوان تکنسین بیهوشی تو بیمارستان کودکان با بچه ها کار می کردم و به همین جهت بعد از تخصص جراحی دیگه گفتم برم توی فیلد کودکان.

کسی از دوستان دوران دانشجویی تون هست که هنوز باهم در ارتباط باشید؟ اکیپ یا گروهی از دوستاتون؟

بله، گروه های مختلف مجازی داریم، گروه های واقعی داریم که باهم قرار میذاریم، جاهای مختلف میریم. اونایی که از دوره پزشکی عمومی باهم بودیم هنوز هستن.



- در ادامه میپردازیم به یکی از بنیادی ترین اصولی که باید در تعامل با بیمار رعایت شود، منشوری که بیانگر حقوق بیمار در دریافت خدمات از ارائه دهندگان خدمات سلامت است و با عنوان (منشور حقوق بیمار) نامیده می شود.
- این منشور شامل بندهای متعددی است که در ۵ محور تنظیم شده است:
- محور اول:** دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- محور دوم:** اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار بگیرد.
- محور سوم:** حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- محور چهارم:** ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به شأن و حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد. طبق این محور بیمار حق دارد از تمام آنچه در مورد جسم و اطلاعات مربوط به سلامتیش است صیانت بشود و اطلاعات بیمار به دیگران و کسانی که خود بیمار علاقه ای به آگاه کردن آنها ندارد افشا نشود.
- محور پنجم:** دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.
- مصادیق احترام به منشور فردی در اخلاق حرفه ای و پزشکی:
- اخذ رضایت آگاهانه قبل از هر اقدامی
- اظهار صادقانه حقایق در مورد بیمار و بیماری
- رازداری نسبت به اسرار حرفه ای
- رعایت حریم خصوصی
- مشارکت دادن بیمار یا قیم او در تصمیم گیری بالینی
- اگر اعمال جراحی که انجام خواهد شد با سه شرط زیر پیش رود، عین رعایت اصول اخلاق حرفه ای خواهد بود:
 - عمل با قصد و اراده فرد باشد؛
 - عمل با آگاهی و درک و فهم کامل باشد؛
 - عمل بدون کنترل و دخالت دیگران انجام بپذیرد.
- و در پایان "اخلاقی بودن در حرفه حاصل دانستن، خواستن، توانستن، نگرش است."
- منبع:** کتاب اخلاق پزشکی و Professionalism



خداحفظتون کنه واقعا خیلی حس خوبی میده به آدم. چه توصیه‌ای به دانشجویهای نسل جدید دارین؟

ببینید، توصیه من اینه که اگه شما به کارتون و به درستون علاقه دارید می‌تونین موفق بشید. توی هرکاری، چه اتاق عمل چه بیهوشی چه کارشناسی بخونین یا چه داروسازی و پزشکی، خب بچه‌های اتاق عملی هستن که الان من باهاشون در ارتباطم و توی کارشون خیلی موفقن. به اندازه یه جراح کار میکنن، درآمدشون هم خوبه. پس تو رشته‌های مختلف فرقی نمی‌کنه، شما فقط سعی کنین توی اون رشته، تاپ باشید. به نظر من یا کاری رو نباید انجام داد یا اگه انجامش میدی تو بهترین سطح انجامش بدی و تا آخرش بری، این شعار منه. چون کار ما با جون مریض هاست و با بچه مردم سروکار داریم باید بهترین کارهارو انجام بدیم پس اگه علاقه نداشته باشیم موفق نمی‌شیم. اگه به کاری علاقه ندارین بهتره دنبال اون نرید. به جای اون یه کار دیگه شروع کنین تا دیر نشده. حالا خیلی دیر هم نمیشه آدم می‌تونه هر زمانی اراده کرد شروع کنه.

الان ما با انترن‌ها و اکسترن‌ها کلاس داریم، بهشون میگم اگه توی ایران می‌مونید، خوب کار بکنید. الکی خودتونو علاف چیزهای پیش پا افتاده نکنید. یا خیلی از بچه‌ها خیلی از رشته‌ها الان می‌خوان برن، خب تصمیم گرفتن اون کارو انجام بدن. ولی اگه توی کشور خومون می‌خواین بمونین کارتون رو به بهترین نحو انجام بدید و بهترین باشید.

و اما سخن پایانی تون آقای دکتر:

همون حرف قبلیم رو میگم. سعی کنین کاری رو شروع کردید خوب ادامه بدید. از درس خوندن و ادامه دادن کسی ضرری ندیده. شاید تعریف از خود باشه ولی من کارم رو از تکنسین بیهوشی شروع کردم، یعنی اول کاردانی بیهوشی خوندم بعدش رفتم پزشکی خوندم تخصص خوندم فوق تخصص خوندم پنی آدم میافته رو غلتک، خیلی کارها خودش جور میشه و اگه بخواین می‌تونین و شعار خواستن توانستن است واقعا حرف درسته.

درسته، علاقه خیلی مهمه. خاطره‌ای از بچه‌ها یا بچه‌ای هست که هنوزم در ارتباط باشید؟

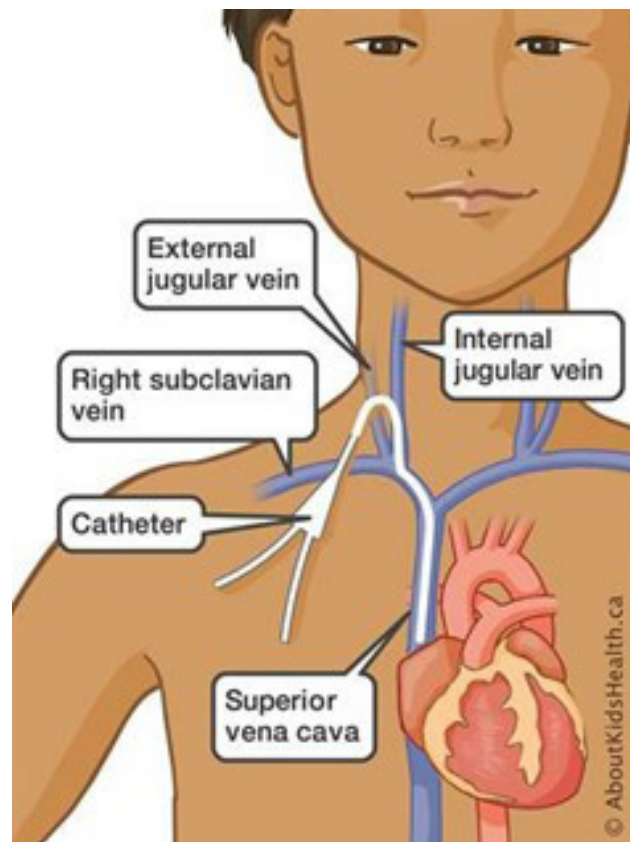
بله بله، خیلی از بچه‌هایی که بیماری خیلی شدید داشتن بهبود پیدا کردن. یه بچه‌ای هست توی بهزیستی هست، حالا اسم دیگه‌ای داره ولی ما اسمشو گذاشتیم سهیل. این بچه نارسایی کلیه داره و در مراحلی که ما براش کاتتر دیالیز می‌ذاشتیم، یه بار ایست قلبی کرد. مجبور شدیم تراکوتومیش کنیم و ما گفتیم این بچه از دست رفت. ولی بعدش خوشبختانه تونستیم رگشو ترمیم کنیم و برگشت. اینو ما برای پیوند کلیه فرستادیم ارومیه، با کمک خیرین اون بهزیستی پیوند کلیه شد سه سال پیش (سال ۱۴۰۰) الان داره درس می‌خونه. یازده سالشه، بعد میاد مارو می‌بینه، ما می‌ریم دیدنش و این خاطره خوشیه برای من. {ین گزارش توسط خبرگزاری ایسنا منتشر شده است برای مطالعه بیشتر کد زیر را اسکن کنید}



خب حرف از رفتن شد آقای دکتر، شما چرا نرفتید؟

نه دیگه از ما گذشته، دیگه جایگاهی داریم تو جامعه‌مونو بهش عادت کردیم، کارمون رو دوست داریم، خونه زندگی‌مون اینجااست. اگه مثلا بیست سال پیش بود، شاید من هم می‌خواستم مثل دوستانم برم. ولی گفتم گروه مجازی دوستانم که هست، نصف بیشترشون اینجا نیستن ولی خب ما کارمون رو دوست داریم با اینکه مشقتش خیلی زیاده، بیشتر از کارای دیگه ولی خب فعلا که اینجا راحتیم.





کنتر ورید مرکزی در ورید ژوگولار داخلی

توصیه شرکت سازنده را برای گرم کردن محلول چک کرد. مایع ابریگیشن (شستشو) نیز باید درحد دمای بدن گرم شود (جز در مواردی که منع انجام دارد).

ریت قلبی کمتر از ۱۰۰ در دقیقه، هایپوگلیسمی، هایپرکالمی و اسیدوز متابولیک از علائم مهم هایپوترمی در کودکان است.

◀ برون‌ده ادرار

برای مدیریت مایعات، برون‌ده در همه گروه‌های سنی اندازه‌گیری می‌شود. در نوزاد و کودک تازه متولد شده، به‌علت خطر بالای آسیب به مجرای پیشابراه، سوندگذاری انجام نمی‌شود. برای اندازه‌گیری دقیق برون‌ده از کیسه جمع‌آوری استفاده می‌شود. برون‌ده مناسب ۱ تا ۲ سی‌سی بر کیلوگرم در هر ساعت می‌باشد.

◀ عملکرد قلبی

استفاده از کاف فشارسنج و گوشی پزشکی در کودکان، به‌دلیل سازه‌های متفاوت کاف، ایراداتی دارد. در کودکی که مبتلا به اختلالات قلبی نیست، کنتر ورید مرکزی به‌صورت زیرجلدی به‌درون ورید ساب‌کلاوین یا ورید ژوگولار داخلی وارد می‌شود تا

◀ ارزیابی رشد روانی کودک

برای برقراری ارتباط متقابل، رشد روانی کودک باید بر اساس سن و همچنین سطح رشد فردی کودک درنظر گرفته شود. یکی از دردناک‌ترین احساساتی که اکثر کودکان تجربه می‌کنند، جدایی از والدین و فکر به رها شدن می‌باشد. معمولاً نوزادان در صورت حضور والدین همکاری بیشتری دارند. برعکس، یک نوجوان برای نشان دادن عدم وابستگی ممکن است از والدینش بخواهد که او را ترک کنند. یکی از چالش‌های پیش روی تکنولوژیست جراحی که کودک را پذیرش و از او مراقبت می‌کند، ایجاد حس اعتماد بین خود و کودک می‌باشد تا بتواند نگرانی‌های او را تسکین دهد.

◀ مانیتورینگ بیمار کودک

در اندازه‌گیری پارامترهای فیزیولوژیکی، تفاوت‌های مشخصی بین کودک و بزرگسال وجود دارد. پارامترهای حیاتی مانیتورینگ کودکان شامل درجه حرارت، برون ده ادراری، عملکرد قلب و اکسیژناسیون می‌باشد.

◀ توجهات مربوط به دمای بدن

نوزادان کمتر از سه ماه، به دلیل عدم تکامل سیستم عصبی دچار پاسخ لرز نمی‌شوند. هم‌چنین نوزادان چربی زیرجلدی کمی دارند که باعث می‌شود عایق گرمایی ضعیفی داشته باشند. این عوامل به‌همراه جریان خون وسیع موجود در سطح بدن، کودک را در معرض از دست دادن گرما و هایپوترمی قرار می‌دهند. در OR دمای بدن از طریق پوست اندازه‌گیری می‌شود. دمای بدن نوزاد تازه متولد شده حدود ۳۶/۱ تا ۳۷/۷ درجه سانتی‌گراد می‌باشد.

نوزادان و کودکان باید در طول پروسیجر جراحی گرم نگه داشته شوند تا از دست دادن گرما به حداقل برسد و از هایپوترمی جلوگیری شود. دمای اتاق عمل کودکان باید در حد ۲۹/۴ درجه سانتی‌گراد حفظ شود. در بیماران زیر ۲ سال، اغلب از گرم‌کننده‌های تابشی سقفی استفاده می‌شود. ممکن است در طول جراحی از پتوهای گرمی که با آب یا هوا پر شده‌اند، روی تخت جراحی استفاده شود. با این‌حال، موثرترین راه برای حفظ دمای بدن، پوشاندن اندام‌های کودک می‌باشد. محلول‌های استفاده شده در طول جراحی باید گرم باشند و فرد سیرکولر محلول گرم را بلافاصله قبل استفاده بریزد. بعضی محلول‌ها با پایه iodine هنگام گرم شدن ناپایدار می‌شوند. بنابراین باید

ویژگی‌های اتاق عمل اطفال



سارا صباغی - اتاق عمل ۱۴۰۰ تبریز

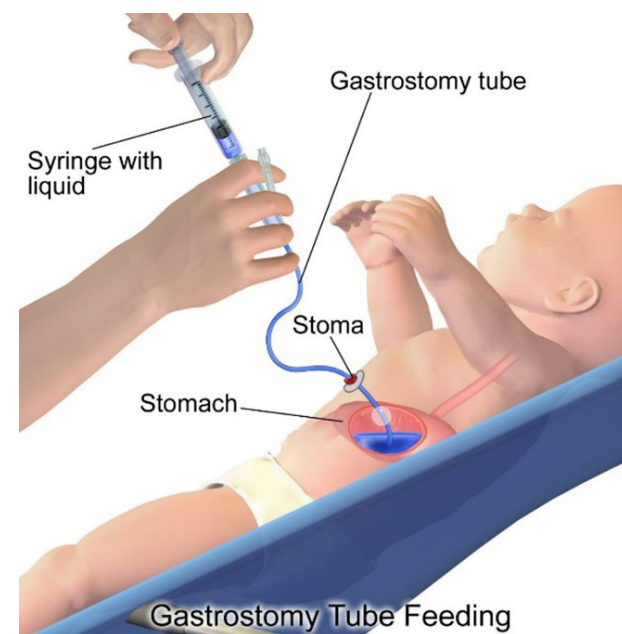
بیماری‌های مادرزادی: شایع‌ترین اندیکاسیون جراحی اورژانسی در نوزادان، نقص‌های دستگاه گوارش (مثل آترزی مری) و بعد از آن، نقص‌های سیستم قلبی (مثل ASD و VSD) و سیستم تنفسی است.

بیماری‌های اکتسابی: مانند آپاندیسیت که بیش‌ترین آمار را در دوران کودکی دارد.

تروما: سوختگی، غرق شدگی، حوادث ناشی از تصادف با وسایل نقلیه موتوری، سقوط و مسمومیت دارای بالاترین آمار مرگ و میر کودکان بالای ۱ سال هستند.

برخی از بیماران کاندید جراحی، نیازهای فیزیکی و روانی ویژه‌ای دارند. مداخلات درمانی برای این افراد با چالش‌های مختلفی همراه است که برای مدیریت این چالش‌ها، لازم است تیم جراحی از این نیازها و پاسخ مناسب به آن‌ها آگاهی کافی داشته باشند. بیماران با نیازهای ویژه شامل کودکان، سالمندان، بیماران دیابتی، زنان باردار، بیماران معلول و... می‌باشند که در این شماره با ملاحظات لازم در رابطه با کودکان آشنا می‌شویم.

◀ اندیکاسیون‌های جراحی در کودکان



لوله گاستروستومی

فشار ورید مرکزی اندازه‌گیری شود. در نوزاد تازه متولد شده، استفاده از ورید ژوگولار خارجی، مناسب‌تر است. در نوزادان و کودکانی که بیماری شدید دارند و نیاز به مانیتورینگ ECG دارند، روش اندازه‌گیری داخل شریانی توصیه می‌شود. در کودکان عمدتاً از کات داون شریان رادیال و در نوزاد تازه متولد شده، معمولاً از شریان آمبیلیکال استفاده می‌شود.

◀ اکسیژناسیون

روش استاندارد برای بررسی میزان اکسیژناسیون در همه گروه‌های سنی، اندازه‌گیری گازهای خون شریانی (ABGs) است. با معرفی پالس‌اکسی‌متری، نظارت بر اکسیژناسیون و میزان اشباع اکسیژن خون آسان‌تر شده است. در طول جراحی، اخذ نمونه خون از شریان‌های کوچک نوزاد مشکل است و پالس



پالس اکسی متر

اکسی‌متری مانیتورینگ سریع و آسان را فراهم می‌کند. پالس اکسی‌متر می‌تواند به کف دست یا قسمت خارجی پای نوزاد وصل شود.

◀ شوک

دو نوع شوک شایع در همه گروه‌های سنی، شوک هایپوولمیک و سپتیک است. دهیدراتاسیون (کاهش آب بدن) شایع‌ترین علت شوک هایپوولمیک در نوزادان است. بنابراین درمان اصلی شوک هایپوولمیک، جایگزینی سریع مایعات و خون می‌باشد. واکنش فیزیولوژیک کودک تازه متولد شده به شوک هایپوولمیک، برادی‌کاردی است درحالی‌که در بزرگسالان تاکی‌کاردی رخ می‌دهد.

شوک سپتیک در نوزادان و کودکان بیش‌تر دیده می‌شود که معمولاً توسط باکتری‌های گرم منفی ایجاد می‌شود. علت شایع شوک در نوزاد و کودک تازه متولد شده، پریتونیت ناشی از سوراخ شدن روده است. سایر علل شوک سپتیک می‌تواند شامل عفونت مجاری ادراری، عفونت مجرای تنفسی فوقانی و آلودگی کتترهای داخل عروقی باشد. درمان اولیه شوک سپتیک، تزریق محلول‌های کلئیدی است و عفونت نیز با آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الاث‌ر درمان می‌شود.

◀ مایعات و الکترولیت‌ها

نوزاد تازه متولد شده دهیدراتاسیون را به‌سختی تحمل می‌کند. کلیه نابالغ نیز دفع آب را به‌خوبی انجام نمی‌دهد. این شرایط، مدیریت مایعات در جراحی را دشوار می‌سازد. از دست رفتن آب بدن کودک از طریق تعریق از پوست و ریه‌ها، مشکلی عمده در OR است که می‌توان با پوشاندن اندام‌ها و مرطوب کردن گاز استنشاقی آن را کاهش داد.

◀ عفونت

موانع میکروبی طبیعی پوست و دستگاه گوارش در نوزادان بطور کامل توسعه نیافته است. از این‌رو نوزاد تازه متولد شده در معرض خطر بیش‌تری برای ابتلا به عفونت قرار دارد. تب، اولین علامت عفونت بعد از عمل می‌باشد. ریه‌ها، زخم جراحی، دستگاه ادراری و محل‌های دسترسی عروقی، از شایع‌ترین محل‌های عفونت پس از عمل هستند. درمان زخم‌های جراحی آلوده شامل برش، دبریدمان و قرار دادن پک‌های آغشته به آنتی‌بیوتیک می‌باشد و تعویض مکرر پانسمان تا زمان بهبود زخم ضروری است.

◀ تغذیه و پاسخ‌های متابولیک

کالری موردنیاز نوزادان بسیار بیش‌تر از کودکان و بزرگسالان است و جراحی نیز نیاز به کالری را افزایش می‌دهد (۲۰ تا ۳۰٪ افزایش در جراحی‌های بزرگ). از آنجایی که نوزاد در چند ماه اول زندگی، بیش‌تر کالری مورد نیاز خود را با مکیدن و بلعیدن تامین می‌کند و این امکان پس از جراحی وجود ندارد، پس از جراحی‌های دستگاه گوارش اغلب از لوله تغذیه گاستروستومی استفاده می‌شود.

◀ توجهات مراقبتی کودکان حین جراحی

باید از برداشت مو توسط تیغ یا موبر خودداری نمود. (به‌جز در جراحی‌های کرانیال و مواقعی که جراح برای نوجوانان دستور می‌دهد).

◀ ابزار

جهت جلوگیری از سقوط بیمار از تخت یا برانکارد، باید از تسمه محافظ استفاده کرد و همیشه باید ریل‌های طرفی تخت را بالا نگه داشت. کاتترهای 6Fr برای نوزادان استفاده می‌شود. ممکن است از سوند ادراری با حجم بالون ۳ml استفاده شود. برای پرپ پوست از مقدار کمی بتادین استفاده شود چون پوست کودکان زودتر جذب کرده و نسبت به ید حساسیت می‌دهد. گازهای خونی را درحالی‌که هنوز مرطوب هستند، جهت اندازه‌گیری میزان خونریزی بیمار وزن می‌کنند. میزان خون بر روی شان‌ها نیز تخمین زده شده و خون داخل ساکشن نیز اندازه‌گیری می‌شود. در این‌جا، ۱ گرم معادل ۱ میلی‌لیتر خون است.

منابع:

۱. تکنیک اتاق عمل بری و کهن - جلد اول
۲. تکنولوژی جراحی برای تکنولوژیست جراحی - جلد هشتم: اصول کار در اتاق عمل





ابزار جراحی مغزو اعصاب



◀ **هوک کوشینگ:**

جهت کنارزدن اعصاب و سخت‌شامه از آن استفاده می‌شود.



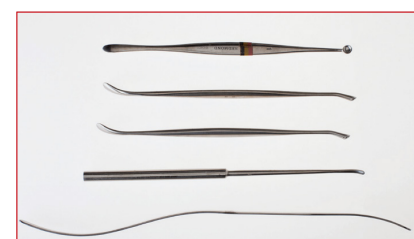
◀ **اکارتور ریشه عصب:**

جهت کنارزدن دورا و ریشه عصب کاربرد دارد.



◀ **قیچی دورا:**

نوعی قیچی با تیغه‌های زاویه‌دار است. تیغه تحتانی آن، دارای نوک بلانت جهت جلوگیری از آسیب به بافت‌های زیرین می‌باشد. از این قیچی در طول جراحی کرایوتومی جهت بریدن دورامتر استفاده می‌شود.



◀ **دکولر پنفلید:**

همه پنفلیدها برای تشریح و کنار زدن بافت مورد استفاده قرار می‌گیرند، و هر یک دارای یک نوک منحنی در یک طرف است. پنفلیدها ۵ شماره مختلف دارند.



◀ **پنست بای‌پولار:**

برای بستن عروق خونی کوچک استفاده می‌شود.



◀ **رترکتور چنگکی خودکار (Traverse):**

نوعی رترکتور خودکار قفل‌دار با حلقه‌های انگشتی است. این رترکتور جهت کنارزدن پوست سر کاربرد دارد.



◀ **دنده هموستات:**

در طول جراحی کرایوتومی، با ایجاد فشار بر روی لبه‌های پوست سر سبب هموستاز و کنترل خونریزی می‌گردد و همچنین برای جداکردن دورامتر هم کاربرد دارد.



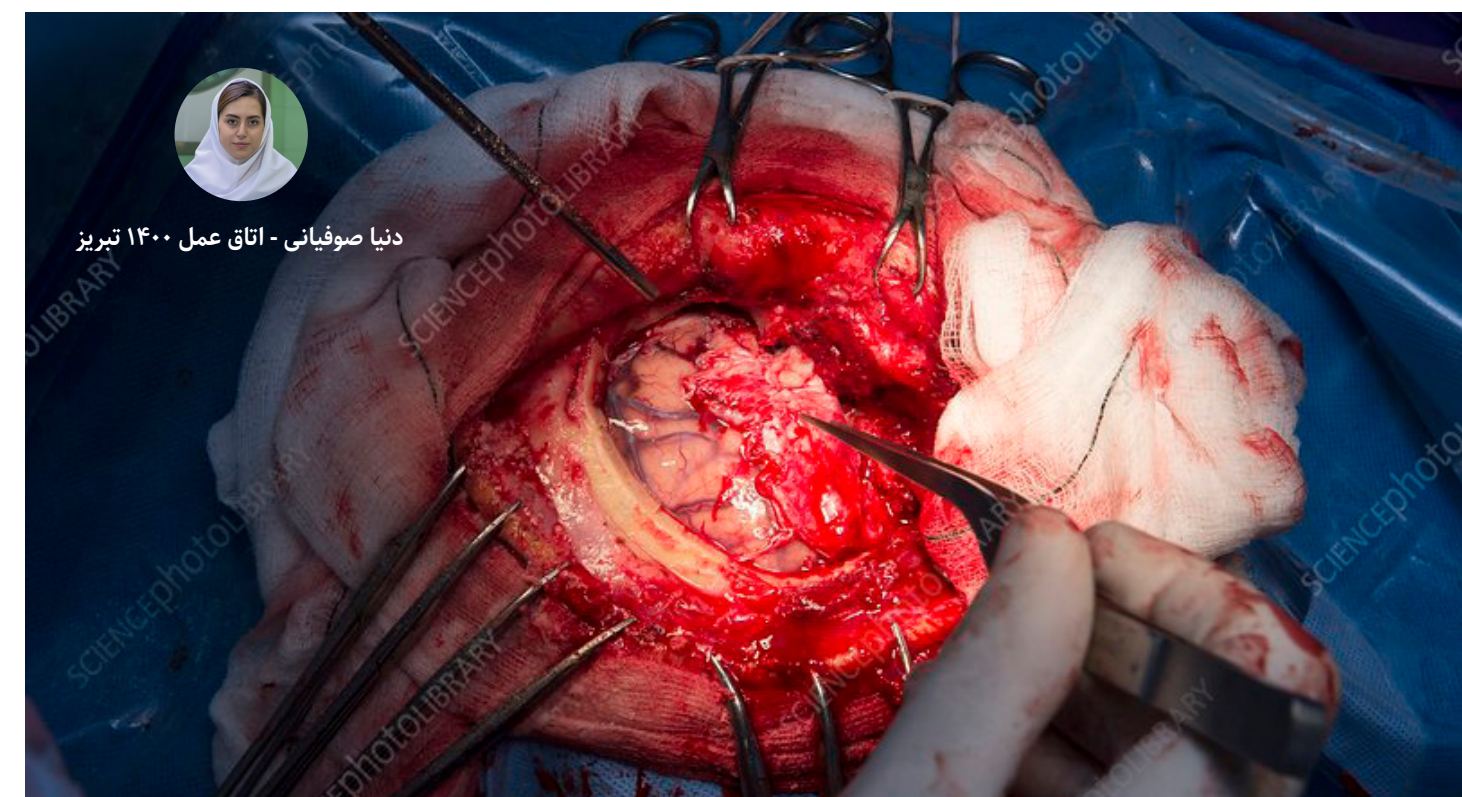
◀ **کریسون پانچ:**

برای گرفتن استخوان، خارج کردن لامینا، برداشتن یا خارج کردن قسمت‌های استخوانی مختلف و همچنین برای گشادکردن لبه برهول استفاده می‌شود.



◀ **رترکتور چنگکی بازویی خودکار (Beckman):**

نوعی رترکتور خودکار قفل‌دار با حلقه‌های انگشتی است. این رترکتور جهت کنارزدن لبه‌های زخم در طول جراحی‌های اسپاینال کاربرد دارد.



دنيا صوفیانی - اتاق عمل ۱۴۰۰ تبریز

در شماره قبل با ست جراحی کوچک آشنایی یافتیم و در این شماره در رابطه با ابزار جراحی معز و اعصاب صحبت خواهیم کرد.

ابزار مورد نیاز در جراحی مغز و اعصاب به شرح زیر است:

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| ۱. دیش | ۱۳. اکارتور ریشه عصب | ۲۷. پریوست |
| ۲. گلی‌پات | ۱۴. پنست بی‌دندان | ۲۸. کورت |
| ۳. رسیور | ۱۵. پنست دنداندار | ۲۹. چکش |
| ۴. دسته بیستوری شماره ۴ و ۳ | ۱۶. هموستات | ۳۰. سرساکشن |
| ۵. قیچی متزن‌بام | ۱۷. کلی | ۳۱. شان‌گیر |
| ۶. قیچی مایو | ۱۸. کوخر | ۳۲. رینگ فورسپس |
| ۷. قیچی دورا | ۱۹. پنست بای‌پولار | ۳۳. کلیپس رینی |
| ۸. قیچی نخ | ۲۰. پنست بایونت | ۳۴. کلیپس اپلایررینی |
| ۹. سوزن‌گیر | ۲۱. هوک کوشینگ | ۳۵. دندی هموستات |
| ۱۰. رترکتور فارابوف | ۲۲. دکولر پنفلید | ۳۶. هادسون |
| ۱۱. رترکتور چنگکی خودکار (traverse) | ۲۳. کریسون پانچ | ۳۷. اره ژینگلی |
| ۱۲. رترکتور چنگکی بازویی خودکار (Beckman) | ۲۴. پنس دیسک | ۳۸. اکارتور لیلا |
| | ۲۵. استخوان‌بر | ۳۹. اسپاچول مغزی |
| | ۲۶. رانژور | ۴۰. پروپ |



پنس دیسک:

جهت نگه داشتن بافت‌ها در طول جراحی اعصاب و همین‌طور برای برداشتن دیسک به صورت قطعات کوچک در لامینکتومی کاربرد دارد.



استخوان‌بُر:

جهت بریدن قسمتی از استخوان کاربرد دارد.



رانژور:

رانژورها برای جداکردن بافت‌های استخوانی در اعمال مختلف ارتوپدی، مغز و اعصاب و... کاربرد دارند. سه نوع رایج رانژورها شامل رانژور ساده، دابل رانژور و کریسون است.



پریوست:

برای جداکردن پریوست از استخوان کاربرد دارد.



کورت:

از کورت‌ها برای تراشیدن استخوان استفاده می‌شود.



کلیپس رینی:

در طول جراحی کرانیوتومی، با ایجاد فشار بر روی لبه‌های پوست سر سبب هموستاز و کنترل خونریزی می‌گردد.



پروب:

برای کنار زدن عمقی بافت‌ها کاربرد دارد.



کلیپس اپلایر رینی:

جهت زدن کلیپس‌های رینی به لبه پوست سر در طول انجام کرانیوتومی کاربرد دارد.



پنست بایونت:

جهت گرفتن بافت‌های ظریف کاربرد دارد.



اسپاچول مغزی:

جهت کنار زدن بافت مغز در طول اعمال کرانیوتومی کاربرد دارد.



هاسون:

جهت سوراخ کردن جمجمه کاربرد دارد.



اره ژینگلی:

با کمک این اره در اعمال کرانیوتومی اقدام به برش و جداکردن جمجمه می‌کنند. تیغه این اره برای سهولت در استفاده از دو انتها به دو دسته متصل می‌گردند.



اکارتور لیلا:

جهت کنار زدن آرام مغز و بافت‌های عصبی کاربرد دارد.

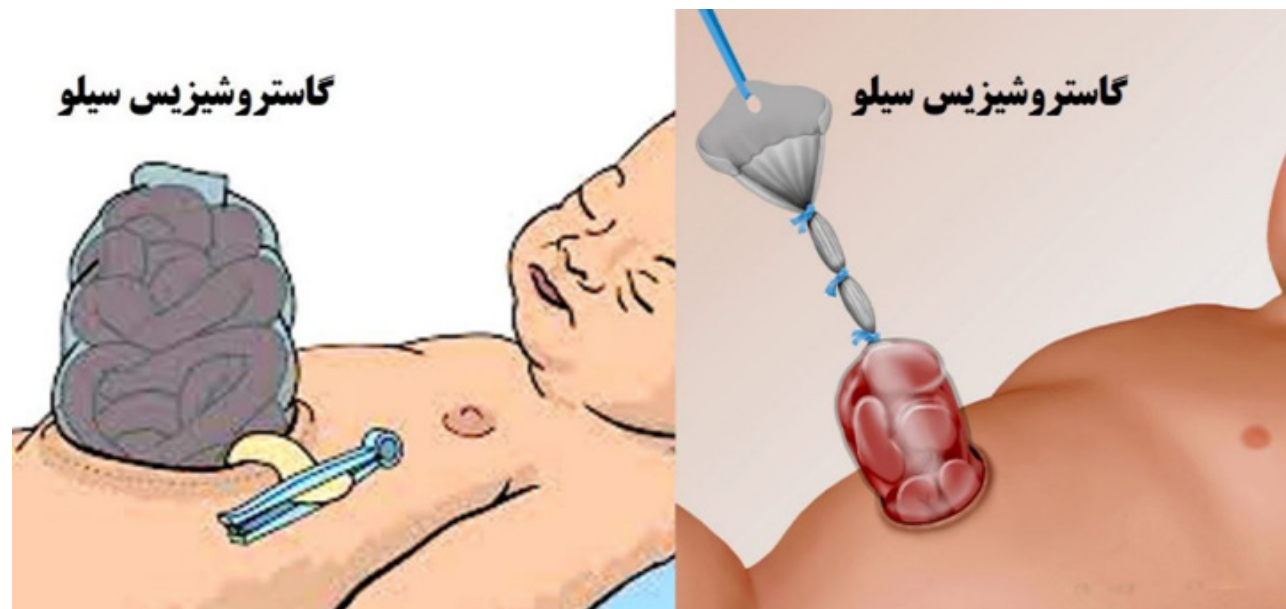


دنده هموستات:

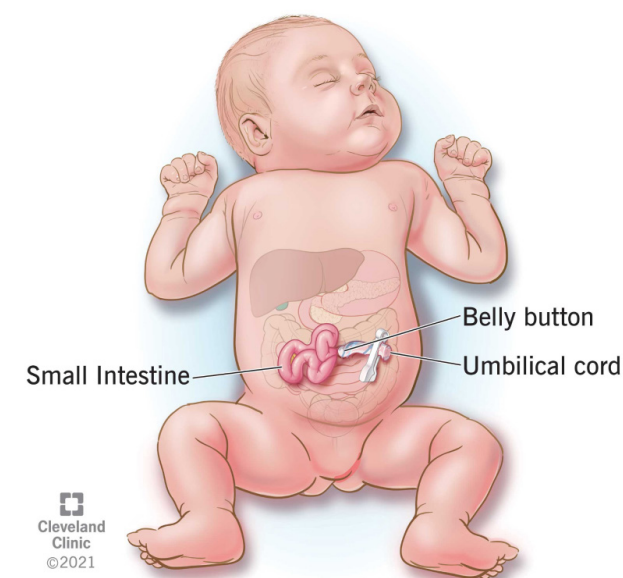
در طول جراحی کرانیوتومی، با ایجاد فشار بر روی لبه‌های پوست سر سبب هموستاز و کنترل خونریزی می‌گردد و همچنین برای جداکردن دوراتر هم کاربرد دارد.

ست جراحی مغز و اعصاب:





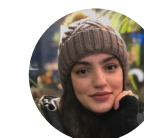
روده قرار می‌گیرد و به شکم متصل می‌شود. هر روز سیلو سفت می‌شود و مقداری از روده به آرامی به داخل بدن فشار داده می‌شود. وقتی تمام روده داخل بدن رفت، سیلو برداشته می‌شود و شکم بسته می‌شود. برخی از نوزادان ممکن است برای چند روز پس از جراحی جهت تنفس بهینه و کارآمد نیاز به کمک و استفاده از دستگاه تنفس داشته باشند. پس از جراحی اولیه برای جایگزینی اندام‌های کودک، ممکن است جراحی اضافی برای ترمیم عضلات شکم یا روده کودک ضروری باشد. نوزادان مبتلا به گاستروشیزیس اغلب به درمان‌های دیگری نیز نیاز دارند، از جمله دریافت مواد مغذی از طریق ورید یا IV، آنتی بیوتیک برای جلوگیری از عفونت و توجه دقیق برای کنترل دمای بدن کودک الزامی است.



گاستروشزی (Gastroschisis)



الهام امیرواحدی - ورودی ۱۴۰۱ اتاق عمل



صبا فداکار - ورودی ۱۴۰۰ اتاق عمل

تشخیص

تشخیص گاستروشیزیس یا در دوران بارداری و یا پس از تولد نوزاد رخ می‌دهد. در دوران بارداری، آزمایش‌های غربالگری برای بررسی نقایص مادرزادی و سایر شرایط وجود دارد. گاستروشیزیس ممکن است منجر به یک نتیجه غیرطبیعی در آزمایش غربالگری خون یا سرم شود یا ممکن است در طول سونوگرافی دیده شود. تشخیص معمولاً بین هفته‌های ۱۸ تا ۲۰ بارداری با آزمایش‌های غربالگری معمول قبل از تولد که نقص‌های مادرزادی در نوزاد را بررسی می‌کند، رخ می‌دهد. این تست‌ها عبارت هستند از: اولتراسوند - غربالگری خون - اکوکاردیوگرافی جنین - MRI.



یک نقص مادرزادی است که در آن روده‌های کودک (معه، روده بزرگ یا کوچک) از یک سوراخ ۲ تا ۵ سانتی‌متری در کنار ناف او در طول رشد جنین خارج می‌شوند. این وضعیت در اوایل بارداری اتفاق می‌افتد، این سوراخ معمولاً در سمت راست ناف قرار دارد. زمانی که دیواره شکم کودک به درستی شکل نمی‌گیرد، دریچه‌ای برای خروج اعضای بدن او ایجاد می‌کند. از آن جایی که روده‌ها در هنگام جنینی در یک کیسه محافظ پوشانده نشده‌اند و اندام‌های کودک در مایع آمنیوتیک داخل رحم شناور می‌باشند که باعث تحریک و تورم و همچنین کوتاه شدن، پیچ‌خوردگی یا تورم آن‌ها می‌شود. جراحی برای جایگزینی اعضای بدن کودک در داخل بدن او ضروری است. بروز آن یک در ۲۰۰۰۰ تولد زنده است.

گاستروشیزیس چگونه درمان می‌شود؟

اگر چه تشخیص گاستروشیزیس می‌تواند در دوران بارداری اتفاق بیفتد، ولی درمان نمی‌تواند تا پس از تولد نوزاد شروع شود. جراحی برای قرار دادن اندام‌های کودک در داخل بدن او ضروری است. جراحی هم‌چنین سوراخ نزدیک ناف کودک را ترمیم می‌کند تا از بازگشت اعضای بدن به خارج از بدن جلوگیری کند. حتی پس از ترمیم، نوزادان مبتلا به گاستروشیزیس ممکن است در شیر خوردن و غذا خوردن، هضم غذا و جذب مواد مغذی دچار مشکل شوند. بسته به شدت بیماری و تعداد اندام‌هایی که خارج از بدن کودک هستند، دو نوع جراحی برای جابجایی اندام‌های کودک و ترمیم دیواره شکم وجود دارد: ترمیم اولیه: اگر نقص گاستروشیزیس کوچک باشد (فقط مقداری از روده خارج از شکم است)، معمولاً بلافاصله پس از تولد با جراحی درمان می‌شود تا اندام‌ها به داخل شکم بازگردانده شوند و دهانه آن بسته شود و سوراخ شکم جنین را ترمیم کنند.

ترمیم مرحله‌ای: اگر گاستروشیزیس پیچیده‌تر باشد، جراح، عمل جراحی را به آرامی در چند مرحله انجام می‌دهد. اگر کودک به اندازه کافی برای جراحی سالم و قوی نباشد و یا اگر شکم او به اندازه کافی بزرگ نباشد که تمام اعضای بدنش را نگه دارد، ترمیم مرحله‌ای می‌تواند مؤثرتر باشد.

از زمانی که کودک به دنیا می‌آید تا زمان جراحی برای ترمیم گاستروشیزیس، جراح اعضای در معرض دید او را در یک کیسه پلاستیکی به نام سیلو Silo قرار می‌دهد تا از عفونت، کم آبی و آسیب جلوگیری کند. در ترمیم مرحله‌ای، سیلوی در اطراف

درمان

درمان این بیماری به اندازه و شدت آن بستگی دارد:

برای آمفالوسل کوچک ترمیم جراحی معمولاً در طی یک یا دو روز پس از تولد انجام می‌شود و اندام‌ها به شکم باز می‌گردند و سپس سوراخ دیواره شکم را می‌بندند.

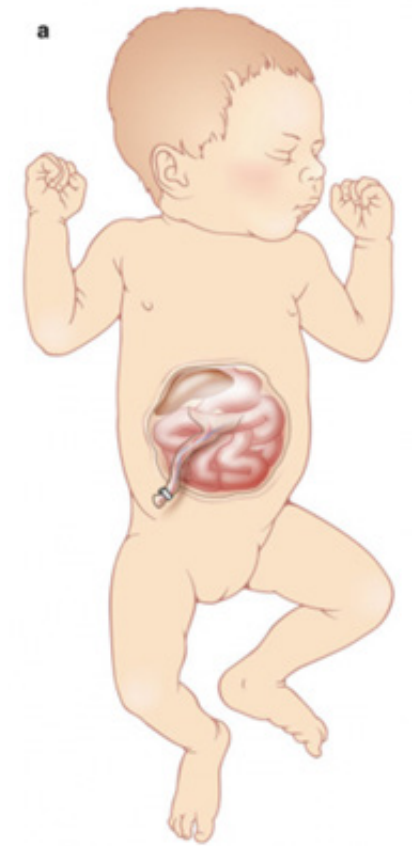
برای آمفالوسل بزرگ ترمیم جراحی در چند مرحله انجام می‌شود. از آنجایی که شکم ممکن است کوچک و توسعه نیافته باشد ممکن است همه اندام‌ها در درون آن جا نگیرند در این صورت اندام‌ها در طی هفته‌ها فشرده سازی تدریجی به داخل شکم منتقل می‌شوند. پس از بازگشت اندام‌ها به حفره شکم، دیواره شکم با جراحی بسته می‌شود. اگر شکم کوچک و توسعه نیافته باشد به دلیل فشاری که در بازگشت روده‌ها به شکم وجود دارد ممکن است کودک احتیاج به دستگاه تنفس مصنوعی برای تنفس داشته باشد. برای بستن آمفالوسل، کیسه را با

آمفالوسل (Omphalocele)

در خارج از شکم رشد می‌کنند و تنها توسط یک لایه غشای نازک به نام صفاق پوشیده شده‌اند. نقص دیواره‌ی شکم با رشد نوزاد در رحم مادر ایجاد می‌شود. بین هفته‌های ششم تا دهم بارداری روده‌ها در حین رشد به داخل بند ناف برآمده می‌شوند و در هفته‌ی یازدهم روده‌ها باید به شکم برگردند. در صورت عدم بازگشت این اندام‌ها به درون شکم آمفالوسل ایجاد می‌شود. آمفالوسل می‌تواند کوچک و یا بزرگ باشد؛ در نوع کوچک آن فقط برجستگی روده‌ها و در نوع بزرگ آن علاوه بر روده‌ها، کبد، طحال و سایر اندام‌های شکمی نیز در خارج از بدن باقی می‌مانند و در برخی موارد ممکن است حفره ی شکمی کوچک و توسعه نیافته باشد.

تشخیص

سونوگرافی های قبل از تولد اغلب نوزادان مبتلا به این بیماری را قبل از تولد و معمولاً در هفته‌ی ۲۰ بارداری شناسایی میکنند. همچنین از MRI جنین و سونوگرافی قلب (اکوکاردیوم) برای تشخیص سایر شرایط استفاده میشود. نوزادان مبتلا به آمفالوسل باید برای سایر مشکلاتی که اغلب همراه آنهاست آزمایش شوند. این آزمایش‌ها شامل سونوگرافی از کلیه ها و قلب، آزمایش خون برای اختلالات ژنتیکی و سایر آزمایش‌ها می‌شود.



آمفالوسل که با عنوان اگزومفالو نیز شناخته می‌شود یک ناهنجاری مادرزادی است که در آن روده یا اندام‌های شکم از طریق یک سوراخ در عضلات ناحیه بندناف بیرون می‌آیند و اندام‌های شکمی

گاستروشی	امفالوسل
علت تشکیل هر کدام در زمان جنینی:	عدم برگشت روده ها (yolk sac) به داخل شکم
کدامیک شایعتر است؟	امفالوسل شایعتر است
برتری جنسی:	مادر بیشتر از مونث
محل ضایعه در هر بیماری:	داخل بندناف (داخل base بندناف)
کدام ضایعه ساک (sac) دارد؟	امفالوسل
در کدامیک از این ضایعات، روده ها پوشش (cover) دارند؟	امفالوسل یا لایه ای از صفاق پوشیده شده است (به همین دلیل کمتر دچار دئیراسیون و عفونت و هیپوترمی می شود)
نیاز به مداخله جراحی فوری (urgent):	گاستروشی
اوتومی های مادرزادی در کدام شایعتر است؟	در امفالوسل آتومالی ها بیشترند (۶۰٪ در صرد)
بیماری قلبی مادرزادی در کدام شایعتر است؟	در امفالوسل شایعتر است (۴۰٪ در صرد)
سندرم Beckwith-Wiedemann:	در امفالوسل
در کدامیک وجود دارد؟	۳۰٪ در صرد
چه عاملی در پیش آگهی (مورتالیتی) بیماران دخالت دارد؟	آتومالی های همراه (نقلی قلبی و پره مایجوریتی)
آئری روده در کدام شایعتر است؟	گاستروشی شایعتر است (۶۰٪ در صرد)
در کدامیک ممکن است شاهد بیرون زدگی کبد باشیم؟	گاستروشی (۱۰٪ در صرد)

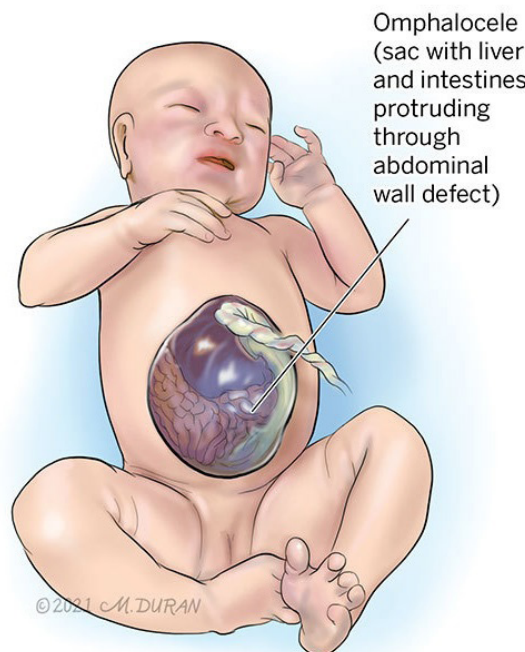
یک ماده‌ی مشبک استریل (سیلو) می‌پوشانند و سپس محتویات را با عمل جراحی به درون حفره شکمی باز می‌گردانند و بعد از اتمام عمل جراحی سیلو برداشته میشود. گاهی اوقات یک آمفالوسل به قدری بزرگ است که نمی‌توان آن را در داخل شکم نوزاد قرار داد. پوست اطراف آمفالوسل رشد می‌کند و در نهایت آمفالوسل را می‌پوشاند؛ در این مورد ماهیچه‌ها و پوست شکم را می‌توان در زمانی که کودک بزرگتر می‌شود ترمیم کرد از آنجایی که یک کیسه صفاقی از محتویات شکم محافظت می‌کند، گاهی اوقات در صورت نیاز قبل از بازگرداندن اندام‌ها به درون شکم به مشکلات جدی‌تر این بیماری مانند نقص قلبی رسیدگی می‌شود.

تفاوت بین گاستروشیزیس و امفالوسل چیست؟

هم گاستروشیزیس و هم امفالوسل نقایص مادرزادی هستند که در آن نوزاد با اندام‌های شکمی خارج از بدنش متولد می‌شود. تفاوت این است که در نقص امفالوسل، کیسه‌ای از بند ناف، روده‌های خارج از بدن نوزاد را می‌پوشاند و از آن محافظت می‌کند ولی در نقص گاستروشیزیس هیچ غشایی اندام‌های کودک را نمی‌پوشاند. این تفاوت معمولاً قبل از تولد نوزاد در سونوگرافی قابل مشاهده است.

منابع:

۱. بیهوشی میلر
۲. جنین‌شناسی لانگمن
۳. مقالات مرتبط



OMPHALOCELE

- * UMBILICAL RING DEFECT
- * ABDOMINAL CONTENTS PROTRUDE INTO PERITONEAL SAC

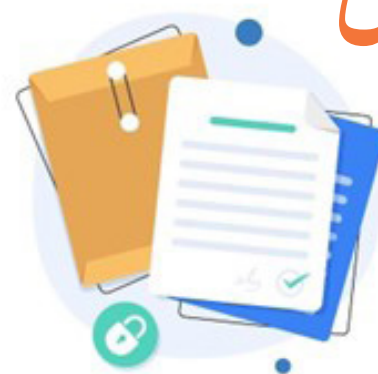
GASTROSCHISIS

- * ABDOMINAL CONTENTS SLIP OUTSIDE WITHOUT a SAC

گزارش نویسی در اتاق عمل



مصطفی حسینی زاده
اتاق عمل ۱۴۰۱ تبریز



نکات مهم در گزارش نویسی:

یک سری نکات ریزبینانه و مهمی در امر گزارش نویسی وجود دارند که مهارت فرد سیرکولر را در نوشتن گزارش اتاق عمل و ثبت تمامی موارد احتیاط بصورت قانونی را نشان می‌دهد. قالب کلی، تمامی موارد مهم و چند نمونه گزارش پرستاری اتاق عمل در بندهای ذیل آورده شده است و میتوانیم از این الگو برای نوشتن یک گزارش تکمیل و صحیح استفاده کنیم. برای مثال:

- بیمار خانم/آقا ... ساله به علت جراحی (نوع و محل جراحی)، به صورت اورژانسی یا غیراورژانسی در اتاق عمل پذیرش شده است.
- بیمار با پای خود/برانکارد به اتاق عمل آمد. بیمار هوشیار، نیمه‌هوشیار و یا بیهوش است. اطلاعات هویتی بیمار با اظهارات وی، مچ‌بند و پرونده و لیبل‌های چاپی مطابقت داده شد.
- یا اینکه، بیمار دارای پانسمان (نوع پانسمان)، درن (نوع درن)، گچ و آتل (محل آتل) می‌باشد. اگر در مشاهده سطح بدن بیمار زخم و سوختگی و خراشیدگی و تاول دیده می‌شود، حتماً یادداشت کنید... اگر دیده نمی‌شود همان ابتدا بنویسید پوست نرمال است.

اسکراب (کارشناس اتاق عملی که در فیلد استریل جراحی درحال کار است) نوشته و تنظیم می‌شود و در انتهای هر عمل، نیاز است که هر کدام از افراد دارای مسئولیت در حیطه جراحی من جمله اتند جراحی، رزیدنت‌های جراحی، فرد اسکراب اول و دوم و فرد سیرکولر بجز تیم بیهوشی، (چون تیم بیهوشی گزارش پرستاری متفاوت از تیم جراحی دارد)، گزارش مکتوب را تصدیق و تایید می‌کنند.

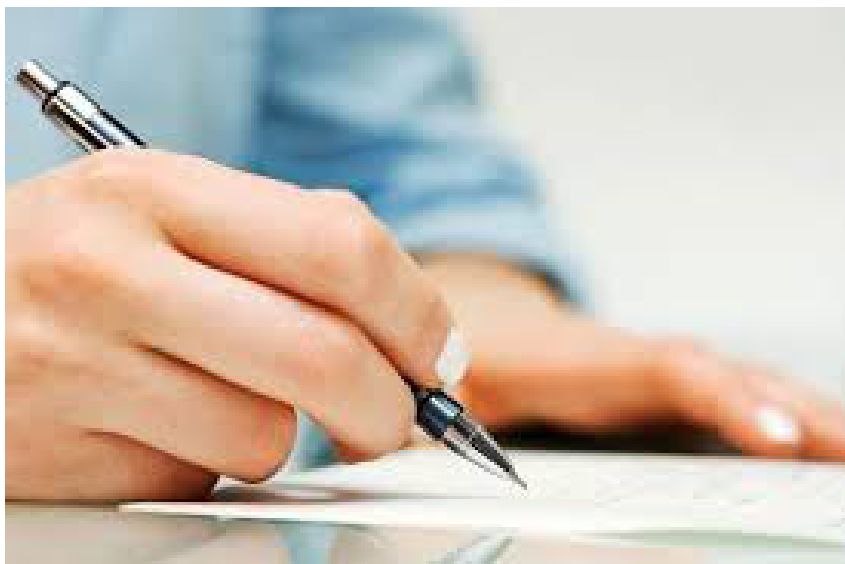
گزارش اتاق عمل به عنوان یکی از اصلی ترین منابع موثق در پیگیری‌های قانونی است. به طور مثال؛ اگر فردی بعد از انجام جراحی، دچار عفونت ناحیه برش جراحی بشود و پیگیری قانونی انجام بدهد، در صورتی که در گزارش جراحی نوشته شده باشد که همه‌ی اندیکاتورهای تایید شده هستند و ضمیمه پرونده می‌باشند و پک و ست استریل بود و همه‌ی پروسه جراحی از زمان شروع عمل تا بسته شدن پانسمان به طور صحیح و با تکنیک‌های آسپتیک انجام شده است، و این گزارش هم مورد تایید همه‌ی افراد مسئول قرار گرفته باشد، تیم جراحی، دیگر مسئولیتی در قبال شکایت قانونی بیمار بخاطر عفونت جراحی نخواهند داشت.

گزارش نویسی در حیطه علوم پزشکی خصوصاً در زیر شاخه‌های پرستاری مثل کارشناسی اتاق عمل، کارشناسی هوشبری، فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی، مامایی و خود رشته پرستاری، یکی از اصلی‌ترین وظایف و مهارت‌های یک فرد عضو کادر درمان می‌باشد. به طوری که تمامی مراقبت و وضعیت بهبود روند درمانی یک مددجو از لحظه‌ی پذیرش در نظام سلامت یک کشور تا ترخیص او تحت گزارش‌های پرستاری ثبت و بایگانی می‌شود.

در یک گزارش کامل و اصولی، باید شرح حال مددجو، علائم و وضعیت حیاتی، تشخیص‌های پزشکی و مداخلات پرستاری تا آخرین لحظه ثبت شود؛ به طوری که در صورت نیاز به انتقال مددجو به مرکز درمانی دیگر و یا حتی تغییر شیفت کاری مرکز، افراد کادر درمان جدید در صورت نیاز، بتوانند با مطالعه پرونده مددجو از وضعیت مددجو و فرآیند درمانی انجام شده برای وی تا آن آن لحظه، باخبر شوند.

ویژگی‌های گزارش نویسی در اتاق عمل:

گزارش اتاق عمل نیز مانند سایر گزارشات پرستاری، توسط پرستار سیرکولر (سیار) اتاق عمل و پرستار



مهم است. اگر آن را ثبت نکنید در صورت خراب شدن نمونه که به علت تحویل دیر هنگام، مسئولیت آن با شماست. برای بیمار درن/هموواک/چست تیوب و... تعبیه شد. شمارش گازها، لنگازها سوزن‌ها و وسایل صحیح بود/نبود. اگر گاز کم هست اقدامات لازم برای پیدا کردن گاز را بنویسید. پانسمان ساده/حجیم/ فشاری برای بیمار انجام شد. درن‌ها فیکس گردید. پلیت خارج شد در محل پلیت مشکلی اعم از سوختگی، قرمزی، خراشیدگی و... مشاهده نشد.

بیمار تا ریکاوری همراهی شد. اگر بیمار مشکوک به خودکشی، تجاوز و ... بود مشاهدات خود را داخل پرونده بنویسید. همه مدارک را داخل یک کیسه قرار داده و به واحد پزشکی قانونی تحویل دهید. اگر بیمار تحت عمل جراحی آمپوتاسیون (قطع عضو) قرار گرفت، پس از عمل، اندام آمپوته شده را داخل پرونده یادداشت کنید و عضو را به واحد سردخانه تحویل دهید. برگه‌ی گواهی فوت و قطع عضو طبق روتین تکمیل شود. اگر بیمار حین عمل تحت سی‌پی‌آر قرار گرفت، کلیه اقدامات را بنویسید. در انتهای گزارش اسم اسکراب و سیرکولر یادداشت شود. حتما مهر و امضا زده شود. تایم شروع تورنیکه، مدت تایم پایان تورنیکه، زمان کل تورنیکه، زمان وجود و توقف زمان بین دو تورنیکه نیز حتما قید شود.

انجام شد. عمل جراحی در چه ساعتی شروع و در چه ساعتی تمام شد. مشکلات حین عمل را بنویسید. اگر بیمار دارای نمونه پاتولوژی بود در گزارش ذکر کنید و اگر نداشت چیزی ننویسید؛ و حتما بنویسید که نمونه در ظرف مناسب به واحد مربوطه ارسال شد و یا تحویل واحد پاتولوژی شد. اگر بیمار دارای نمونه فروزن بود حتما یادداشت و برگه فروزن را ضمیمه کنید. زمان تحویل کشت

وسایل اتاق عمل شامل دستگاه بیهوشی، پالس اکسیمتر، ساکشن، کوتر، تخت جراحی، چراغ سیالتیک، اینسافلاتور، تورنیکه، لاپاراسکوپ و آرتروسکوپ سالم هستند. پوزیشن بیمار را بنویسید. از برجستگی‌های استخوانی توسط پد، محافظت شد. پرپ اولیه با چه نوع ماده صورت گرفت. وسایل مورد نیاز جراحی کامل هستند. ست‌ها و پک‌ها استریل هستند. اندیکاتور چک ضمیمه پرونده گردید.

پلیت تک قطبی/ دو قطبی در ناحیه (محل چسباندن پلیت) چسبانده شد. از کوتر مونو پولار / بای پولار استفاده شد. اگر از (RF) و یا لیزر هم استفاده شده، بنویسید. کاف مناسب تورنیکه در ناحیه محل (کاف) بسته شد و زیر آن چندلایه و بیبریل قرار داده شد. (شرکتهای ارتوپدی، اسم تکنسین و نوع پروتزهای مورد استفاده را بنویسید). پرپ ثانویه با چه نوع محلول



اعتیاد دیجیتال یا Digital Addiction



سیدعلی حسین‌زاده - ورودی ۱۴۰۰ پزشکی

یا (Internet Gaming Disorder) را به عنوان شرایطی توصیف کرد که نیاز به تحقیقات بیشتر برای طبقه‌بندی به عنوان یک اختلال روانی منحصر به فرد دارد.

«اعتیاد دیجیتال» به هر رفتار اعتیادآور مربوط به استفاده از دستگاه‌های دیجیتال، از جمله تلفن همراه، رایانه، اینترنت، بازی‌های ویدیویی و رسانه‌های اجتماعی اشاره دارد. با توجه به استفاده مداوم جوانان از اشکال مختلف رسانه برای سرگرمی، جای تعجب نیست که آن‌ها زمان بیشتری را صرف استفاده از رسانه‌ها می‌کنند تا اینکه در خواب یا مدرسه باشند، به‌طور متوسط ۷ ساعت و ۲۲ دقیقه در روز!

تحقیقات نشان می‌دهد که قرارگیری مداوم در معرض دستگاه‌هایی مانند تلفن‌های هوشمند، رایانه‌های شخصی و تلویزیون می‌تواند به شدت بر سلامت روان تأثیر بگذارد و زمینه‌ساز بروز «اعتیاد دیجیتال» و زیرشاخه‌های آن یعنی اعتیاد به اینترنت (IA یا Internet Addiction) یا PIMU (Problematic Interactive Media Use) شوند. افزایش استرس و اضطراب، اختلال خواب در کودکان و بزرگسالان، چاقی و اختلالات قلبی-عروقی، افزایش تمایلات خودکشی و افسردگی، کاهش عملکرد تحصیلی، به هم خوردن ساعت زیستی و چرخه هورمونی بدن، از جمله عوارض سوءمصرف فضای رسانه و دیجیتال است. البته همه‌گیری کرونا نیز در این اعتیاد، کم مقصر نیست؛ در زمان

همه‌گیری کووید-۱۹، زمان آنلاین‌بودن کودکان در فضای مجازی، نه تنها برای حفظ ارتباط با دیگران در شبکه‌های اجتماعی، بلکه برای ادامه تحصیل و یادگیری، به‌ضرورت افزایش یافت.

توجه کنید که اعتیاد دیجیتال، ابعاد مختلفی را شامل می‌شود. تداخل استفاده از اینترنت با روال و وظایف زندگی، احساس عدم کنترل، نگرانی و ترس مربوط به عدم دسترسی به اینترنت، راحتی اجتماعی و ترجیح برای تعاملات آنلاین به‌جای حضوری، استفاده از فضای مجازی برای تغییر خلق و خوی منفی، احساس تنهایی و افسردگی، اولویت و برجسته‌سازی استفاده از فضای مجازی (صرف ناهار یا خواب کمتر به دلیل استفاده از اینترنت، اضطراب و عصبی‌بودن موقع عدم دسترسی به آن) و آزار و اذیت سایبری، درخواست جنسی آنلاین، سوءاستفاده از دوستی سایبری و ... از جمله شاخه‌های قابل ذکر برای بحث اعتیاد دیجیتال است. در ادامه، ابعاد مختلف این موضوع را از نگاه پژوهشی و مبتنی بر شواهد، بررسی می‌کنیم. همراهمون باشید!

۱ اختلالات خواب

استفاده بیش از حد از فضای مجازی و رسانه، جایگزین انجام فعالیت‌های بدنی و فیزیکی که باعث بهبود خواب می‌شوند را گرفته و فیزیولوژی خواب را بهم می‌ریزند. قرار گرفتن در معرض نور آبی و شدید در شب، از تولید ملاتونین

جلوگیری کرده و ریتم شبانه‌روزی را مختل می‌کند. اصطلاح «شب بیولوژیکی» به زمانی اشاره دارد که ملاتونین در جریان خون سنتز و ترشح شده، تمایل به خواب تحریک شده و دمای هسته بدن کاهش می‌یابد؛ اما مسئله مهم این است که مغز ما، امواج الکترومغناطیس صفحه نمایش را به عنوان نور تفسیر کرده و استفاده زیاد از امواج آبی، مانع افزایش ترشح ملاتونین و در نتیجه، داشتن یک روند طبیعی خواب خواهد شد.

طبق گزارشی، ۱۸٪ از نوجوانان اظهار داشتند که بدنبال اعلان‌هایی (Notifications) که از اپلیکیشن‌ها و پیام‌رسان‌های مختلف دریافت کرده‌اند، چندین بار در طول شب بیدار شدند. به علاوه درگیرشدن در یک کار هیجان‌انگیز (مثل بازی آنلاین یا رابطه عاطفی) و خیره شدن به صفحه نمایش تلفن همراه، می‌تواند تحریک‌های روانی فیزیولوژیکی را افزایش داده و خواب را مختل کند. مطالعات دکتر اسپینوزا و همکارانش نشان داد که ۳۷٪ از نوجوانان به دلیل استفاده از سایت‌های شبکه‌های اجتماعی در خواب مشکل دارند و ۵۴٪ از زمان اینترنت خود را در شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند.

نکته مهم دیگر درباره خواب، «ترس از دست دادن» یا FOMO (Fear Of Missing Out) است. بنظر می‌رسد فشار قابل توجهی بر مردم برای آنلاین بودن در تمام زمان‌ها است و قشر نوجوانان بطور میانگین، هر ۲۰ دقیقه یک‌بار تلفن همراه خود را چک می‌کنند. در این راستا، افراد از احساس فشار و گناه در صورتیکه نتوانند بلافاصله به یک پیام پاسخ داده و یا از فیلم یا قسمت جدیدی از سریال محبوب خود مطلع شوند، یاد می‌کنند.

۱ اختلالات قلبی-عروقی

ادعا می‌شود که رفتار بی‌تحرك با افزایش احتمال چاقی، اختلال عملکرد لیپوپروتئین با تراکم بالا (HDL) و فشار خون بالا، خطر بیماری‌های قلبی عروقی را افزایش می‌دهد. تحقیقات حاکی از آن است که تماشای تلویزیون قبل از خواب، با برهم زدن تعادل متابولیسم قند در بدن، چاقی را توسعه می‌دهد. انجام بازی‌های ویدیویی با شدت استرس حاد، با آزادسازی هورمون‌های قشر آدرنال، قند خون را قبل از غذا خوردن افزایش داده و ذخیره‌سازی مواد بصورت چربی را تحریک می‌کند.

یکی از نشانه‌های بالقوه قلبی عروقی در آینده، انقباض شریان شبکیه و بزرگی این شریان‌ها در کودکانی است که زمان بیشتری را در فضای مجازی می‌گذرانند. یکی از مطالعات نشان داده اند که هرچقدر زمان استفاده از صفحه نمایش بیشتر باشد، اختلال در سیگنال‌ها و مسیر سیری از طریق سیستم پاداش ذهنی افزایش یافته و بطور مستقیم، مصرف غذای فرد تأثیر می‌پذیرد.

یک مطالعه EEG نشان داده است که سیستم پردازش پاداش و توانایی، مهارت‌های توجه، حافظه و مهارت‌های حل مسئله در نوجوانان «معتاد به دیجیتال» دچار تغییر شده است.

۱ سایر اختلالات جسمی

عملکرد ضعیف فیزیولوژیک انسان، به هر دو سطح پایین و بالای کورتیزول مرتبط است. کورتیزول در طول شب و با نزدیک شدن به ساعات خواب، کاهش یافته و با نزدیک شدن به ساعات بیداری، افزایش می‌یابد و پس از بیداری، به حداکثر مقدار خود می‌رسد. مقالات نشان می‌دهند که تا سه ساعت در

روز استفاده از رسانه توسط کودکان و نوجوانان در سن مدرسه، منجر به کاهش کورتیزول، یک ساعت پس از بیدارشدن می‌شود.

همان‌طور که می‌دانید، جزایر لانگرهانس هورمون انسولین را ترشح می‌کنند. مقاومت به انسولین، از جمله شرایط پاتولوژیکی است که خطر بروز دیابت و مشکلات قلبی عروقی را افزایش می‌دهد. بر اساس برخی تحقیقات، تماشای تلویزیون، بازی‌های ویدیویی یا استفاده بیش از ۲ ساعت در روز از رایانه، می‌تواند منجر به کاهش ۵ درصدی حساسیت به انسولین شود.

خیره‌شدن مداوم به صفحه نمایش، می‌تواند منجر به سردرد، فشار چشم، اختلال بینایی، خشکی و تحریک چشم شود. بر اساس تحقیقات، بودن در یک محیط خارجی برای کودکان، باعث آزادشدن دوپامین از شبکه می‌شود که از نزدیک‌بینی جلوگیری می‌کند، درحالی‌که از جمله مشکلات رایج اعتیاد دیجیتال، نزدیک‌بینی و عینکی‌شدن است! تأثیر اعتیاد دیجیتال محدود به این‌ها نیست؛ در یک مطالعه جدید محققان نشان داده اند که تراکم معدنی استخوان با زمان بازی‌کردن (Gaming) پسران، ارتباط منفی داشته و ترکیب معدنی استخوان‌های ران و ستون فقرات با زمان صفحه نمایش (Screen Time) تلفن دختران رابطه معکوس دارد.

استفاده فزاینده کودکان از ابزارهای بی‌سیم و حساسیت آن‌ها به میدان‌های تابش الکترومغناطیسی فرکانس رادیویی (RF-EMR)، به علت نفوذپذیری این امواج به داخل مغز، یک موضوع قابل توجه است. مطالعات نشان داده اند که قرارگیری در معرض گوشی‌های هوشمند، با کاهش قابلیت زنده‌ماندن و تحرك



اسپریم‌ها مرتبط اند و اثرات حرارتی قرار دادن گوشی‌های هوشمند در شلوار به مدت طولانی، دمای بیضه‌ها را افزایش داده و مانع از اسپرماتوژنز و تولید اسپرم می‌شود.

۹ افسردگی و اختلالات روانی

در جوامع امروزی، افسردگی ناشی از رسانه‌های اجتماعی، یک نگرانی روبه‌رشد است. کسانی که استفاده موثر از رسانه‌های اجتماعی را نمی‌دانند، به راحتی می‌توانند در الگوی حسات،

شک به خود و عزت نفس ضعیف ناشی از شبکه‌های اجتماعی (محتوای این شبکه‌ها) گرفتار شوند. جالب است بدانید که یکی از عناصر واسطه و تشدیدکننده در بحث خودکشی، کمبود خواب است که آن نیز توسط اعتیاد دیجیتال، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. محققان اشاره می‌کنند که وابستگی به تلفن‌های هوشمند، پیام‌های مکرر و ترس طولانی‌مدت در مورد دریافت پیام‌های برگشت، به‌ویژه قبل از خواب، احتمالاً با نوسانات خلق و خوی، افکار خودکشی و آسیب به خود

همراه خواهد بود.

زویی مک کی، در کتاب رهایی از افکار سمی، می‌گوید: «با مقایسه غیرمنصفانه لحظه‌های معمولی خودتان با بهترین لحظه‌هایی که دیگران برای نمایش‌دادن در شبکه‌های اجتماعی گزینش می‌کنند و به اشتراک می‌گذارند، زندگی‌تان را خراب نکنید. در نظر بگیرید که هر کسی درست مثل شما، لحظه‌های معمولی هم در زندگی‌اش دارد و نباید احساس حقارت کند».

بد نیست بدانید که میزان استفاده

از فضای رسانه و مجازی، در میان مبتلایان ADHD (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری) از کودکان دیگر بیشتر است. نوجوانانی که به اینترنت وابسته هستند و علائم افسردگی، خشونت و مرتبط با ADHD را قوی‌تر نشان می‌دهند، الگوهای تفکر غیرمنطقی داشته و بنظر می‌رسد که اعتیاد دیجیتال، با کاهش ماده خاکستری مغز این نوجوانان و افزایش سرگردانی ذهنی آن‌ها ارتباط داشته باشد.

در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که نوجوانانی که اعتیاد بیشتری به فضای مجازی دارند، از سطح کمتری از حمایت اجتماعی و حمایت همسالان یا وابستگی به خانواده‌ها و روابط خود، برخوردارند و سطح رضایت آن‌ها از زندگی کاهش یافته است. این موضوع باعث می‌شود که نوجوانان از ارتباطات رو در رو دوری کرده و احتمال می‌رود که در چرخه خطرناک استفاده مداوم از رسانه و شبکه‌های اجتماعی، در راستای تلاش برای احیای حمایت اجتماعی، گرفتار و غرق شوند!

۹ اثرات مغزی و پاتوفیزیولوژیک

مطالعات مبنی بر روش‌های تصویربرداری مغزی همچون fMRI، EEG، fNIRS و ...، شواهدی را در خصوص تغییر اندازه و حجم مناطق مغزی کودکان و نوجوانان معتاد ارائه می‌دهد. حجم کوچک‌تر پایک مغزی فوقانی، کاهش ضخامت در OFC جانبی راست و بخش pars orbitalis (اختلال در انعطاف‌پذیری شناختی و خودکنترلی)، اختلال در نواحی مربوط به توجه، عملکرد اجرایی، سیستم پردازش پاداش و سیستم زبان (فرونتال مرکزی و جانبی، انسولا، پوتامن، پالیدوم، تالاموس و قطب قدامی مخچه) و برهم خوردن تعادل و

یکپارچگی ماده خاکستری و سفید در مناطقی از لوب پیشانی، از جمله نتایج تصویربرداری MRI بود. گروهی از دانشمندان، در مطالعات fMRI، به این نتیجه رسیدند که فعالیت مراکز لوب پیشانی در معتادان دیجیتال (مثل ژيروس‌های فوقانی راست و چپ، قشر سینگولیت) نسبت به انسان‌های عادی، غیرطبیعی می‌شود. نکته‌ای که وجود دارد، این است که مردم در واقع به یک ماده یا رفتار خود معتاد نیستند، بلکه به پاسخ مغز به دارو یا آن فعالیت خاص معتاد هستند؛ اعتیاد به فضای مجازی، دوپامین را با سرعت سریع آزاد کرده و منجر به رضایت فوری و احتمال پاسخ تکراری از سوی شخص معتاد می‌شود. گروهی از مطالعات تصویربرداری نشان داده است که مغز نوجوانان مبتلا به اعتیاد دیجیتال، حداقل یک ناهنجاری مغزی مشترک با افراد معتاد به مصرف مواد، یعنی کاهش ضخامت قشر اوربیتو فرونتال (Orbitofrontal Cortex) را به اشتراک می‌گذارد.

۹ عوامل تعیین‌کننده

ویژگی‌های فردی، ویژگی‌های جمعیتی و ویژگی‌های روانی-اجتماعی همه جزو عوامل تعیین‌کننده شدت اعتیاد دیجیتال است. سوءمصرف فضای رسانه و مجازی، از کشوری به کشور دیگر، از شهری به شهر دیگر و حتی بین پسران و دختران هم‌سن نیز متفاوت است. تحقیقات نشان می‌دهد که میزان استفاده از فضای رسانه و مجازی، در روستاها کمتر از شهرهای کوچک و در شهرهای بزرگ نیز بیشینه است.

در کودکان و نوجوانانی که شاخص‌های وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر از جمله تحصیلات کمتر مادر و یک خانواده

تک‌والدی دارند، خطر ابتلا به PIMU بیشتر است. انسجام خانوادگی، درگیری خانوادگی بیشتر و روابط خانوادگی فقیرتر، کودکان را مستعد ابتلا به چنین اعتیادی خواهد کرد. گذراندن وقت کمتر والدین با فرزندان، محبت کمتر والدین، خصومت بیشتر و کیفیت پایین‌تر والدین همه جزو ویژگی‌های خانوادگی هستند که منجر به اعتیاد دیجیتال در فرزندان می‌شوند؛ از این رو در انتهای دیگر این طیف، روابط مثبت والدین و فرزند ممکن است در برابر توسعه این اعتیاد نقش محافظت‌کننده‌ای داشته باشد.

۹ درمان

تاکنون هیچ رویکرد درمانی قطعی برای اعتیاد دیجیتال وجود ندارد، اما مطالعات صورت‌گرفته تعدادی از روش‌های درمانی را به عنوان یک درمان احتمالاً موفق، مطرح می‌کنند. درمان شناختی-رفتاری یا CBT (Cognitive Behavior Therapy) از جمله روش‌های درمانی جدیدتر برای ترک اعتیادهای مختلف (مصرف مواد، پورنوگرافی و ...) است که احساسات را همراه با افکار و رفتارها مورد توجه قرار داده و با تغییر الگوهای تفکر مشکل‌ساز بیماران، به دنبال مقابله با مشکلات روانی به روش‌های سالم و مستقیم است. در یک مطالعه، نمونه‌ای از بیماران مبتلا به اعتیاد دیجیتال و اختلالات همراه، به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان CBT قرار گرفتند و نتایج، بهبود استفاده از اینترنت، کاهش علائم افسردگی و اضطراب را نشان داد.

مطالعات صورت‌گرفته در زمینه درمان‌های دارویی نیز چشم‌انداز امیدوارکننده‌ای به ما می‌دهد. در یک مطالعه RCT، یک نمونه از ۱۱۴ نوجوان



و بزرگسال مبتلا به IGD، تحت مداخله با دو داروی ضدافسردگی (سیتالوپرام و بوپروپیون) قرار گرفتند و شواهد نشان داد که هر دو در کاهش IGD موثر بودند، اما بوپروپیون همچنین باعث بهبود تکانشگری، بی‌توجهی و مشکلات خلق و خو نیز شد. با پیروی از یک پروتکل مشابه، محققان اثربخشی دو داروی درمانی ADHD، یعنی متیل فنیدات (محرک) و آتوموکستین (غیرمحرک) را بر علائم IGD بررسی کردند و متوجه شدند که هر دو دارو، از طریق توانایی آن‌ها در تنظیم تکانشگری مبتلایان، در پروسه درمان موفق بودند.

۹ بحث و گفت‌وگو

همان‌طور که تا الان خواندیم، اعتیاد دیجیتال از جمله اختلالاتی است که با پیشرفت برق‌آسای فناوری، روزبه‌روز در حال گسترش بوده و کودکان و نوجوانان زیادی را درگیر خود کرده است. این نوع اعتیاد نیز همانند سایر انواع اختلالات، قابل پیشگیری و درمان است و چه بهتر

- Messena M, Everri M. Unpacking the relation between children's use of digital technologies and children's well-being: A scoping review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2023 Jan;28(1):161-98.
- McKey, Z. and I. OverDrive (2019). *The Disciplined Mind: Develop Mental Toughness, Strengthen Your Willpower, and Control Your Thoughts*, Zoe McKey.
- Nakshine VS, Thute P, Khatib MN, Sarkar B. Increased screen time as a cause of declining physical, psychological health, and sleep patterns: a literary review. *Cureus*. 2022 Oct 8;14(10).
- Bickham DS. Current research and viewpoints on internet addiction in adolescents. *Current pediatrics reports*. 2021 Mar;9:1-0.
- intervention for children and adolescents: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Mar 8;20(6):4777.
- Ding K, Shen Y, Liu Q, Li H. The Effects of Digital Addiction on Brain Function and Structure of Children and Adolescents: A Scoping Review. *InHealthcare* 2023 Dec 20 (Vol. 12, No. 1, p. 15). MDPI.

۹ منابع:

- Oktay D, Ozturk C. Digital Addiction in Children and Affecting Factors. *Children*. 2024 Apr 1;11(4):417.
- Ding K, Shen Y, Liu Q, Li H. The Effects of Digital Addiction on Brain Function and Structure of Children and Adolescents: A Scoping Review. *InHealthcare* 2023 Dec 20 (Vol. 12, No. 1, p. 15). MDPI.
- Ding K, Li H. Digital addiction





در ادامه گزارشی تصویری ویژه ما از این بیمارستان را مشاهده میکنید:

قسمت ورودی بیمارستان



راهروی انتظار همراهان و درب ورودی اتاق عمل



استیشن و راهروهای داخلی اتاق عمل



بیهوشی بیمار و آماده سازی ابزار و تجهیزات برای شروع پروسیجر

بیمارستان کودکان مردانی آذری تبریز



فاطمه موسوی - ۱۴۰۰ اتاق عمل تبریز



برای دیدن فیلم اسکن کنید!



طی گزارش خبرگزاری ایرنا، بیمارستان ۷۰۰ تختخوابی خیرساز مردانی آذری در مردادماه ۱۴۰۰ افتتاح شد. برادران «مردانی آذری» ملقب به «امپراطوران مدرسه سازی» از خیرین نامداری هستند که در طول دو دهه گذشته، حاصل سالها تلاش خود را در راه خدمت به مردم، به خصوص کودکان صرف کردند. آنان که کودکی را در تنگدستی گذراندند، با تلاشهای خستگی ناپذیرشان به چنان ثروتی دست پیدا کردند که با صرف بخش اندکی از آن دهها مدرسه ساختند؛ مدرسه ساختند تا انسانهایی دانا و توانمند و با اعتماد به نفس برای جامعه تربیت کنند.



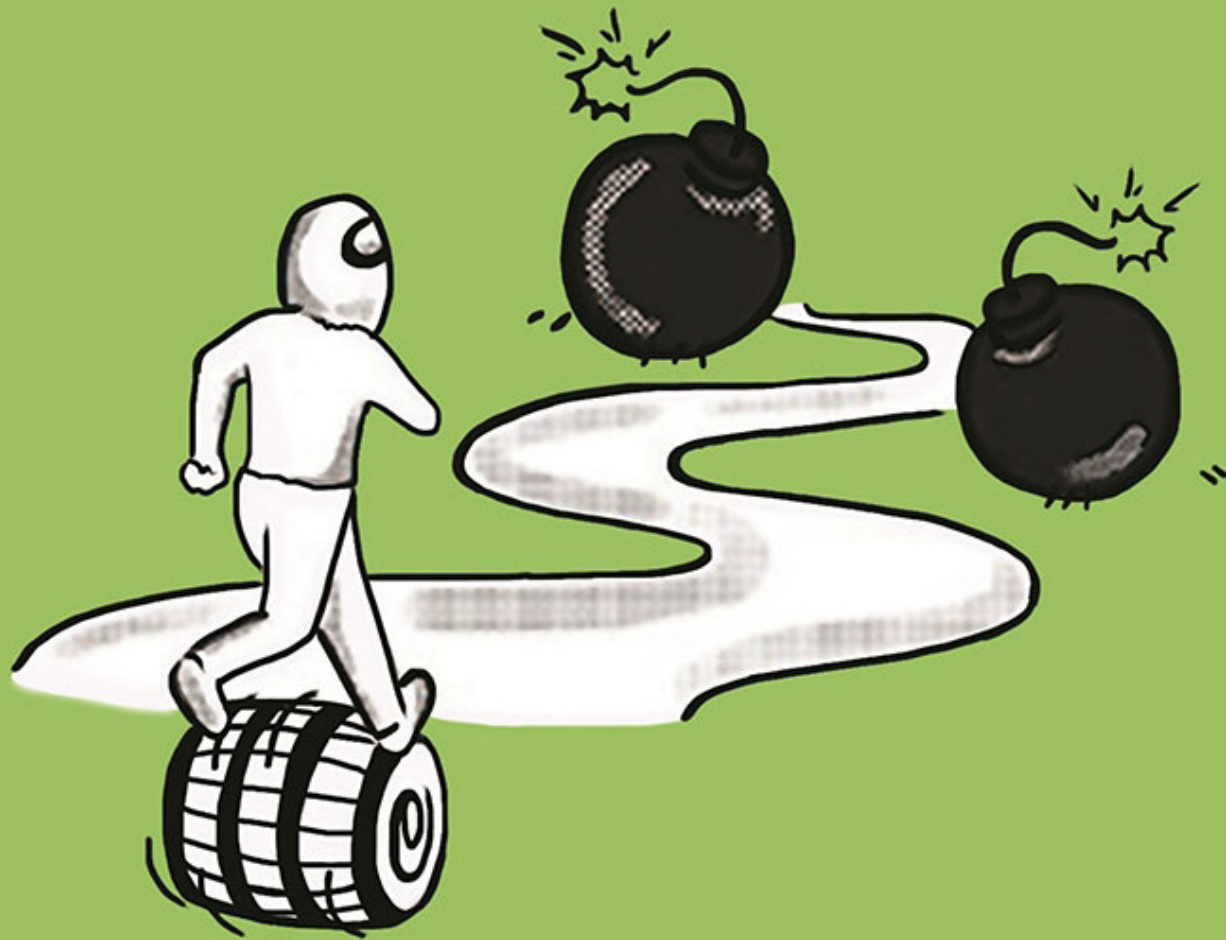
برادران مردانی آذری میگویند: از قول ما به مردم بگویند کلید خزانه الهی در دستان ماست تا روزی که این کلید را در اختیار داریم برای اجرای پروژههایی در ارتباط با فرهنگ سازی آمادگی کامل خود را اعلام میکنیم امکانات مالی ما در خارج از کشور غیرقابل تصور است تلاش میکنیم این ثروت خدا دادی را به جریان مدرسه سازی در ایران متصل کنیم تا نهضت مدرسه سازی برادران مردانی آذری هرگز متوقف نشود. انشالله^۱

^۱ برگرفته از سایت mardaniazari-edu



فاطمه شیرزاد - ورودی ۱۴۰۱ اتاق عمل

معرفی کتاب

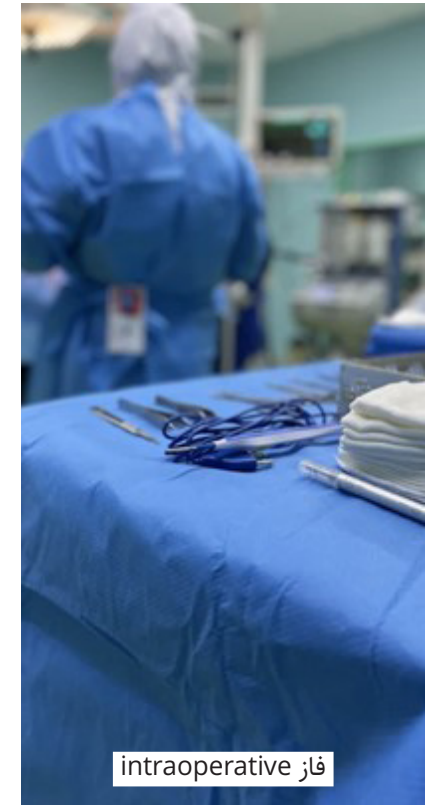
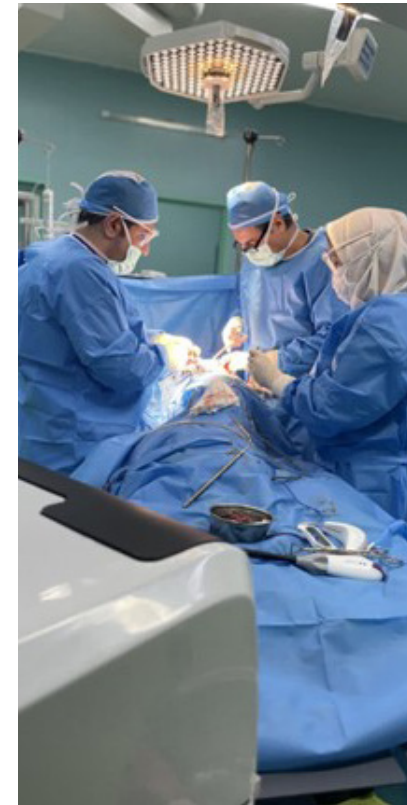


قدرت شروع ناقص

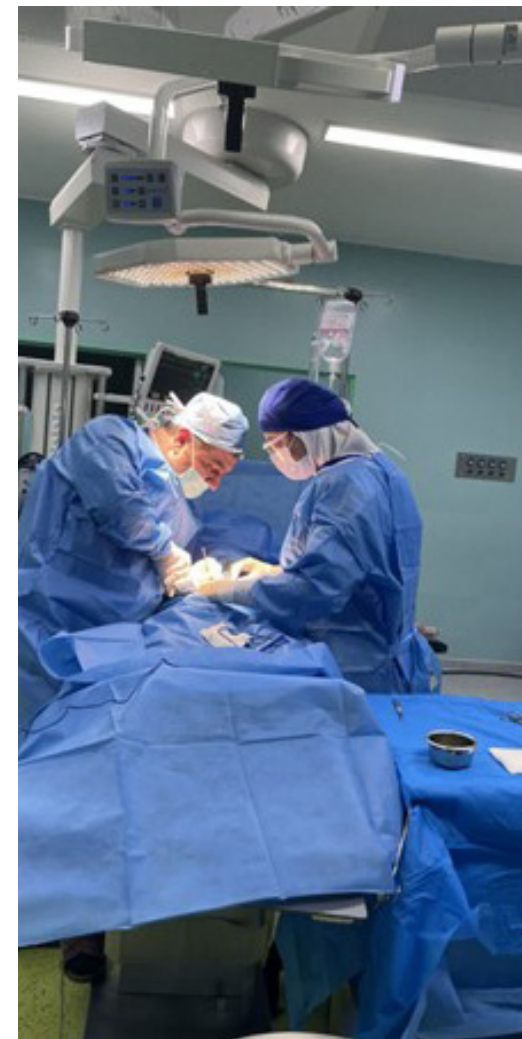
جستارهایی درباره‌ی بهتر انجام دادن کارها

جیمز کلییر

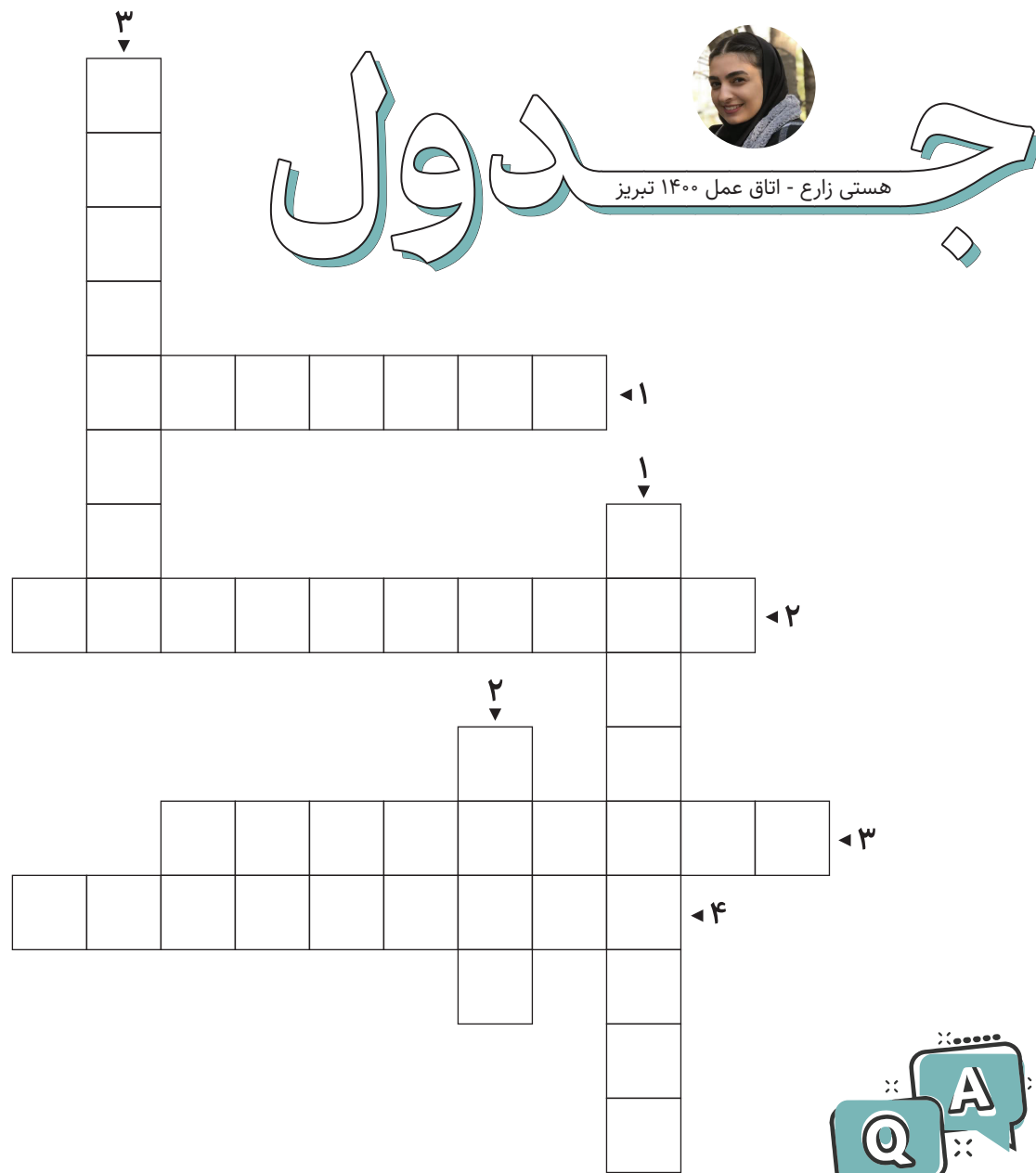
ترجمه‌ی سیدایوب کوکبی و فرزانه حاج خلیلی



فاز intraoperative



بخش ریکاوری PACU



پاسخ جدول شماره قبلی:

جواب‌ها به ترتیب:

قیچی لیتر
سوهان میلر
کلمپ منیسک
جداکننده کی
اره گیگلی
تامپ استخوانی
رائزور کوشینگ
شیور

افقی

۱. نوعی نقص لوله عصبی که ستون فقرات درگیر می‌شوند.
۲. جمع شدن مایع مغزی نخاعی در حفرات مغز.
۳. اتصال انگشتان به هم.
۴. کجی گردن را گویند.

عمودی

۱. نوعی بیماری که اندازه استخوانها بزرگتر از حالت عادی است.
۲. نوعی سندرم که با مشکلاتی از جمله ناهنجاری‌های گوش، نقایص قلبی، کلویوم چشم و... همراه است.
۳. نوعی نقص دیواره شکم که روده‌ها و کبد خارج از شکم در یک کیسه باقی میماند.

کار ساده‌ای است. کشف خلاقیت درونی به شجاعت و ممارست فراوان نیاز دارد. باین‌حال، رویکردی پنج مرحله‌ای که بعدتر درباره آن خواهید‌خواند، کمک می‌کند ابهامات این مسیر زوده شود و در مسیری روشن برای کسب تفکر نوآور گام بردارید. برای توضیح کارکرد این فرایند بگذارید داستان کوتاهی تعریف کنم.

مشکلی که به راهکار خلاقانه نیاز داشت: در دهه‌ی ۱۸۷۰ روزنامه‌ها و چاپخانه‌ها با مشکل خاص و پرهزینه‌ای روبه‌رو بودند. در آن زمان عکاسی کار جدید و جذابی بود. خواننده‌ها دوست داشتند تصاویر بیشتری ببینند، ولی کسی نمی‌دانست چطور با هزینه‌ی کم و سرعت زیاد عکس چاپ کند.

مثلاً اگر روزنامه‌ای می‌خواست عکسی چاپ کند، باید یک نفر را برای این کار استخدام می‌کرد که به صورت دستی تصاویر را یک‌به‌یک روی صفحات فلزی حک کند. از این صفحات برای چاپ تصویر روی کاغذ استفاده می‌شد، اما آن‌ها بعد از چند بار استفاده می‌شکستند. پیداست که این فرایند هزینه‌بر و وقت‌گیر بود.

فردریک یوجین آیوز کسی بود که برای این مشکل راهکار ارائه کرد. او به مسیر شغلی خود تا رسیدن به شخصیت ممتاز در حیطه‌ی عکاسی و ثبت هفتاد اختراع در طول دوران کاری‌اش ادامه داد و ادامه ماجرا ...

تا به امروز چندبار ایده‌هایتان را به این دلیل که هنوز آماده نیستید رها کرده‌اید؟ کتاب قدرت شروع ناقص از جیمز کلیور به شما نشان می‌دهد که افراد بسیاری در نتیجه‌ی این خطای فکری، هرگز کار و حرفه‌ی موردعلاقه‌ی خود را شروع نمی‌کنند؛ در حالی که انتظار برای ایده‌آل شدن شرایط اشتباه است و چیزی که نیاز به تغییر دارد، باورهای ما درباره‌ی یک شروع خوب است. درواقع ممکن است که رمز موفقیت در زندگی، در شروع‌های ناقص و غیرایده‌آل نهفته باشد.

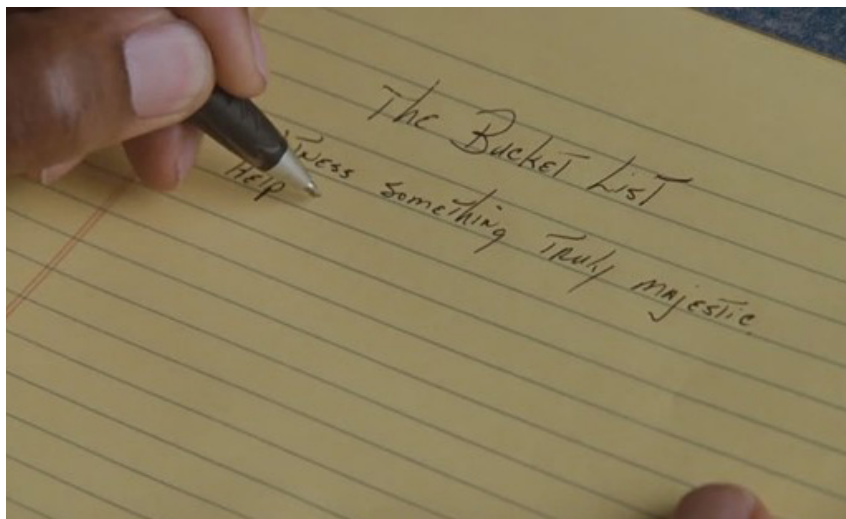
اگر تصمیم به شروع یک مسیر شغلی و حرفه‌ای یا هر حوزه‌ی دیگری در زندگی شخصی خود را دارید و نگران هستید که به اندازه‌ی کافی آماده نباشید، مطالعه‌ی کتاب قدرت شروع ناقص از جیمز کلیور را به شما توصیه می‌کنیم. در بخشی از کتاب قدرت شروع ناقص: جستارهایی درباره بهتر انجام دادن کارها می‌خوانیم.

همه‌ی ایده‌های بزرگ کم‌وبیش فرایند خلاقانه‌ی یکسانی را پشت سر می‌گذارند و در اینجا می‌خواهیم طرز کار این فرایند را شرح دهیم. فهم این موضوع مهم است، زیرا تفکر خلاقانه مهم‌ترین مهارت ممکن برای هر کس است. تقریباً برای هر مشکلی در کار یا زندگی خود می‌توانید از راهکارهای نوآورانه، تفکر جانبی و ایده‌های خلاق کمک بگیرید. هر کس می‌تواند با استفاده از این پنج گام یاد بگیرد چگونه خلاق شود. البته این بدان معنا نیست که خلاق بودن



THE BUCKET LIST

فاطمه موسوی - ۱۴۰۰ اتاق عمل تبریز



با سلام! آگه دنبال فیلم الهام بخش و به اصطلاح (حال خوب کن) هستید، این قسمت رو حتما مطالعه کنید. فیلم The Bucket List یا (فهرست آرزوها) در ژانر موضوعی کمدی، ماجراجویی و در سال ۲۰۰۷ منتشر شد. که ماجرای دو تا پیرمرده که درگیر سرطان میشن و تصمیم میگیرن قبل از مرگشون کارهایی که همیشه دوست داشتن و چیزهایی که همیشه میخواستن تجربه کنن رو انجام داده باشن.

بیشتر ازین توضیح نمیدم و در ادامه چند تا تیکه دیالوگ قشنگ ازین فیلم رو باهم بخونیم:

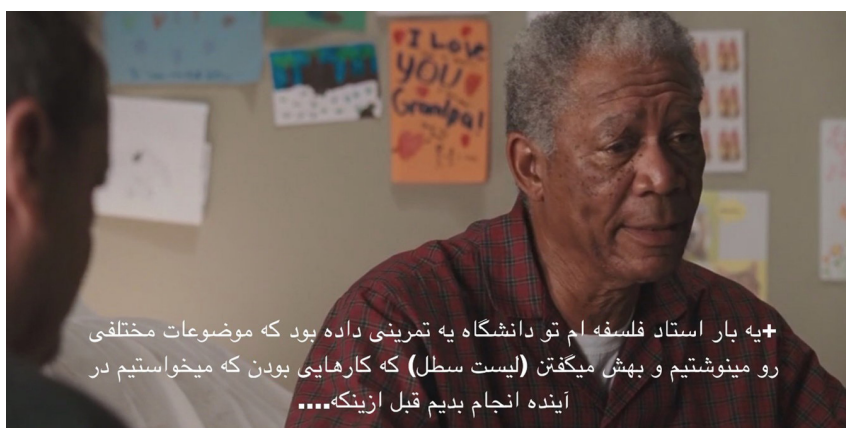
امتیاز IMDb: ۷/۴

ژانر: کمدی، ماجراجویی

کارگردان: راب رینر

ساخت: سال ۲۰۰۷، آمریکا

بازیگران: مورگان فریمن، جک نیکلسون و...



یه بار استاد فلسفه ام تو دانشگاه به تمرینی داده بود که موضوعات مختلفی رو مینوشتیم و بهش میگفتن (لیست سطل) که کارهایی بودن که میخواستیم در آینده انجام بدیم قبل از اینکه...!!!



قبل از اینکه سطل رو شوت کنید.

در نهایت امیدوارم از دیدن این فیلم لذت ببرید (:

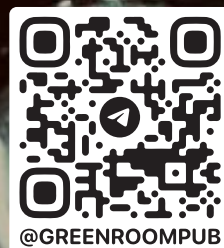
اُمیدشاید همه در
صفحه‌ی بعدی باشد
کتاب را ببند

جمال شریا



Green Room

نشریه اتاق سبز | شماره سوم | بهار ۱۴۰۳



@GREENROOMPUB

Greenroomtabriz@gmail.com



[greenroom tbz](#)

