التكنولوجيا والابتكار في وحدات العناية المركزة للأطفال: نظرة مترابطة على أوقيانوسيا

المتحدثون

مونيكا بروكس، تريفور ديوك، إيما هايز

إيما هايز

مرحبًا بكم في بودكاست منطقة أوقيانوسيا بمناسبة أسبوع التوعية بوحدات العناية المركزة للأطفال التابعة للاتحاد العالمي لطب الأطفال وحديثي الولادة (WFPICCS). اسمي إيما هايز، وأنا ممرضة استشارية سريرية في وحدة العناية المركزة للأطفال في بريسبان، أستراليا. موضوع أسبوع التوعية بوحدات العناية المركزة للأطفال لهذا العام هو التكنولوجيا والابتكار في العناية المركزة للأطفال. يسعدني اليوم أن أقدم ضيفينا، الدكتور تريفور ديوك، أخصائي العناية المركزة للأطفال في مستشفى ملبورن الملكي للأطفال، وأستاذ طب الأطفال في قسم طب الأطفال بجامعة ملبورن، وأستاذ صحة الطفل في كلية الطب بجامعة بابوا غينيا الجديدة. الدكتورة مونيكا بروكس هي أخصائية في العناية المركزة للأطفال في وحدة العناية المركزة للأطفال في مستشفى ستارشيب للأطفال في أوكلاند، نيوزيلندا. وهي من السكان الأصليين لفيجي وأكملت تدريبها الطبي الأولي في فيجي. مرحبًا بكم في بودكاست اليوم. للمستمعين الذين ليسوا على دراية بمنطقة أوقيانوسيا، فهي منطقة في المحيط الهادئ تضم آلاف الجزر. تضم 14 دولة، أكبرها أستراليا ونيوزيلندا، اللتان تشتهران بجودة وحدات العناية المركزة للأطفال المبتدئة المبتكرة والتعاون في مجال الأبحاث. ولا تزال العديد من الدول الأخرى في طور النمو وتواجه تحديات تتعلق بمحدودية الموارد وعزلة السكان وقابلية التعرض للكوارث الطبيعية وتغير المناخ. اخترنا أن نركز بودكاست اليوم على اثنين من الدول الصغيرة في أوقيانوسيا لتمكين مناقشة كيفية استخدام التكنولوجيا والابتكار لتطوير وتحسين الرعاية الحرجة للأطفال في تلك الدول. مونيكا،

بصفتك أول أخصائية في طب الأطفال الحرج تكمل تدريبها خارج نيوزيلندا وأستراليا في منطقتنا، نود أن نسمع قليلاً عن تلك التجربة وأيضًا عن بعض التحديات والتقدم المبتكر الذي شاركت فيه خلال مسيرتك المهنية.

مونيكا بروكس

شكرًا لك، إيما، شكرًا على دعوتك لي إلى هذا البودكاست، وشكرًا على تقديمك الرائع لي ولتريفور ولأوقيانوسيا. نعم، أنا أول طبيبة أطفال في العناية المركزة من سكان فيجي الأصليين، وتدربت في كلية العناية المركزة والطب في أستراليا. تخرجت وحصلت على زمالة العام الماضي، وبدأت للتو عملي كطبيبة أطفال في العناية المركزة هنا في مستشفى ستارشيب للأطفال في أوكلاند. تلقيت معظم تدريبي الطبي وتدريبي في طب الأطفال في فيجي في كلية الطب في فيجي. في الواقع، معظم خبرتي الأولية في طب الأطفال كانت خلال التدريب في مستشفى كولونيال وار ميموريال، الذي يقع في سوفا، عاصمة فيجي. عملت أيضاً في مستشفى لاوتوكا، الذي يضم أيضاً وحدة عناية مركزة للأطفال أصغر حجماً كانت مشتركة مع فريق العناية المركزة للبالغين في ذلك الوقت. كانت تجربة العمل في فيجي في ذلك الوقت تتمثل في أن لدينا الكثير من الأطفال الذين يموتون بسبب أمراض لا توجد في أستراليا ونيوزيلندا. أمراض مثل الربو. شاهدنا الكثير من حالات التسمم، وكثير من الوفيات كانت أيضًا بسبب التأخر في الوصول إلى المستشفى والموقع الجغرافي أيضًا. ليس من السهل دائمًا الوصول إلى الأطفال في المستشفى، سواء عن طريق البر أو حتى عن طريق القوارب. في بعض الأحيان، كانت تجربتي في فيجي مذهلة ورائعة. لقد تعلمت الكثير من المهارات التي ساعدتني في تدريبي في ملبورن. قضيت معظم تدريبي في وحدة العناية المركزة للأطفال في ملبورن، وكان ذلك رائعًا، وكان هناك فرق كبير بين التدريب والعمل في فيجي والعمل في مؤسسة مثل مستشفى الأطفال الملكي في ملبورن، حيث كانت الموارد وفيرة للغاية وكان هناك فرق كبير مقارنة بما كنا نستخدمه في فيجي. على سبيل المثال، سأتحدث عن خدمة الاسترجاع في فيجي عندما كنت هناك كطبيب أطفال. يتم الإشراف على وحدة العناية المركزة من قبل أطباء الأطفال. نحن جميعًا نتدرب كأطباء أطفال عامين، ولكن علينا أن نعتني بعمليات الاسترجاع في وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة ووحدة العناية المركزة للأطفال، بالإضافة إلى قسم الطوارئ، وكذلك الأجنحة في العيادة. عندما كنا نقوم بعمليات الاسترجاع إلى الجزر الخارجية أو حتى إلى المناطق النائية داخل البر الرئيسي، كان ذلك يعني أننا نذهب مع الممرضة. وكانت لدينا صندوق أدوات صغير يحتوي على الأساسيات. كان يحتوي على منظار الحنجرة؛ وكان مسموحًا لك بأخذ شفرة واحدة، أي شفرة تجدها أو شفرة من Mac في الأدراج أو في عربات مجرى الهواء. لذلك كنت تحصل في النهاية على شفرة من الدرجة الثانية من نوع لكنك كنت تأخذ ما هو متاح. كنا نأخذ أنابيب التنفس الصناعي التي كنا نعتقد أنها ستكون .Miller الدرجة الأولى من نوع كافية للطفل، وكنت تتأكد من أن أنبوب التنفس الصناعي هذا في المكان الصحيح، لأنه لم يكن لديك الكثير من الخيارات، كما

أننا لم يكن لدينا ما يكفي من أنابيب التنفس الصناعي في المستشفى. كما تعلم، لم يكن لدينا أكثر من ثلاثة أنابيب تنفس صناعي في صندوق الأدوات الصغير. كان لدينا الأدرينالين والأتروبين والسوكساميثونيوم والمورفين. وكان لدينا قنية، قنية مقاس 24 SATs، أو 22، وقنية داخل العظم. كان لدينا مسبار القلب أو جهاز تخطيط القلب المحمول لنأخذه معنا. كما لم يكن لدينا أنبوب داخل العظم. ولم يكن لدينا جهاز تنفس صناعي أو جهاز تنفس صناعي للنقل، لذلك كان علينا إعادة الأطفال، إما على متن طائرات هليكوبتر أو طائرات، أو عن طريق البر، إذا كنا في الشاحنة. لذلك كانت تجربة طبية مثيرة للغاية. لا أشعر بأي ندم على التدريب والعمل في فيجي. لقد بنى ذلك الكثير من المرونة لدى الناس. كان عليك أن تتدبر أمرك بالموارد المحدودة المتاحة لك. وأعتقد أن أعظم هدية، في رأينا، كانت أننا في النهاية، إذا نجحنا، يمكننا إخراج الطفل من المستشفى إلى منزله، وكان ذلك رائعًا. وكان ذلك يستحق كل هذا الجهد. وعلى الرغم من محدودية الموارد، كان بإمكاننا إنقاذ حياة أو إحداث فرق. ثم أدركت أيضًا أن هناك فائدة في الحصول على مزيد من التدريب أو التدريب الإضافي في طب العناية المركزة، خاصة في طب الأطفال، على أمل أن نتمكن بعد ذلك من تغيير النتائج أو القيام بشيء مختلف. وباستخدام الأساسيات، لا أعتقد أننا بحاجة إلى الكثير من المعدات أو الموارد المتطورة. أعتقد أننا إذا ركزنا على ما لدينا وعلى الأساسيات، يمكننا تغيير النتائج إذا تعلمنا كيفية استخدامها بشكل أفضل أو تعلمنا استخدامها بطريقة مختلفة.

إيما هايز

شكرًا لك على مشاركتك هذه المعلومات. كان من المثير للاهتمام سماع قصتك وتذكيرنا بمدى ثراء بعض الدول في منطقتنا بالموارد ومدى حظها مقارنة بغيرها. هل يمكنك أن تذكر أي أمثلة على بعض الابتكارات المبتكرة التي ظهرت في السنوات القليلة الماضية في مجال الرعاية الحرجة للأطفال في فيجي؟

مونيكا بروكس

نعم، أعتقد أنه من حيث الموارد، فإن المورد الوحيد الذي نمتلكه، والذي أعتقد أنه ينطبق على معظم جزر جنوب المحيط الهادئ، هو الموارد البشرية. وقوتنا العاملة هي ما يمكننا العمل عليه وتطويره، ومن ثم ستساهم في تغيير أو تحسين النتائج بالنسبة للأطفال. منطقة جنوب المحيط الهادئ محدودة من الناحية المالية. ميزانيات الصحة ليست بالضبط أولوية. للأسف، هناك الكثير من الأولويات الأخرى في المجتمع التي لها الأسبقية على ميزانية الصحة. كما أننا محدودون بالموارد والمعدات، وهو أمر لا

يمكننا تغييره بسرعة. وقد كان هذا تحديًا مستمرًا على مدى سنوات عديدة. ولذلك، من الصعب علينا محاولة تغيير هذا الوضع على عجل. نحن ممتنون لأننا نحصل على الكثير من الدعم لقوتنا العاملة. ويأتي ذلك في شكل توجيه عبر الاتصالات مع نظرائنا بشكل كبير في ضمان Teams وقد ساهمت منصة ،Zoom في الخارج في مختلف المجالات. هناك عدد قليل منهم على منصة استمرار تبادل المعرفة مع منطقة المحيط الهادئ. وفي الوقت نفسه، يمكن لأولئك منا الذين يعملون بعيدًا عن منطقة المحيط الهادئ أو في أستراليا أو نيوزيلندا أو دول أوروبية أخرى، أن يتعلموا أيضًا من منطقة المحيط الهادئ عن الأمراض التي انتشرت فيها وعن الأمراض التي تعاني منها، من حيث الأمراض المعدية، والاستراتيجيات التي تتبعها. هل نأخذ بعضًا من ذلك معنا، أم نتعلم كيف نغير طريقة تعاملنا مع بعض الأمراض المعدية في مجتمعاتنا الآن؟ لذا، فإن المعدات التي لدينا تشمل وهذا لا بأس به. إنه ليس ضروريًا، ولا يمكن أن تتحمله ،ECMO أجهزة التنفس الصناعي. كما تعلمون، ليس لدينا جهاز الميزانية. ولكن لدينا أدوات للمجاري الهوائية وأجهزة للدورة الدموية، أو أدوية، تسمح لنا على الأقل بتقديم أفضل رعاية ممكنة لأطفالنا. لقد رأينا أن أفضل ما لدينا من معرفة هو أفضل ما لدينا. لذلك أعتقد أن الاتصالات السلكية واللاسلكية ومنصات قد حسنت ذلك حقًا وغيرت المعرفة لدى مجتمعاتنا في منطقة المحيط الهادئ. ولكننا استفدنا من ذلك أيضًا هنا في Zoom أستراليا ونيوزيلندا. أعتقد أن ما يجب العمل عليه حقًا هو القوى العاملة. أعتقد أن الجوانب الأخرى، من حيث المعدات والموارد، أصعب بكثير من المشكلة الأكبر التي يمكنك التعامل معها. أعتقد أن بناء شبكات داخل منطقة جنوب المحيط الهادئ أمر مهم. على سبيل المثال، أنشأنا مجموعة رعاية حرجة لجنوب المحيط الهادئ لمعرفة ما تمتلكه كل دولة من موارد، وتبادل المعرفة، ومشاركة كيفية استخدامنا لهذه الموارد. ربما تكون هذه طريقة رائعة للبدء. ثم لدينا زملاؤنا. لدينا أشخاص لديهم خبراتنا. نحن نعمل في نفس البيئة. ثم لديك كل شيء، كم عددهم، ومتوسط معرفتهم. كما تعلم، كان تريفور مرشدًا رائعًا لي، وحتى مصدرًا رائعًا للمعلومات عندما كنت لا أزال أتدرب في فوجي. أتذكر، سأشارككم قصة قصيرة عن طفل رضيع قمت بتنبيبه بسبب متلازمة الشفط. قد لا يتذكر هذا، ولكن كان هناك طفل حديث الولادة في حالة صحية سيئة للغاية، وقد نفدت أجهزة التنفس الصناعي لدي. لذا كنت أفكر، ماذا يمكنني أن أفعل؟ لدي أنبوب في القصبة الهوائية. ماذا يمكنني أن أفعل غير ذلك؟ وكان لدينا جهاز الفقاعي ونرى ما سيحدث". ثم CPAP فقاعي. ففكرت: "حسنًا، لنضع هذا الطفل، ولندعه يتنفس، ونضعه على جهاز CPAP اتصلت بتريفور وأرسلت له رسالة بعد ذلك، قائلة: "هذا ما فعلته. هل هذا تصرف صحيح؟ لأنني لم أفعل ذلك من قبل، ولكننا نفدت الخيارات. ليس لديك جهاز تنفس صناعي". وكان نصيحة تريفور: "نعم، لقد فعلت الصواب، لنرى كيف ستسير الأمور". وقد نجا الطفل بالفعل. وقمنا بفصل جهاز التنفس الصناعي ووضعنا جهاز التنفس الصناعي الببوي، ونجا الطفل وخرج من المستشفى. لكن تلك الشبكات كانت مفيدة للغاية، كما أن المعلومات والمعرفة التي حصلت عليها كانت قيّمة للغاية، ويمكنني الاستفادة منها بسرعة كبيرة — عن طريق إرسال بريد إلكتروني إلى شخص في أستراليا، وهذا ما فعلناه. هل هذا جيد أم لا؟ لذا أعتقد أن وجود الأشخاص المناسبين في الأماكن المناسبة أمر مفيد للغاية.

إيما هايز

شكرًا لك على مشاركتك هذه القصة الرائعة، التي أظهرت كيف أن التواصل الثنائي هو تعلم في كلا الاتجاهين، وليس فقط الدول الأكثر تقدمًا تساعد وحدات العناية المركزة النامية، ولكن هذا التعلم يسير في الاتجاه المعاكس أيضًا. وقد ربطت بين تريفور وكيف كان داعمًا لك في تلك القصة، وآمل أن يشاركنا تريفور الآن قليلاً عن الرعاية الحرجة للأطفال، وحالة الرعاية الحرجة للأطفال، أو تطور هذه الخدمة حاليًا في بابوا غينيا الجديدة.

تريفور ديوك

شكرًا، إيما. بالنسبة لي، قصة مونيكا قصة رائعة حقًا، ومن الرائع سماعها. إنها قصة إنجاز شخصي، ولكنها أيضًا قصة تقدم الرعاية المركزة للأطفال وطب الأطفال بشكل عام في دول المحيط الهادئ. ومونيكا ملتزمة بالتدريب في فيجي. أعتقد أن شبكات الشتات التي تقدم المساعدة، والأشخاص الذين يعتبرونها مجتمعًا للممارسة في أوقيانوسيا، إذا جاز التعبير، مهمة جدًا. لكن المنطقة متنوعة جدًا، كما قلتِ يا إيما، وهي ضخمة من حيث الحجم، وسكانها قليل نسبيًا مقارنة بمناطق أخرى في العالم. وهناك العديد من البلدان من بين الـ 14 التي ذكرتها التي لم تشهد تاريخًا من تطور الرعاية المركزة للأطفال مثل فيجي، وبالطبع أستراليا ونيوزيلندا. وهذا ينطبق في الواقع على معظم الدول الجزرية الصغيرة الأخرى. الآن، قلت أننا سنركز على بلدين صغيرين، ولكن في الواقع، بابوا غينيا الجديدة ليست دولة صغيرة. يبلغ عدد سكانها 11.6 مليون نسمة على الأقل، حتى حسب التقديرات المتحفظة. لذا فهي في الواقع، إذا لم أكن مخطئًا، مونيكا، أكبر من نيوزيلندا. إنها بالتأكيد دولة ضخمة، من حيث الحجم ومثل فيجي، مترامية الأطراف جغرافيًا، ولكن بطرق مختلفة - في بعض النواحي متشابهة وفي نواحٍ أخرى مختلفة تمامًا. وهي أيضًا واحدة من أقل الدول مواردًا في المنطقة. وأقول إنها في بعض النواحي غنية بالموارد لأنها تمتلك ثروة معدنية كبيرة، وتتمتع ببيئة طبيعية مذهلة، تمامًا مثل فيجي، ولديها موارد بشرية. ومع ذلك، فإن اقتصادها ليس قويًا، وتمويل الخدمات الصحية ليس قويًا. هذا، بالإضافة إلى العديد من العوامل الأخرى، أدى إلى وصول معدل وفيات الأطفال في الوقت الحالي إلى حوالي 42 حالة لكل 1000 مولود حي. قارن ذلك بفيجي، حيث تبلغ النسبة، إذا لم أكن مخطئاً، مونيكا، حوالي 28 لكل 1000 مولود حي. هناك بعض التقديرات التي تشير إلى أن النسبة ربما تبلغ 26، ولكنها على الأرجح 28 لكل 1000 مولود حي دون سن الخامسة. ثم قارن ذلك بأستراليا ونيوزيلندا، حيث تبلغ معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة أربعة لكل 1000 مولود حي. إذن، هناك فرق عشرة أضعاف بين أستراليا وبابوا غينيا الجديدة. هذا لا يعني أن بابوا غينيا الجديدة لم تحرز أي تقدم.

في عام 1990، كان معدل الوفيات غير المحدد حوالي 90 إلى 100 لكل 1000، لذا فقد حدث انخفاض كبير في معدل وفيات الأطفال في ذلك الوقت. أذكر هذه المعلومات كخلفية لأن حتى وقت قريب في بابوا غينيا الجديدة، لم يكن من المناسب إدخال أي شيء يشبه خدمات العناية المركزة للأطفال، ولكن في الواقع، انخفض معدل وفيات الأطفال بشكل كبير، كما قلت، في العقدين الأخيرين. ولا يزال أفضل ما يمكن فعله للأطفال في هذا البلد هو التطعيم والتغذية والتعليم من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية الأساسية والوصول إليها. لدينا 22 مستشفى إقليميًا في جميع أنحاء البلاد ومستشفى جامعي كبير، ويأتي العديد من الأطفال إلى هذه المستشفيات والمستشفيات الصغيرة في المقاطعات وهم يعانون من أمراض خطيرة، ويحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية التي كان من الممكن توفيرها في الماضي. لدينا مسودة استراتيجية لوحدة العناية المركزة للأطفال في بابوا غينيا الجديدة، وهي استراتيجية أساسية للغاية. وهي مرتبطة بالاستراتيجية الوطنية الشاملة لصحة الطفل وبما تم القيام به خلال العشرين عامًا الماضية في محاولة لتحسين جودة الرعاية الأساسية. وكان الهدف هو البدء بتوفير رعاية طبية جيدة للأطفال في جميع أنحاء البلاد. ويبدأ ذلك بالتدريب، وليس التدريب فقط، بل نشر الموظفين المناسبين في كل مقاطعة، والتي يبلغ عدد سكانها في المتوسط حوالي 300 إلى 400 ألف نسمة. وهذه مقاطعات كبيرة جدًا. يصل عدد سكان بعض المقاطعات إلى 500 أو 600 ألف نسمة. تضم كل مقاطعة الآن، باستثناء اثنتين، أطباء أطفال، ويوجد طبيب أو طبيبان لكل 500 ألف نسمة. وبالتالي، تبلغ نسبة الأطفال إلى أطباء الأطفال حوالي 0.5 لكل 100 ألف نسمة، وهي نسبة لا تزال تعادل النسبة الموجودة في معظم البلدان الأفريقية الأقل نمواً، والتي تبلغ 0.5 لكل 100 ألف نسمة. لذا، فإن الخطوة الأولى هي توفير الموارد البشرية الكافية، ليس فقط أطباء أطفال، ولكن أيضًا ممرضات أطفال وممرضات صحة طفولة على دراية بتقديم رعاية أساسية جيدة للأطفال على مستوى المقاطعة وحتى على مستوى المنطقة، وحتى على مستويات أدنى. في الوقت الحالي، يوجد في بورت مورسبي وحدة صغيرة للعناية المركزة للأطفال، وهي وحدة عناية مركزة تضم 12 سريرًا وتقع داخل جناح طب الأطفال العام. وفي الوقت الحالي، لا نستخدم التنفس الصناعي هناك، لذا فإن الأطفال الذين يحتاجون إلى التنفس الصناعي يتم إدخالهم، كما هو الحال منذ فترة طويلة، منذ ما لا يقل عن عقد من الزمن، إلى وحدة العناية المركزة للبالغين. وأكثر الأسباب شيوعًا للحاجة إلى التنفس الصناعي لدى الأطفال في بابوا غينيا الجديدة وفي العديد من البلدان في جميع أنحاء أوقيانوسيا هي لدغات الثعابين أو متلازمة غيلان باريه، وهذه الأنواع من الحالات، حيث تكون الرئتان طبيعيتين نسبيًا، ولكن هناك مشاكل عصبية عضلية من المرجح أن تزول بمرور الوقت. لذلك، هناك العديد من الأطفال الذين يحتاجون إلى التنفس الصناعي لفترات قصيرة أو حتى طويلة، لهذه الحالات وللرعاية بعد الجراحة وللصدمات. ليس من المثالي توفير التنفس الصناعي للأطفال المصابين بالالتهاب الرئوي الحاد. غالبًا ما يشتت ذلك الانتباه عن توفير الخدمات الأساسية. وقد رأيت ذلك يحدث من قبل. لذا، فإن البرنامج الذي ننفذه منذ حوالي 15 عامًا يهدف إلى تحسين جودة الرعاية الحادة الأساسية. ويشمل ذلك التكنولوجيا، مثل توفير الأكسجين على مستوى المقاطعات وحتى على مستوى المناطق. وهناك برنامج لاستخدام أجهزة تركيز الأكسجين في جميع أنحاء

البلاد. حتى خلال جائحة كوفيد، أصبح الأكسجين بوضوح قضية مهمة جدًا ونقصًا واضحًا، وتشمل الابتكارات الجديدة محطات أكسجين متنقلة يمكن نقلها في حاوية، ويمكنها توليد الأكسجين طالما كان هناك مصدر طاقة مستمر. وقد تم إرسال هذه المحطات إلى عدة مقاطعات الآن، السبع الموجودة في جميع أنحاء البلاد. ولكن الأهم من ذلك هو وجود أجهزة لتركيز الأكسجين تصل إلى مستويات أدنى في سلسلة الخدمات الصحية، حتى المستشفيات على مستوى المقاطعات، حيث لا يمكن الاعتماد على إمدادات الكهرباء، ولكنها تعمل بالطاقة الشمسية. لذلك، هناك 40 مركزاً صحيًا في جميع أنحاء البلاد لديها الآن إمدادات أكسجين تعمل بالطاقة الشمسية، وهي تعمل منذ عام 2015. وهي تعمل بشكل جيد للغاية، وقد أثبتت في مشاريع بحثية ميدانية واسعة النطاق أنها تقلل من معدل الوفيات بسبب الالتهاب الرئوي وتقلل من الحاجة إلى الإحالة إلى مستشفيات أخرى، وما إلى ذلك.

إيما هايز

هذه ابتكار مذهل لم أكن لأفكر حتى في السؤال عنه، كشخص عملت فقط في كندا وأستراليا. شكرًا لك على مشاركة هذه المعلومات. إن أجهزة تركيز الأكسجين التي تعمل بالطاقة الشمسية أمر مذهل لأن الأكسجين هو الدواء أو العلاج الأول في حالات الرعاية الحرجة للأطفال أو البالغين. شكرًا لكما على ذكر الجانب المتعلق بالموارد البشرية وتدريب مقدمي الرعاية الصحية. ما هي بعض التحديات والحلول التي يتم تنفيذها في هذه المناطق للمساعدة في التغلب على هذه النقص؟

تريفور ديوك

ربما يمكنني أن أضيف أن انخفاض معدلات الوفيات الذي شهدناه على مستوى المقاطعات والمستشفيات في بابوا غينيا الجديدة على مدار الخمسة عشر عامًا الماضية لم يكن بسبب الابتكار التكنولوجي فقط. في الواقع، أعتقد أن ذلك يمثل جزءًا صغيرًا جدًا. إن توفير التكنولوجيا للعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين لم تكن متاحة لهم من قبل هو أمر مهم، ولكنني أعتقد أن الجزء الأساسي كان في التدريب. وتنظم منظمة الصحة العالمية برنامجًا لتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية، والأطباء والممرضين غير المتخصصين. وفي بابوا غينيا الجديدة، لدينا مكاتب إرشاد صحي، وموظفون طبيون وموظفو صحة مجتمعية، ونوفر لهم تدريبًا على رعاية الأطفال في المستشفيات. هناك برنامج يسمى رعاية الأطفال في المستشفيات، وقد تم توسيعه ليشمل جميع المقاطعات في بابوا غينيا الجديدة تقريبًا. وأعتقد أن التدريب الذي يغطي جميع الأمراض الشائعة والأمراض الحادة لدى الأطفال، وكيفية إدارة الفرز والتقييم في حالات الطوارئ، والإدارة، والنهج الشامل لرعاية الأطفال، كان

على الأرجح ضروريًا بقدر أي تحسينات في السلع أو التكنولوجيا أو الموارد الأخرى. وهذا يعزز ما قالته مونيكا، وهو أن ثروة الموارد البشرية في جميع البلدان التي تحتاج إلى الدعم يجب أن تُستغل لتحسين جودة الخدمات. وقد حقق برنامج الرعاية الصحية للأطفال نجاحًا كبيرًا.

مونيكا بروكس

وأود أن أضيف بعض المعلومات عن تجربة فيجي أو ما تم ذكره. السكان قليلون، لكن المساحة التي تغطيها هذه الجزر شاسعة، والمسافات طويلة، لأن بعضها لا يمكن الوصول إليه إلا بالسفن أو القوارب، أو عن طريق البر على ظهور الخيل، أو بأي وسيلة أخرى. لكن لا يوجد عدد كافٍ من الأطباء أو أطباء الأطفال لكي يكون لدينا طبيب أطفال أو شخص مدرب على الرعاية الحرجة في هذه المناطق. لذلك لدينا ممرضات ممارسات ومراكز تمريض في الكثير من الجزر والقرى النائية. وأحد التدريبات التي الذي تم تقديمه لجميع الممرضات والممرضات APLs وجدتها مفيدة جدًا للعاملين في مجال الرعاية الصحية هو تدريب قبل إرسالهم إلى قرى وجزر مختلفة، APLs الممارسات وطلاب الطب في السنة الأخيرة من تدريبهم، حيث كانوا يحضرون دورة لأنهم سيصبحون بعد ذلك الأطباء الوحيدين في تلك المناطق. ولكن هذا يعني أيضًا أنه بحلول الوقت الذي يتصل فيه هؤلاء الأطباء الجدد بطبيب أطفال في البر الرئيسي، يكونون قد أجروا بالفعل معظم عمليات الإنعاش واتبعوا خوارزمية A pillar، والتي كانت مفيدة جدًا لهم. كما تعلمون، لم يكونوا مضطرين بالضرورة إلى وضع أنبوب تنفسي، ولكنهم كانوا يضعونهم على الأكسجين، ويضعون لهم قسطرة داخل العين، ويبدأون في إعطائهم المضادات الحيوية. ثم يتصلون ويقولون: "هذا هو الوضع التي ذكرها تريفور. هناك كتيب أو APLs، الذي نحن فيه، نحتاج الآن إلى فريق إنقاذ ليأتي إلى هنا". لذلك هناك برامج مثل دليل أزرق يضم قائمة بإجراءات علاج التهاب المعدة والأمعاء والإسهال وكيفية علاجها باستخدام أملاح الإماهة الفموية أو السوائل الوريدية. ويستخدم هذا الدليل في جميع المستشفيات، بالإضافة إلى المراكز الصحية الأصغر. ثم لدينا أيضًا برامج الذي تم إدخاله أيضًا، والذي سمح بتدريب أطباء الأطفال والمخدرين والأطباء الآخرين على peds basic أخرى، مثل برنامج رعاية الأطفال المصابين بأمراض خطيرة وكيفية التعامل معهم في وحدة العناية المركزة. وكل هذه التدريبات التي نقدمها للعاملين في مجال الرعاية الصحية، سواء كانوا ممرضين أو ممرضات أو أطباء، رائعة لأنها تمنحهم فكرة عن الإسعافات الأولية الأساسية التي يمكنهم القيام بها، ويمكنهم على الأقل البدء قبل أن يكتسبوا المزيد من الخبرة أو يتم تحويلهم إلى مستشفى أكبر.

[...]

[...] [...]

[...]

[...] [...] [...]

[...] [...] [...] [...] [...] [...] [...] [...] [...] [...]

[...]