

نلسون

مبانی طب کودکان



# نلسون مبانی طب کودکان

ویرایش هفتم ۲۰۱۵

## دکتر روبرت م. کلایگمن

استاد و رئیس بازنشسته بخش کودکان  
دانشکده پزشکی ویسکانسین  
بیمارستان کودکان ویسکانسین میلواکی، ویسکانسین

## دکتر کارن ج. مارکدانت

استاد بخش کودکان دانشکده پزشکی ویسکانسین  
بیمارستان کودکان ویسکانسین، میلواکی، ویسکانسین

## ترجمه استادان دانشگاه‌های

## علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی

با مقدمه

## دکتر علی ربانی

استاد گروه اطفال

دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مترجمان (به ترتیب الفبا)

دکتر زهرا عرفانی  
دکتر مهشید فروغان  
دکتر رضوان قاسمی پور  
دکتر زرین تاج کیهانی  
دکتر سیدعبدالحمید مقدسی  
دکتر عبدالرضا منصوری راد  
دکتر فریبا نادری  
دکتر مهشید نیک پور  
دکتر غلامرضا ولی زاده  
دکتر ملک تاج هنرمند  
دکتر شهاب‌الدین مدرس یزدی

دکتر افسانه آموزگار  
دکتر مینا ایزدیار  
دکتر تقی بغدادی  
دکتر کامران بلیسی  
دکتر محمدرضا چنیدی  
دکتر عباس درخشان  
دکتر قمر تاج خطایی  
دکتر محمود رفیعی  
دکتر علیرضا سالک مقدم  
دکتر محمدرضا صادقیان  
دکتر حسین صمدانی فرد



انتشارات ارجمند



انتشارات ارجمند

**کارن ج. مارکدانت**

**روبرت م. کلايگمن**

**مبانی طب کودکان نلسون ۲۰۱۵**

زیر نظر: دکتر علی ربانی

فروست: ۹۲۷

ناشر: انتشارات ارجمند

صفحه‌آرا و طراحی متن: پرستو قدیم‌خانی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: غزال، صحافی: افشین

چاپ اول، شهریور ۱۳۹۳، ۲۲۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۳۰۰-۱-۳۰۰-۱

[www.arjmandpub.com](http://www.arjmandpub.com)

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

سرشناسه: مارک دنت، کارن ج. Marodante, Karen J.

عنوان و نام پدیدآور: مبانی طب کودکان نلسون ۲۰۱۵ / کارن ج. مارکدانت، روبرت م. کلايگمن؛ با مقدمه علی ربانی؛ مترجمان (به ترتیب الفبا) افسانه آموزگار... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: ارجمند، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری: ۱۰۷۲ ص، قطع: وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۹۶-۳۰۰-۱-۳۰۰-۱

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

عنوان اصلی: Nelson essentials of pediatrics, 7th. ed, 2015.

یادداشت: در ویراست‌های قبلی والدوامرسون نلسون مؤلف بوده است.

مترجمان (به ترتیب الفبا) افسانه آموزگار، محسن ارجمند، مینا ایزدیار، تقی

بفغدادی، کامران بلیغی، محمدرضا جنیدی... .

عنوان دیگر: اصول طب کودکان.

موضوع: پزشکی کودکان

شناسه افزوده: کلیگمن، رابرت، ۱۹۵۵ - م. Kliegman, Robert، ربانی،

علی، [دکتر]، مقدمه نویسنده، آموزگار، افسانه، ۱۳۶۷ - مترجم، نلسون،

والدوامرسون، ۱۸۹۸ - م. اصول طب کودکان

رده‌بندی کنگره: الف ۱۳۹۳ / الف ۶۸ / ن ۸ / RJ۴۵

رده‌بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲

شماره کتابشناسی ملی: ۳۵۳۳۸۰۵

### مؤکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۳-۳۱۱۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۵۱۱

شعبه بابل: خیابان گنج افروز، پاساژ گنج افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۱۱۱۰

شعبه رشت: خیابان نامجو، رویروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۱۳۱۰

شعبه ساری: بیمارستان امام، رویروی ریاست تلفن: ۹۱۱۸۰۲۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۷۲۸۴۳۸-۸۳۱۰

**بها: ۴۹۰۰۰ تومان**

با ارسال پیامک به شماره ۵۹۹ ۵۹۹ ۰۰۰ ۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرد:

ارسال عدد ۱:	دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک
ارسال عدد ۲:	دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک
ارسال ایمیل:	دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

## فهرست مطالب

۱۰	..... مترجمان
۱۲	..... مقدمه
۱۳	..... مؤلفان
۱۷	..... پیشگفتار
۱۸	..... تقدیر و تشکر
۱۹	..... بخش ۱: طبابت در رشته بیماری‌های کودکان
۲۵	..... فصل ۱: جمعیت و فرهنگ: مراقبت از کودکان در جامعه
۱۹	..... فصل ۳: اخلاقیات و جنبه‌های قانونی
۲۴	..... فصل ۴: مراقبت‌های تسکینی و موضوعات مربوط به انتهای حیات
۲۹	..... فصل ۲: کار حرفه‌ای (حرفه‌ای‌گری)
۳۴	..... بخش ۲: رشد و نمو
۴۲	..... فصل ۵: رشد طبیعی
۵۰	..... فصل ۶: اختلالات رشد
۶۱	..... فصل ۷: رشد و نمو طبیعی
۴۲	..... فصل ۸: اختلالات رشد و نمو
۵۰	..... فصل ۹: ارزیابی کودک سالم
۶۱	..... فصل ۱۰: ارزیابی کودک واجد نیازهای خاص
۷۸	..... بخش ۳: اختلالات رفتاری
۸۷	..... فصل ۱۱: گریه و کولیک
۸۱	..... فصل ۱۲: قشقرق
۹۴	..... فصل ۱۳: اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی کودکان
۸۴	..... فصل ۱۴: کنترل دفع
۸۱	..... فصل ۱۵: خواب طبیعی و اختلالات خواب در کودکان
۱۰۱	..... بخش ۴: اختلالات روانپزشکی
۱۲۰	..... فصل ۱۶: اختلالات شبه‌جسمی
۱۲۲	..... فصل ۱۷: اضطراب و هراس‌ها
۱۱۴	..... فصل ۱۸: افسردگی و اختلالات دوقطبی
۱۲۹	..... بخش ۵: مسایل روانی - اجتماعی
۱۴۳	..... فصل ۲۱: رشد ناکافی
۱۴۹	..... فصل ۲۲: سهل‌انگاری یا کودکان و کودک‌آزاری
۱۵۳	..... فصل ۲۳: همجنس‌گرایی و هویت جنسی
۱۴۳	..... فصل ۲۴: ساختار و عملکرد خانواده
۱۴۹	..... فصل ۲۵: خشونت
۱۵۳	..... فصل ۲۶: طلاق، جدایی، و داغ‌دیدگی

**بخش ۶: تغذیه کودکان و اختلالات تغذیه‌ای ..... ۱۵۸**

فصل ۲۷: غذای شیرخوار طبیعی ..... ۱۵۸	فصل ۳۰: کم‌غذایی کودکان ..... ۱۷۰
فصل ۲۸: غذای کودک و نوجوان سالم ..... ۱۶۳	فصل ۳۱: کمبود ویتامین‌ها و مواد معدنی ..... ۱۷۴
فصل ۲۹: چاقی ..... ۱۶۵	

**بخش ۷: مایعات و الکترولیت‌ها ..... ۱۹۲**

فصل ۳۲: درمان نگهدارنده مایعات ..... ۱۹۲	فصل ۳۵: اختلالات سدیم ..... ۲۰۲
فصل ۳۳: دهیدراتاسیون (کم آبی) و درمان جایگزینی ..... ۱۹۴	فصل ۳۶: اختلالات پتاسیم ..... ۲۰۶
فصل ۳۴: تغذیه وریدی ..... ۲۰۰	فصل ۳۷: اختلالات اسید و باز ..... ۲۱۰

**بخش ۸: بیماری‌ها و آسیب‌های حاد کودکان ..... ۲۱۶**

فصل ۳۸: ارزیابی و احیا ..... ۲۱۶	فصل ۴۳: غرق‌شدگی ..... ۲۳۵
فصل ۳۹: نارسایی تنفسی ..... ۲۲۲	فصل ۴۴: سوختگی‌ها ..... ۲۳۶
فصل ۴۰: شوک ..... ۲۲۵	فصل ۴۵: مسمومیت ..... ۲۴۰
فصل ۴۱: پیش‌گیری از آسیب‌دیدگی و حوادث ..... ۲۳۰	فصل ۴۶: آرام‌بخشی و تسکین درد ..... ۲۴۷
فصل ۴۲: ترومای شدید ..... ۲۳۱	

**بخش ۹: ژنتیک و بدشکلی‌های اندام انسان ..... ۲۵۰**

فصل ۴۷: الگوهای توارث ..... ۲۵۰	فصل ۴۹: اختلالات کروموزومی ..... ۲۶۷
فصل ۴۸: ارزیابی ژنتیکی ..... ۲۶۳	فصل ۵۰: رویکرد به کودک دیس‌مورفیک ..... ۲۷۳

**بخش ۱۰: اختلالات متابولیک ..... ۲۷۹**

فصل ۵۱: ارزیابی متابولیک ..... ۲۷۹	فصل ۵۵: اختلالات متابولیسم چربی ..... ۲۷۹
فصل ۵۲: اختلالات کربوهیدرات ..... ۲۹۰	فصل ۵۶: اختلالات لیپوزومی و پروکسیزومی ..... ۳۰۲
فصل ۵۳: اختلالات اسید آمینه ..... ۲۹۴	فصل ۵۷: اختلالات میتوکندریایی ..... ۳۱۰
فصل ۵۴: اختلالات اسیدهای آلی ..... ۲۹۹	

**بخش ۱۱: طب جنین و نوزاد ..... ۳۱۴**

فصل ۵۸: ارزیابی مادر، جنین و نوزاد ..... ۳۱۴	فصل ۶۳: انتروکولیت نکرودهنده ..... ۳۷۰
فصل ۵۹: بیماری‌های مادر که نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌دهند ..... ۳۴۲	فصل ۶۴: انسفالوپاتی هیپوکسیک - ایسکمیک، خونریزی داخل جمجمه‌ای و تشنج ..... ۳۷۲
فصل ۶۰: بیماری‌های جنین ..... ۳۴۶	فصل ۶۵: سپسیس و مننژیت ..... ۳۷۶
فصل ۶۱: بیماری‌های تنفسی نوزاد ..... ۳۴۸	فصل ۶۶: عفونت‌های مادرزادی ..... ۳۷۹
فصل ۶۲: آنمی و هیپربیلی روبینمی ..... ۳۵۸	

**بخش ۱۲: طب نوجوانان ..... ۳۸۷**

فصل ۶۷: مرور اجمالی و ارزیابی نوجوانان ..... ۳۸۷	فصل ۷۰: اختلالات خوردن ..... ۴۰۷
فصل ۶۸: مراقبت از نوجوان سالم ..... ۳۹۴	فصل ۷۱: سوء‌مصرف مواد ..... ۴۰۹
فصل ۶۹: ژینکولوژی نوجوانان ..... ۳۹۷	

**بخش ۱۳: ایمنولوژی ۴۱۳**

فصل ۷۲: ارزیابی	۴۱۳
فصل ۷۳: اختلالات لنفوسیت	۴۱۹
فصل ۷۴: اختلالات نوتروفیل	۴۳۰

**بخش ۱۴: آلرژی ۴۴۳**

فصل ۷۷: ارزیابی	۴۴۳
فصل ۷۸: آسم	۴۴۶
فصل ۷۹: رینیت آلرژیک	۴۵۸
فصل ۸۰: درمانیت آتوپیک	۴۶۲
فصل ۸۱: کهیر، آنژیوادم، و آنافیلاکسی	۴۶۶

**بخش ۱۵: بیماری‌های روماتیسمی کودکان ۴۸۳**

فصل ۸۶: ارزیابی	۴۸۳
فصل ۸۷: پورپورای هنوخ-شوئن لاین	۴۸۷
فصل ۸۸: بیماری کاوازاکی	۴۸۹
فصل ۸۹: آرتریت ایدیوپاتیک کودکان	۴۹۲

**بخش ۱۶: بیماری‌های عفونی ۵۰۷**

فصل ۹۳: ارزیابی	۵۰۷
فصل ۹۴: ایمن‌سازی و پیشگیری	۵۱۱
فصل ۹۵: درمان ضدعفونت	۵۲۰
فصل ۹۶: تب بدون منشأ مشخص	۵۲۲
فصل ۹۷: عفونت‌هایی که با تب و بثورات مشخص می‌شوند	۵۲۸
فصل ۹۸: عفونت‌های جلدی	۵۳۸
فصل ۹۹: لنفادنوپاتی	۵۴۳
فصل ۱۰۰: مننژیت	۵۴۸
فصل ۱۰۱: آنسفالیت	۵۵۲
فصل ۱۰۲: سرماخوردگی	۵۵۵
فصل ۱۰۳: فارنژیت	۵۵۶
فصل ۱۰۴: سینوزیت	۵۶۰
فصل ۱۰۵: اوتیت میانی	۵۶۱
فصل ۱۰۶: اوتیت خارجی	۵۶۴
فصل ۱۰۷: کروپ یا خنثاق	۵۶۶
فصل ۱۰۸: سیاه‌سرفه	۵۶۹
فصل ۱۰۹: برونشبولیت	۵۷۱

**بخش ۱۷: دستگاه گوارش ۶۶۰**

فصل ۱۲۶: ارزیابی دستگاه گوارش	۶۶۰
فصل ۱۲۷: حفره دهان	۶۷۷
فصل ۱۲۸: مری و معده	۶۷۹
فصل ۱۲۹: دستگاه روده‌ای	۶۸۹

فصل ۱۳۰: بیماری کبد ..... ۶۹۹	فصل ۱۳۲: پریتونیت ..... ۷۱۱
فصل ۱۳۱: بیماری پانکراس ..... ۷۰۷	

**بخش ۱۸: دستگاه تنفس ..... ۷۱۲**

فصل ۱۳۳: ارزیابی دستگاه تنفس ..... ۷۱۲	و بیماری‌های عروقی ..... ۷۳۳
فصل ۱۳۴: کنترل تنفس ..... ۷۲۳	فصل ۱۳۷: فیبروز کیستیک ..... ۷۴۲
فصل ۱۳۵: انسداد مجرای هوایی فوقانی ..... ۷۲۷	فصل ۱۳۸: دیواره قفسه‌سینه و پرده جنب ..... ۷۴۶
فصل ۱۳۶: بیماری‌های مجرای هوایی تحتانی، پارانشیم ریه	

**بخش ۱۹: دستگاه قلبی - عروقی ..... ۷۵۰**

فصل ۱۳۹: ارزیابی ..... ۷۵۰	فصل ۱۴۴: بیماری سیانوتیک مادرزادی قلب ..... ۷۷۰
فصل ۱۴۰: سنگوپ (غش) ..... ۷۵۸	فصل ۱۴۵: نارسای احتقانی قلب ..... ۷۷۷
فصل ۱۴۱: درد قفسه‌سینه ..... ۷۶۰	فصل ۱۴۶: تب روماتیسمی ..... ۷۸۰
فصل ۱۴۲: دیس‌ریتمی‌ها ..... ۷۶۱	فصل ۱۴۷: کاردیومیوپاتی‌ها ..... ۷۸۱
فصل ۱۴۳: بیماری مادرزادی بدون سیانوز قلب ..... ۷۶۴	فصل ۱۴۸: پریکاردیت ..... ۷۸۳

**بخش ۲۰: خون‌شناسی ..... ۷۸۶**

فصل ۱۴۹: ارزیابی خون‌شناسی ..... ۷۸۶	فصل ۱۵۱: اختلالات هموستاز ..... ۸۱۰
فصل ۱۵۰: کم‌خونی (Anemia) ..... ۷۹۰	فصل ۱۵۲: درمان با تزریق اجزای خون ..... ۸۲۲

**بخش ۲۱: آنکولوژی ..... ۸۲۵**

فصل ۱۵۳: ارزیابی آنکولوژیک ..... ۸۲۵	فصل ۱۵۷: تومورهای CNS ..... ۸۴۳
فصل ۱۵۴: اصول درمان سرطان ..... ۸۳۱	فصل ۱۵۸: نوروبلاستوم ..... ۸۴۵
فصل ۱۵۵: لوسمی (Leukemia) ..... ۸۳۷	فصل ۱۵۹: تومور ویلمز ..... ۸۴۷
فصل ۱۵۶: لنفوم ..... ۸۴۰	فصل ۱۶۰: سارکوم ..... ۸۴۹

**بخش ۲۲: نفرولوژی و ارولوژی ..... ۸۵۲**

فصل ۱۶۱: ارزیابی نفرولوژی و ارولوژی ..... ۸۵۲	فصل ۱۶۶: پرفشاری خون ..... ۸۶۷
فصل ۱۶۲: سندرم نفروتیک و پروتئینوری ..... ۸۵۶	فصل ۱۶۷: ریفلاکس مثانه به حالب ..... ۸۶۸
فصل ۱۶۳: گلوMERولونفریت و هماچوری ..... ۸۵۹	فصل ۱۶۸: ناهنجاری‌های مادرزادی و ..... ۸۷۰
فصل ۱۶۴: سندرم همولیتیک اورمیک ..... ۸۶۲	فصل ۱۶۹: سایر اختلالات دستگاه ادراری و ..... ۸۷۲
فصل ۱۶۵: نارسای حاد و مزمن کلیه ..... ۸۶۳	تناسلی

**بخش ۲۳: اختلالات غدد درون‌ریز ..... ۸۷۷**

فصل ۱۷۰: ارزیابی اندوکرینولوژی ..... ۸۷۷	فصل ۱۷۵: بیماری تیروئید ..... ۹۱۵
فصل ۱۷۱: دیابت قندی ..... ۸۸۰	فصل ۱۷۶: اختلالات پاراتیروئید و اندوکرینولوژی ..... ۹۲۲
فصل ۱۷۲: هیپوگلیسمی ..... ۸۹۱	استخوان و مواد معدنی ..... ۹۲۲
فصل ۱۷۳: کوتاهی قد ..... ۸۹۶	فصل ۱۷۷: اختلالات رشدونمو جنسی ..... ۹۲۵
فصل ۱۷۴: اختلالات بلوغ ..... ۹۰۴	فصل ۱۷۸: اختلال عملکرد غدهٔ آدرنال ..... ۹۳۰



<b>بخش ۲۴: نورولوژی</b>	
فصل ۱۷۹: ارزیابی	۹۳۶
فصل ۱۸۰: سردرد و میگرن	۹۴۴
فصل ۱۸۱: تشنج (اختلالات حمله‌ای)	۹۴۶
فصل ۱۸۲: ضعف عضلانی و هیپوتونی	۹۱۴
فصل ۱۸۳: آتاکسی و اختلالات حرکتی	۹۶۶
فصل ۱۸۴: تغییر وضعیت روانی	۹۷۰
فصل ۱۸۵: بیماری‌های دژنراتیو عصبی	۹۸۲
فصل ۱۸۶: اختلالات عصبی-جلدی	۹۸۷
فصل ۱۸۷: ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اعصاب مرکزی	۹۸۹

<b>بخش ۲۵: درماتولوژی</b>	
فصل ۱۸۸: ارزیابی	۹۴۴
فصل ۱۸۹: آکنه	۹۹۷
فصل ۱۹۰: درماتیت آتوپیک	۹۹۸
فصل ۱۹۱: درماتیت تماسی	۱۰۰۴
فصل ۱۹۲: درماتیت سبورئیک	۱۰۰۵
فصل ۱۹۳: ضایعات پیگمانته	۱۰۰۸
فصل ۱۹۴: ناهنجاری‌های عروقی	۱۰۱۱
فصل ۱۹۵: اریتم مولتی‌فرم، سندرم استیونس	
فصل ۱۹۶: آلودگی‌های جلدی	۱۰۱۷
فصل ۱۹۷: نکروزولیز اپیدرمی سمی	۱۰۱۳

<b>بخش ۲۶: ارتوپدی</b>	
فصل ۱۹۷: ارزیابی در ارتوپدی	۱۰۲۰
فصل ۱۹۸: شکستگی‌ها	۱۰۲۴
فصل ۱۹۹: مفصل ران (Hip)	۱۰۲۷
فصل ۲۰۰: اندام تحتانی و زانو	۱۰۳۴
فصل ۲۰۱: پا (Foot)	۱۰۴۰
فصل ۲۰۲: ستون فقرات (Spine)	۱۰۴۵
فصل ۲۰۳: اندام فوقانی	۱۰۵۴
فصل ۲۰۴: تومورهای استخوانی و ...	۱۰۵۸

<b>نمایه</b>	
	۱۰۶۰

### دکتر افسانه آموزگار

#### دکتر مینا ایزدیار

فوق تخصص بیماریهای خون کودکان  
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان مرکز طبی کودکان

#### دکتر تقی بغدادی

فوق تخصص ارتوپدی کودکان  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان امام خمینی

#### دکتر کامران بلیغی

متخصص درماتولوژی  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان رازی

#### دکتر محمدرضا جنیدی

متخصص بیماریهای کودکان

#### دکتر عباس درخشان

متخصص بیماریهای کودکان

#### دکتر قمر تاج خطایی

فوق تخصص بیماریهای عفونی کودکان  
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان مرکز طبی کودکان

#### دکتر محمود رفیعی

استاد بیماریهای کودکان  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان بهرامی

#### دکتر علیرضا سالک مقدم

متخصص ایمونولوژی  
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

#### دکتر محمدرضا صادقیان

فوق تخصص روماتولوژی  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

#### دکتر حسین صمدانی فرد

فوق تخصص غدد و متابولیسم  
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

### دکتر زهرا عرفانی

فوق تخصص بیماریهای خون و انکولوژی کودکان  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان امام خمینی

#### دکتر مهشید فروغان

متخصص روانپزشکی  
دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی

#### دکتر رضوان قاسمی پور

#### دکتر زرین تاج کیهانی

متخصص بیماریهای کودکان  
دانشیار علوم پزشکی تهران  
بیمارستان امام خمینی

#### دکتر سید عبدالحمید مقدسی

فوق تخصص بیماریهای داخلی ریه  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان شریعتی

#### دکتر عبدالرضا منصورری راد

#### دکتر فریبا نادری

فوق تخصص بیماریهای غدد کودکان  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

#### دکتر مهشید نیک پور

#### دکتر غلامرضا ولی زاده

فوق تخصص بیماریهای نوزادان  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

#### دکتر ملک تاج هنر مند

متخصص بیماریهای کودکان  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
بیمارستان امام خمینی

#### دکتر شهاب الدین مدرس یزدی

متخصص بیماریهای کودکان

## به یاد مرحوم استاد دکتر مینا ایزدیار

دکتر مینا ایزدیاری بنیانگذار انجمن تالاسمی و رئیس سابق انجمن تالاسمی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس بخش هماتولوژی و سرطان مرکز طبی کودکان در تیرماه ۱۳۹۲ پس از دو سال مبارزه با بیماری سخت، دیده از جهان فرو بست. ایشان استادی بزرگ، پزشکی عالیقدر و انسانی مهربان بود که تا آخرین لحظه حیات به دیگران شادی و امید و علم ارزیابی می داشت.

یادشان گرامی باد

## مقدمه

ترجمه سلیس و روان هفتمین ویرایش مبانی طب کودکان آن هم به دست فرهیختگان رشته اطفال فرصتی ایجاد می‌کند که دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی در وقت اندک بتوانند مبانی طب کودکان را مرور کنند. در بین مترجمان دوره قبل یاد و نام همکار زحمت‌کش و با اخلاق مرحوم دکتر مینا ایزدیار را گرامی می‌داریم. از انتشارات ارجمند نیز متشکریم که با ترجمه و انتشار این کتاب، مرور اجمالی و سریع مبانی طبی کودکان را فراهم آورده‌اند.

**دکتر علی ربانی**

استاد گروه اطفال

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**Lisa M. Allen, MD**

Associate Professor  
Department of Obstetrics and Gynecology  
University of Toronto  
The Hospital for Sick Children  
Mount Sinai Hospital  
Toronto, Ontario  
Canada  
*Adolescent Medicine*

**Warren P. Bishop, MD**

Professor  
Department of Pediatrics  
University of Iowa Carver College of Medicine  
Director, Division of Gastroenterology  
University of Iowa Children's Hospital  
Iowa City, Iowa  
*The Digestive System*

**Kim Blake, MD, MRCP, FRCPC**

Professor of General Pediatrics  
IWK Health Centre  
Division of Medical Education  
Dalhousie University  
Halifax, Nova Scotia  
Canada  
*Adolescent Medicine*

**Nathan J. Blum, MD**

Professor  
Department of Pediatrics  
The Perelman School of Medicine at the University  
of Pennsylvania  
Director, Leadership Education in Neurodevelopmental  
Disabilities  
Program Director, Developmental-Behavioral Pediatrics  
Fellowship Program  
Division of Child Development and Metabolic Disease  
The Children's Hospital of Philadelphia  
Philadelphia, Pennsylvania  
*Psychosocial Issues*

**Raed Bou-Matar, MD**

Associate Staff  
Center for Pediatric Nephrology  
Cleveland Clinic Foundation  
Cleveland, Ohio  
*Fluids and Electrolytes*

**Scott J. Brown, MD**

Developmental-Behavioral Pediatric Fellow  
Department of Pediatrics  
University of California, San Diego  
La Jolla, California  
*Behavioral Disorders*

**April O. Buchanan, MD**

Associate Professor  
Department of Pediatrics  
Academic Director, Years 3 and 4  
University of South Carolina School of Medicine Greenville  
Pediatric Hospitalist  
Children's Hospital, Greenville Health System  
Greenville, South Carolina  
*Pediatric Nutrition and Nutritional Disorders*

**Asriani M. Chiu, MD**

Associate Professor of Pediatrics  
Division of Pediatric Allergy and Immunology  
Director, Asthma and Allergy  
Director, Allergy and Immunology Fellowship Program  
Medical College of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Allergy*

**Yvonne E. Chiu, MD**

Assistant Professor  
Department of Dermatology  
Medical College of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Dermatology*

**Cindy W. Christian, MD**

Professor  
Department of Pediatrics  
The Perelman School of Medicine at the University  
of Pennsylvania  
Director, Safe Place  
The Children's Hospital of Philadelphia  
Philadelphia, Pennsylvania  
*Psychosocial Issues*

**David Dimmock, MD**

Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
Division of Pediatric Genetics  
Medical College of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Metabolic Disorders*

**Dawn R. Ebach, MD**

Clinical Associate Professor  
Department of Pediatrics  
University of Iowa Carver College of Medicine  
Iowa City, Iowa  
*The Digestive System*

**Sheila Gahagan, MD, MPH**

Professor and Chief  
Academic General Pediatrics, Child Development and  
Community Health  
Martin Stein Endowed Chair, Developmental-Behavioral  
Pediatrics  
University of California, San Diego  
La Jolla, California  
*Behavioral Disorders*

**Clarence W. Gowen, Jr., MD, FAAP**

Associate Professor and Interim Chair  
Department of Pediatrics  
Eastern Virginia Medical School  
Interim Senior Vice President for Academic Affairs  
Director of Medical Education  
Director of Pediatric Residency Program  
Children's Hospital of The King's Daughters  
Norfolk, Virginia  
*Fetal and Neonatal Medicine*

**Larry A. Greenbaum, MD, PhD**

Mareus Professor of Pediatrics  
Director, Division of Pediatric Nephrology  
Emory University School of Medicine  
Chief, Pediatric Nephrology  
Emory-Children's Center  
Atlanta, Georgia  
*Fluids and Electrolytes*

**Hilary M. Haftel, MD, MHPE**

Clinical Associate Professor  
Departments of Pediatrics and Communicable Diseases  
and Internal Medicine  
Director of Pediatric Education  
Pediatric Residency Director  
University of Michigan Medical School  
Ann Arbor, Michigan  
*Rheumatic Diseases of Childhood*

**MaryKathleen Heneghan, MD**

Attending Physician  
Division of Pediatric Endocrinology  
Advocate Lutheran General Children's Hospital  
Park Ridge, Illinois  
*Endocrinology*

**Matthew P. Kronman, MD, MSCE**

Assistant Professor of Pediatrics  
University of Washington School of Medicine  
Division of Pediatric Infectious Diseases  
Seattle Children's Hospital  
Seattle, Washington  
*Infectious Diseases*

**K. Jane Lee, MD**

Assistant Professor of Pediatrics, Bioethics, and Medical  
Humanities  
Program Director, Pediatric Critical Care Fellowship  
Medical College of Wisconsin  
Institute for Health and Society  
Milwaukee, Wisconsin  
*The Acutely Ill or Injured Child*

**David A. Levine, MD**

Professor  
Department of Pediatrics  
Chief, Division of Pre-doctoral Education  
Morehouse School of Medicine  
Atlanta, Georgia  
*Growth and Development*

**Paul A. Levy, MD, FACMG**

Assistant Professor  
Departments of Pediatrics and Pathology  
Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University  
Attending Geneticist  
Children's Hospital at Montefiore  
Bronx, New York  
*Human Genetics and Dysmorphology*

**Yi Hui Liu, MD, MPH**

Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
University of California, San Diego  
La Jolla, California  
*Behavioral Disorders*

**John D. Mahan, MD**

Professor, Department of Pediatrics  
Program Director, Pediatric Residency Program  
Program Director, Pediatric Nephrology Fellowship Program  
Vice-Chair for Education  
The Ohio State University College of Medicine  
Nationwide Children's Hospital  
Columbus, Ohio  
*Nephrology and Urology*

**Robert W. Marion, MD**

Professor  
Department of Pediatrics  
Department of Obstetrics and Gynecology and Women's  
Health  
Ruth L. Gottesman Chair in Developmental Pediatrics  
Chief, Section of Child Development  
Chief, Section of Genetics  
Department of Pediatrics  
Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University  
Bronx, New York  
*Human Genetics and Dysmorphology*

**Maria L. Marquez, MD**

Associate Professor  
Department of Pediatrics  
Georgetown University School of Medicine  
Director, Medical Student Education  
Georgetown University Hospital  
Washington, DC  
*Pediatric Nutrition and Nutritional Disorders*

**Susan G. Marshall, MD**

Professor  
Department of Pediatrics  
University of Washington School of Medicine  
Attending Physician  
Pulmonary Division  
Seattle Children's Hospital  
Seattle, Washington  
*The Respiratory System*

**Thomas W. McLean, MD**

Associate Professor  
Department of Pediatrics  
Wake Forest University Baptist Medical Center  
Winston-Salem, North Carolina  
*Oncology*

**Thida Ong, MD**

Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
University of Washington School of Medicine  
Attending Physician  
Pulmonary Division  
Seattle Children's Hospital  
Seattle, Washington  
*The Respiratory System*

**Julie A. Panepinto, MD, MSPH**

Professor  
Department of Pediatrics  
Medical College of Wisconsin  
Division of Pediatric Hematology  
The Children's Research Institute of the Children's Hospital  
of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Hematology*

**Hiren P. Patel, MD**

Clinical Associate Professor  
Department of Pediatrics  
The Ohio State University College of Medicine  
Chief, Section of Nephrology  
Medical Director, Renal Dialysis Unit  
Nationwide Children's Hospital  
Columbus, Ohio  
*Nephrology and Urology*

**Rowena C. Punzalan, MD**

Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
Medical College of Wisconsin  
Division of Pediatric Hematology  
The Children's Research Institute of the Children's Hospital  
of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Hematology*

**Russell Scheffer, MD**

Chair and Professor  
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences  
Professor  
Department of Pediatrics  
University of Kansas School of Medicine-Wichita  
Wichita, Kansas  
*Psychiatric Disorders*

**Jocelyn Huang Schiller, MD**

Clinical Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
University of Michigan Medical School  
Division of Pediatric Neurology  
C.S. Mott Children's Hospital  
Ann Arbor, Michigan  
*Neurology*

**Daniel S. Schneider, MD**

Associate Professor  
Department of Pediatrics  
University of Virginia School of Medicine  
Charlottesville, Virginia  
*The Cardiovascular System*

**J. Paul Scott, MD**

Professor  
Department of Pediatrics  
Medical College of Wisconsin  
Medical Director, Wisconsin Sickle Cell Center  
The Children's Research Institute of the Children's Hospital  
of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Hematology*

**Renee A. Shellhaas, MD, MS**

Clinical Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
University of Michigan Medical School  
Division of Pediatric Neurology  
C.S. Mott Children's Hospital  
Ann Arbor, Michigan  
*Neurology*

**Benjamin S. Siegel, MD**

Director, Medical Student Education in Pediatrics  
Professor  
Department of Pediatrics  
Boston University School of Medicine  
Boston, Massachusetts  
*The Profession of Pediatrics*

**Paola A. Palma Sisto, MD**

Associate Professor  
Department of Pediatrics  
University of Connecticut School of Medicine  
Director, Endocrinology Program  
Division of Pediatric Endocrinology  
Connecticut Children's Medical Center  
Hartford, Connecticut  
*Endocrinology*

**Sherilyn Smith, MD**

Professor of Pediatrics  
Fellowship Director, Pediatric Infectious Disease  
University of Washington School of Medicine  
Associate Clerkship Director  
Seattle Children's Hospital  
Seattle, Washington  
*Infectious Diseases*

**Amanda Striegl, MD, MS**

Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
University of Washington School of Medicine  
Attending Physician  
Pulmonary Division  
Seattle Children's Hospital  
Seattle, Washington  
*The Respiratory System*

**J. Channing Tassone, MD**

Associate Professor  
Departments of Orthopedic Surgery and Pediatrics  
Medical College of Wisconsin  
Division of Pediatric Orthopedic Surgery  
Children's Hospital of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Orthopedics*

**Aveekshit Tripathi, MD**

Senior Psychiatry Resident  
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences  
University of Kansas School of Medicine-Wichita  
Wichita, Kansas  
*Psychiatric Disorders*

**James W. Verbsky, MD, PhD**

Assistant Professor  
Department of Pediatrics  
Department of Microbiology and Molecular Genetics  
Division of Pediatric Rheumatology  
Medical College of Wisconsin  
Children's Hospital of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Immunology*

**Kevin D. Walter, MD, FAAP**

Assistant Professor  
Departments of Orthopedic Surgery and Pediatrics  
Medical College of Wisconsin  
Program Director, Primary Care Sports Medicine  
Children's Hospital of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin  
*Orthopedics*

**Marcia M. Wofford, MD**

Associate Professor  
Department of Pediatrics  
Wake Forest University Baptist Medical Center  
Winston-Salem, North Carolina  
*Oncology*



علم پزشکی و فن‌آوری هیچ متوقف نمی‌شوند! همکاران دانشمند ما، ماهیت پاتوفیزیولوژی و مکانیسم‌های بیماری‌ها را بیش از پیش آشکار می‌سازند و خیر پیشرفت‌های شگفت‌انگیز را به اطلاع ما می‌رسانند؛ ولی این پیشرفت‌ها باید در نهایت، در امر مراقبت روزمره از بیماران ما به کار گرفته شوند. هدف ما به عنوان مؤلفان و ویراستاران درسنامه حاضر، تنها ارائه‌ی معلومات متداول و بنیادینی که کاربرد روزمره دارند نبوده. بلکه گنجاندن این پیشرفت‌ها در قابل درسنامه‌ای فشرده و قابل مطالعه برای دانشجویان و دستیاران پزشکی نیز بوده است.

این ویراست جدید، با بهره‌گیری از پیشرفت‌های به عمل آمده از زمان چاپ ویراست پیشین تاکنون، به روز شده است. ما بر این باور هستیم که این یکپارچه‌سازی به شما کمک خواهد کرد تا به بررسی اختلالات شایع و متداول طب کودکان در قالبی منطقی و با فرصت زمانی محدود بپردازید و بدین ترتیب هم بر دانش خود بیافزید و هم این دانش را در راستای درمان بیماران خود به کار گیرید. به علاوه، ما دگربار از همکاران خود که نقش مدیران اجرایی را ایفا می‌کنند، درخواست کرده‌ایم تا بسیاری از بخش‌های کتاب حاضر را به رشته تحریر درآورند تا شما بتوانید دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای کسب موفقیت در هر دو عرصه مراقبت از بیماران و کسب آمادگی برای انجام وظایف اجرایی یا شرکت در امتحانات را کسب کنید.

ما افتخار داریم بخشی از سفر هزاران دانش‌پژوهی باشیم که دوره طب کودکان را می‌گذرانند و یا در سال‌های آینده، به ارائه‌دهندگان جدید مراقبت‌های طب کودکان تبدیل خواهند شد.

**دکتر کارن ج. مارکدانت**

**دکتر روبرت م. کلايگمن**

## تقدیر و تشکر

مؤلفان کتاب حاضر هیچ‌گاه نمی‌توانستند بدون یاری جیمز مریت و جنیفر شرینر و توجه آنان به جزئیات، این ویراست را به چاپ برسانند. انتشار این کتاب بدون تلاش‌های کارولین ردمن نیز امکان‌پذیر نمی‌بود، چراکه رعایت زمان‌بندی، سازمان‌دهی، و نظارت وی بر فرآیند انتشار کتاب، ما را در خلق ویراست حاضر یاری داده است.

## طبابت در رشته بیماری‌های کودکان

Karen J. Marcante and Benjamin S. Siegel

### فصل ۱

#### جمعیت و فرهنگ: مراقبت از کودکان در جامعه

برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، اطلاع از تعاملات بین مشکلات طبی و عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی مؤثر بر ارائه مراقبت‌های طب اطفال ضروری است. به کمک فن‌آوری‌ها و درمان‌های جدید، کاهش میزان ابتلاء و مرگ‌ومیر و ارتقای کیفیت زندگی کودکان و خانواده‌های آنها میسر می‌شود، لکن از دیگر سو، هزینه مراقبت‌های طبی نیز ممکن است سبب بروز تبعیض در ارائه این مراقبت‌ها شود. چالشی که متخصصین بیماری‌های کودکان با آن مواجه‌اند ارائه مراقبت‌ها به گونه‌ای است که به لحاظ اجتماعی عادلانه باشد، در دسترس تمام کودکان قرار گیرد و مسائل روانی - اجتماعی، فرهنگی و نژادی را در حین طبابت لحاظ کند.

#### چالش‌های کنونی

چالش‌های پرشمار کنونی که بر پیامدهای سلامتی کودکان تأثیر می‌گذارند، عبارت‌اند از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی؛ تفاوت‌های بهداشتی؛ حمایت از زندگی اجتماعی، شناختی، و هیجانی کودکان در چارچوب خانواده و اجتماع؛ و برخورد با عوامل محیطی (به خصوص فقر). تجربیات اولیه و استرس‌های محیطی، با استعداد ژنتیکی یک‌ایک کودکان در تعامل بوده و در نهایت می‌توانند سبب ایجاد بیماری‌هایی شوند که در دوران بزرگسالی مشاهده می‌شوند. لذا، متخصصان طب کودکان، این فرصت منحصر به فرد را در اختیار دارند که نه تنها به درمان بیماری‌های حاد و مزمن، بلکه به مقابله با مسائل فوق‌الذکر و عوامل استرس‌زای سمی بپردازند و بدین ترتیب، سطح تندرستی و حفظ سلامت در کودکان را ارتقا بخشند.

پیشرفت‌های پرشمار علمی، ارتباط زیادی با نقش رو به رشد متخصصان طب اطفال دارند. به کمک فن‌آوری‌های نوین ژنتیکی، متخصصین طب اطفال می‌توانند بیماری‌ها را در سطح مولکولی تشخیص دهند. این فن‌آوری در حال حاضر برای تعیین پیش‌آگهی بیماری‌ها بکار می‌رود و به انتخاب داروها و روش‌های درمانی کمک می‌کند. تشخیص قبل از تولد و غربالگری نوزادان سبب افزایش دقت تشخیص زودهنگام بسیاری از این اختلالات شده است؛ در مواردی که بیماری قابل علاج نباشد، بدین وسیله امکان درمان زودهنگام‌تر فراهم می‌شود. تصویربرداری عملکردی با تشدید مغناطیسی (fMRI)، درک بیشتر از مشکلات روان‌پزشکی و نورولوژیک نظیر خوانش‌پریشی (دیس‌لکسی) و اختلال کمبودتوجه/بیش‌فعالی را میسر می‌سازد.

چالش‌ها همچنان وجود دارند. بروز و شیوع بیماری‌های مزمن طی دهه‌های اخیر افزایش یافته‌اند. در حال حاضر بیماری‌های مزمن پس از تروما و بستری شدن‌های دوره نوزادی شایع‌ترین علت بستری شدن کودکان در بیمارستان هستند. از اواسط دوران تحصیلی، بیماری‌های ذهنی علت عمده بستری شدن کودکان به عللی غیر از علل ناشی از زایمان می‌باشند. یکی از نگرانی‌های روزافزونی که اکنون وجود دارد به سموم محیطی و شیوع خشونت و همچنین سوءاستفاده‌های فیزیکی، احساسی و جنسی از کودکان مربوط است. پس از یازدهم سپتامبر سال ۲۰۰۱ و تخریب مرکز تجارت جهانی، وحشت از تروریسم در ایالات متحده سبب افزایش سطح اضطراب در بسیاری از خانواده‌ها و کودکان شده است.

متخصصین طب اطفال برای مقابله با این چالش‌های رایج، می‌بایست به صورت بخشی از یک گروه بزرگ مراقبت‌های بهداشتی عمل کنند. بسیاری از متخصصین طب اطفال در طبابت خود با روانپزشکان، روانشناسان، پرستاران و مددکاران اجتماعی همکاری می‌کنند. ترکیب این گروه‌ها می‌تواند بسته به موقعیت و نیازهای بیمار، تغییر

- کند. هر چند بهداشت مدارس و درمانگاه‌های بهداشتی دائر شده در مدارس موجب تسهیل دسترسی و بهبود پیامدهای بسیاری از مشکلات شایع دوران کودکی و نوجوانی شده‌اند، اما کمبود متخصصین اطفال و پزشکان خانواده منجر به ارائه خدمات پزشکی جزئی در داروخانه‌ها و برخی فروشگاه‌ها شده است.
- عوامل زمینه‌ساز دوران کودکی برای اختلالات بهداشتی دوران بزرگسالی، نظیر اکلایسم، افسردگی، چاقی، هیپر تانسیون، و انواع هیپر لیپیدی، به شکل روزافزونی شناخته می‌شوند. وضعیت مادر می‌تواند جنین را متأثر سازد. نوزادانی که به علت سوء تغذیه مادر از جنه کوچک تر و وزن هنگام تولد کمتری برخوردارند، بعدها بیشتر دچار بیماری‌های عروقی کرونر، سکتة مغزی، دیابت نوع ۲، چاقی، سندرم متابولیک و استئوپوروز می‌شوند. به دلیل بهبود مراقبت‌های دوران نوزادی، درصد بیشتری از نوزادان زودرس، کم‌وزن هنگام تولد، یا بسیار کم‌وزن در هنگام تولد، امکان زنده ماندن پیدا می‌کنند، و بالطبع تعداد کودکان مبتلا به مشکلات طبی مزمن و تأخیرهای رشدی همراه با عواقبی در تمام طول عمر، افزایش پیدا می‌کند.
- وضعیت بهداشتی کودکان آمریکا**
- چالش‌های پیچیده بهداشتی، اقتصادی و روانی - اجتماعی تأثیر عمیقی بر بهداشت و سلامت کودکان دارند. گزارش‌های ملی صادره از مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) (مانند: <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus11.pdf#102>) اطلاعاتی را دربارهٔ بسیاری از این موضوعات فراهم می‌آورند. برخی از موضوعات کلیدی عبارت‌اند از:
- پوشش بیمه بهداشتی. در سال ۲۰۱۰، بیش از ۸ میلیون کودک در ایالات متحده فاقد هرگونه پوشش بیمه بهداشتی بوده‌اند. به علاوه، ۱۰ تا ۲۰ میلیون کودک نیز فاقد پوشش بیمه‌ای کافی بوده‌اند. بسیاری از کودکان (علی‌رغم بیمه‌های عمومی) واکسن‌های توصیه شده را دریافت نمی‌کنند هرچند درصد پوشش Medicaid و برنامه دولتی بیمه سلامتی کودکان در سال ۲۰۱۰، بیش از ۴۲ میلیون کودکان فاقد هرگونه دسترسی دیگر به مراقبت‌های بهداشتی را پوشش داده‌اند، ولی بیش از ۱ میلیون کودک آمریکایی به دلیل عدم تمکن مالی خانواده‌هایشان، نمی‌توانند از مراقبت‌های پزشکی مورد
- نیاز بهره‌مند شوند.
- **مراقبت‌های پری‌ناتال و پره‌ناتال.** ۱۰ تا ۲۵ درصد از زنان در سه ماهه نخست بارداری مراقبت‌های پره‌ناتال را دریافت می‌دارند. به علاوه، درصد قابل ملاحظه‌ای از زنان همچنان به مصرف الکل و مواد مخدر و استعمال دخانیات در دوران بارداری ادامه می‌دهند.
  - **زایمان پره‌ترم.** بروز زایمان پره‌ترم (زایمان پیش از هفته ۳۷) در سال ۲۰۰۶ به اوج خود رسید و از آن پس به آهستگی کاهش یافته است (۱۱/۹۹ درصد در سال ۲۰۱۰). مع‌هذا، در سال ۲۰۱۰، نرخ بروز وزن کم هنگام تولد (۲۵۰۰ گرم یا کمتر) (۸،۱۵ درصد از تمام نوزادان) و وزن بسیار کم هنگام تولد (۱۵۰۰ گرم یا کمتر) (۱،۴۵ درصد از تمام نوزادان) اصولاً از سال ۲۰۰۶ بدون تغییر باقی مانده است.
  - **نرخ زایمان در نوجوانان.** نرخ ملی زایمان در میان نوجوانان به‌طور پیوسته از سال ۱۹۹۰ رو به کاهش بوده و در سال ۲۰۱۰ به پایین‌ترین میزان خود (۳۴/۲) در هر ۱۰۰۰ نفر) برای نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله رسیده است.
  - **سقط در نوجوانان.** در سال ۲۰۰۹، حدود ۸۰۰۰۰۰ مورد سقط به CDC گزارش شد، که کاهش پیوسته را در طول دههٔ اخیر نشان می‌دهد. ۱۵/۵ درصد سقط‌ها در نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله رخ داده‌اند. حدود ۶۰ درصد نوجوانانی که به لحاظ جنسی فعال هستند، استفاده از روش‌های ضد بارداری مؤثر را گزارش داده‌اند.
  - **مرگ‌ومیر شیرخواران.** اگرچه میزان مرگ‌ومیر شیرخواران، از سال ۱۹۶۰ کاهش یافته است، ولی تفاوت میان گروه‌های قومی همچنان پابرجاست. در سال ۲۰۱۱، میزان کلی مرگ‌ومیر شیرخواران معادل ۶/۰۵ مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده بوده، این میزان در سفیدپوستان غیر لاتین تبار معادل ۵/۰۵ مورد، در شیرخواران لاتین تبار معادل ۵/۲۷ مورد، و در شیرخواران سیاه‌پوست معادل ۱۱/۴۲ مورد بوده است. در سال ۲۰۰۸ ایالات متحده مرتبهٔ سی و یکم را از نظر میزان مرگ‌ومیر شیرخواران در اختیار داشته است. در ایالت‌های مختلف نیز تفاوت‌های چشمگیری از نظر میزان مرگ‌ومیر شیرخواران وجود داشته است، به طوری که بالاترین میزان مرگ‌ومیر در ایالت‌های جنوبی و غرب میانه گزارش شده است.
  - **آغاز تغذیه با شیر مادر و ادامهٔ آن.** ۷۰ درصد زنان، پس

از تولد شیرخواران خویش، تغذیه آنان با شیر مادر را آغاز می‌کنند. میزان تغذیه با شیر مادر برحسب قومیت (با میزان‌های بالاتر در مادران سفیدپوست غیر لاتین تبار و مادران لاتین تبار) و سطح تحصیلات (بالاترین میزان‌ها در زنان دارای مدرک کارشناسی و بالاتر) متغیر است. در این میان، تنها ۴۷ درصد زنان، تغذیه با شیر مادر را تا ۶ ماه ادامه داده، و حدود ۲۵ درصد آنان، این اقدام را تا ۱۲ ماه ادامه می‌دهند.

### سایر مسائل بهداشتی که در ایالات متحده، بر کودکان تأثیر می‌گذارند

- چاقی. میزان شیوع چاقی همچنان در حال افزایش است. میزان شیوع کودکان ۶ تا ۱۹ ساله دچار اضافه وزن از سال ۱۹۶۵ تا سال ۲۰۱۰، بیش از چهار برابر افزایش یافته و از رقم ۴ درصد به رقم ۱۸ درصد رسیده است. هم‌اکنون برآورد می‌شود که ۳۲ درصد کودکان ۲ تا ۱۹ ساله، دچار اضافه وزن بوده یا چاق هستند؛ و برآورد می‌شود که ۳۰۰۰۰۰ مورد مرگ در سال و حداقل ۱۴۷ میلیارد دلار از هزینه مراقبت‌های سلامتی، مربوط به ۶۸ درصد از آمریکایی‌هایی باشند که دچار اضافه وزن بوده یا چاق هستند.
- سبک زندگی بی‌تحرک. ۶۲ درصد کودکان ۶ تا ۱۱ ساله، به اندازه توصیه شده به انجام فعالیت جسمانی متوسط تا شدید نمی‌پردازند. حدود ۴۰ درصد آنان، بیش از ۲ ساعت در هر روز غیر تعطیل را در جلوی نمایشگر تلویزیون یا ویدئو سپری می‌کنند.
- آسیب‌ها و حوادث رانندگی. در سال ۲۰۰۹، تعداد ۱۳۱۴ کودک ۱۴ ساله و کوچک‌تر، در تصادفات رانندگی کشته شده و تعداد ۱۷۹۰۰۰ نفر از کودکان این رده سنی نیز مجروح شده‌اند. از سایر علل آسیب‌های دوران کودکی می‌توان به غرق‌شدگی، سوءاستفاده از کودکان، و مسمومیت‌ها اشاره کرد. هزینه برآورد شده کل آسیب‌های غیر عمدی دوران کودکی در ایالات متحده، حدود ۳۰ میلیارد دلار در سال است.
- بدرفتاری با کودکان. اگرچه میزان شیوع بدرفتاری با کودکان، به آهستگی کاهش یافته، ولی در سال ۲۰۰۹، بیش از ۷۶۰۰۰۰ مورد سوءاستفاده از کودکان گزارش شده است. اکثر کودکان (۷۱ درصد) مورد غفلت واقع شده؛ ۱۶ درصد آنان از سوءاستفاده فیزیکی رنج برده، و حدود ۹ درصد آنان نیز قربانی سوءاستفاده جنسی بوده‌اند.

از تولد شیرخواران خویش، تغذیه آنان با شیر مادر را آغاز می‌کنند. میزان تغذیه با شیر مادر برحسب قومیت (با میزان‌های بالاتر در مادران سفیدپوست غیر لاتین تبار و مادران لاتین تبار) و سطح تحصیلات (بالاترین میزان‌ها در زنان دارای مدرک کارشناسی و بالاتر) متغیر است. در این میان، تنها ۴۷ درصد زنان، تغذیه با شیر مادر را تا ۶ ماه ادامه داده، و حدود ۲۵ درصد آنان، این اقدام را تا ۱۲ ماه ادامه می‌دهند.

- علت مرگ در کودکان آمریکایی. علل کلی مرگ‌ومیر در تمامی کودکان (۱ تا ۲۴ ساله) در ایالات متحده در سال ۲۰۱۰، به ترتیب فراوانی، عبارت بودند از حوادث و آسیب‌ها (صدمات غیر عمد)، قتل، خودکشی، نئوپلاسم‌های بدخیم، و ناهنجاری‌های مادرزادی (جدول ۱-۱). البته کاهش اندکی در میزان مرگ ناشی از تمامی علل مشاهده شده است.
- بستری کودکان و نوجوانان در بیمارستان. در سال ۲۰۱۰، ۲/۴ درصد کودکان حداقل یک نوبت در بیمارستان بستری شده بودند. بیماری‌های تنفسی (آسم، پنومونی، و برونشیت / برونشیتولیت) و آسیب‌ها، علل بیش از ۲۸ درصد از موارد بستری شدن کودکان زیر ۱۸ سال هستند. بیماری روانی، شایع‌ترین علت بستری کودکان ۱۳ تا ۱۷ ساله به شمار می‌رود.
- چالش‌های عمده سلامت نوجوانان: مصرف و سوءمصرف مواد. میزان مصرف و سوءمصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی ایالات متحده بسیار بالا است. ۴۶ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی گزارش داده‌اند که در سال ۲۰۰۹، مصرف سیگار را امتحان کرده‌اند. در سال ۲۰۱۱، تقریباً ۷۱ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی گزارش داده‌اند که حداقل یک وعده نوشیدنی الکلی مصرف کرده‌اند؛ ۲۱/۹ درصد آنان به مصرف بیش از ۵ وعده نوشیدنی الکلی در روز در ماه گذشته اعتراف کرده‌اند، و ۸/۲ درصد آنان به رانندگی پس از مصرف الکل اعتراف کرده‌اند. حدود ۴۰ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی، ماری‌جوآنا؛ ۱۱/۴ درصد آنان مواد استنشاقی؛ ۶/۸ درصد آنان کوکائین؛ ۳/۸ درصد آنان متامفتامین؛ ۲/۹ درصد آنان هروئین؛ و ۲ درصد آنان، مواد مخدر تزریقی را امتحان کرده بودند.
- کودکان پرورشگاهی. در حال حاضر حدود ۴۰۰,۰۰۰ کودک در پرورشگاه‌ها زندگی می‌کنند. سالانه حدود

جدول ۱-۱. علل مرگ برحسب سن در ایالات متحده، ۲۰۰۵	گروه سنی (سال)	علل مرگ به ترتیب فراوانی
۱-۴	حوادث و آسیب‌ها (صدمات غیر عمد) اختلالات مادرزادی، دفورماسیون‌ها، و ناهنجاری‌های کروموزومی دیگرکشی تویلاسم‌های بدخیم بیماری قلبی	
۵-۱۴	آسیب‌ها و حوادث (صدمات غیر عمد) تویلاسم‌های بدخیم اختلالات مادرزادی، دفورماسیون‌ها، و ناهنجاری‌های کروموزومی دیگرکشی بیماری قلبی	
۱۵-۲۴	آسیب‌ها و حوادث (صدمات غیر عمد) دیگرکشی خودکشی تویلاسم‌های بدخیم بیماری قلبی	

### نابرابری‌های وضعیت سلامت<sup>۱</sup> در مراقبت‌های بهداشتی از کودکان

نابرابری‌های وضعیت سلامتی طبق تعریف عبارت‌اند از تفاوت‌هایی که پس از توجه و برآوردن نیازها و اولویت‌های بیماران و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی باقی می‌مانند. شرایط اجتماعی، بی‌عدالتی در سطح اجتماع، تبعیض، استرس اجتماعی، موانع زبانی، و فقر از عوامل زمینه‌ساز و علل مرتبط با نابرابری‌های وضعیت سلامت هستند. عوامل مرتبط با تفاوت‌های میزان مرگ‌ومیر شیرخواران عبارت‌اند از دسترسی نامناسب به مراقبت‌های پره‌ناتال در طول حاملگی و عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب برای زنان در تمام طول زندگی، نظیر خدمات پیش‌گیری، تنظیم خانواده، و مراقبت‌های مناسب بهداشتی و تغذیه‌ای.

- هرچه سطح آموزش و سواد مادران کمتر باشد میزان مرگ‌ومیر شیرخواران بیشتر می‌شود.
- کودکان فقیرتر به احتمال کمتری تا ۴ سالگی واکسن‌های لازم را دریافت می‌کنند و کمتر تحت

- استرس اقتصادی و اجتماعی کنونی وارد بر جمعیت ایالات متحده. استرس‌های اجتماعی چشمگیری وجود دارند که بر سلامت جسمانی و روانی کودکان تأثیر می‌گذارند، که از جمله آنها می‌توان به افزایش نرخ بی‌کاری ناشی از رکود اقتصادی، آشوب‌های مالی، و ناآرامی‌های سیاسی اشاره کرد. میلیون‌ها خانواده، منازل خود را از دست داده یا در معرض خطر از دست دادن منازل خود به دلیل عدم پرداخت وام‌های خود هستند.
- استرس سمی در دوران کودکی، که به چالش‌های سلامتی دوران بزرگسالی منتهی می‌شود. درک فزاینده‌ای ما از روابط متقابل میان استرس‌های زیستی و نموی، مواجهه‌های زیست محیطی، و ظرفیت بالقوه ژنتیک بیماران، ما را یاری می‌دهد تا اثرات نامطلوب عوامل استرس‌زای سمی بر سلامتی و تندرستی را شناسایی کنیم. متخصصان کودکان باید به غربالگری عواملی بپردازند که نمود زود هنگام را پیش برده یا به تعویق می‌اندازند، و سپس براساس آنها، اقدامات مناسبی را به عمل آورند تا بتوانند فرصت ممکن برای تأمین سلامتی بلندمدت را فراهم سازند.
- آرایش‌های نظامی و کودکان. درگیری‌های نظامی و ناآرامی‌های سیاسی کنونی، بر میلیون‌ها نفر از بزرگسالان و فرزندان آنها تأثیر گذارده‌اند. امروزه برآورد می‌شود ۱/۵ میلیون زن و مرد مشغول گذراندن دوره ضرورت و خدمت در نیروی گارد / ذخیره ملی هستند که والدین بیش از ۱ میلیون کودک قلمداد می‌شوند. به علاوه، برآورد می‌شود ۳۱ درصد نیروهایی که از نبردهای مسلحانه بازمی‌گردند، دچار نوعی اختلال روانی (الکلیسم، افسردگی، و اختلال استرس پس از سانحه) هستند و یا آنکه نوعی آسیب مغزی تروماتیک را گزارش می‌کنند. فرزندان این افراد، تحت تأثیر این بیمارمندی‌ها و نیز اثرات روان‌شناختی آرایش نظامی وارد بر کودکان تمامی سنین قرار دارند. میزان بدرفتاری با کودکان در خانواده‌های آن دسته از سربازان ایالات متحده که در آرایش نظامی شرکت داشته‌اند، بیشتر از میزان آن در سربازانی است که در آرایش نظامی شرکت نداشته‌اند.

خشونت خانگی، اشتغال هر دو والد، و مراقبت ناکافی از کودکان. چالش‌های مرتبط با طب کودکان عبارت‌اند از ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، عدالت اجتماعی، مساوات در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، و ارتقای نظام سلامت همگانی. نگرانی‌های خاصی که در مورد نوجوانان وجود دارد عبارت‌اند از مسائل جنسی، جهت‌گیری جنسی، بارداری، مصرف و سوءمصرف مواد، خشونت، افسردگی، و خودکشی.

### فرهنگ

فرهنگ یک فرآیند فعال، پویا، و پیچیده از شیوه تعامل و رفتار مردم با یکدیگر در جهان است. فرهنگ دربرگیرنده مفاهیم، باورها، ارزش‌ها (شامل پرورش کودکان)، و معیارهای رفتار، زبان، و لباس است که می‌توان آنها را به مردمی نسبت داد که به تجارب آنها در جهان نظم می‌بخشد، به تعاملات آنها با دیگران معنا و مفهوم می‌دهد، و معنای زندگی آنها را مشخص می‌کند. تنوع فزاینده جمعیت ایالات متحده، مستلزم تلاش کارکنان بخش مراقبت از سلامتی برای درک و شناخت (از دیدگاه بیمار و خانواده‌اش) تأثیر سلامت، بیماری، و درمان بر روی آنان است. پرس‌و‌جوی مناسب در این زمینه شامل پرسش‌هایی باز است، نظیر: چه چیزی بیش از همه شما را نگران و دلواپس بیماری کودکان کرده است؟ یا: فکر می‌کنید چه چیزی سبب بیماری کودک شما شده است؟ این سؤالات توضیح افکار و احساسات بیمار یا خانواده‌اش درباره بیماری و علل آن را آسان‌تر می‌کنند. درک فرهنگی همچنین شامل مفاهیم و باورهایی است درباره اینکه چگونه یک فرد با متخصصین بهداشتی تعامل می‌کند. جنبه‌های معنوی و مذهبی سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی را نیز می‌توان از این منظر ملاحظه کرد. این تفاوت در دیدگاه‌ها، ارزش‌ها، یا باورها می‌تواند به گونه نامطلوبی بر سلامت کودک تأثیر گذاشته و ممکن است سبب اختلاف میان پزشک اطفال با بیمار و خانواده‌اش شود. تعارضات قابل ملاحظه‌ای ممکن است به این دلیل ایجاد شوند که اعمال و مراسم مذهبی یا فرهنگی می‌توانند منجر به احتمال آزار و سوءرفتار و غفلت از کودکان شوند. در این شرایط، قانون پزشک کودکان را ملزم کرده است که موارد مشکوک به آزار و غفلت از کودکان را به مراجع ذیصلاح خدمات اجتماعی گزارش کند (ر.ک. به فصل ۲۲).

روش‌های طب مکمل<sup>۱</sup> و جایگزین<sup>۲</sup> (CAM) بخشی از

- مراقبت‌های دندانپزشکی قرار می‌گیرند.
- میزان بستری شدن در بیمارستان در میان افرادی که در نواحی کم درآمد زندگی می‌کنند بیشتر است.
- کودکان اقلیت‌های قومی و کودکان خانواده‌های فقیر به احتمال کمتری به مطب پزشکان و یا بصورت سرپایی به بیمارستان مراجعه می‌کنند و احتمال مراجعه آنها به بخش اورژانس بیمارستان بیشتر است.
- دارا بودن سطح بهداشت عالی در کودکان تحت پوشش بیمه عمومی و Medicaid نسبت به کودکان تحت پوشش بیمه بهداشتی خصوصی کمتر است.
- دسترسی به مراقبت‌های کودکان برای سفیدپوستان و خانواده‌هایی که درآمد بیشتری دارند آسانتر از اقلیت‌ها و خانواده‌های کم درآمد است.

### تغییر زمینه‌های روانی - اجتماعی<sup>۱</sup>

- تغییر زمینه‌های روانی - اجتماعی بر ارتباط میان عوامل محیطی، اجتماعی، هیجانی، و رشدی و وضعیت و فرجام سلامتی کودکان تأکید می‌کند. اساس این رویکرد عبارت است از تعاملات قابل ملاحظه عوامل مؤثر زیستی - روانی - اجتماعی بر سلامتی و بیماری، مانند: مشکلات تحصیلی، ناتوانی‌های یادگیری، و مشکلات توجه؛ اختلالات اضطرابی و خلقی کودک و نوجوان؛ خودکشی و دیگرکنشی نوجوانان؛ اسلحه گرم در منزل؛ خشونت در مدرسه؛ اثرات خشونت در رسانه‌ها، چاقی، و فعالیت جنسی؛ مصرف و سوءمصرف مواد به‌وسیله نوجوانان.
- در حال حاضر تخمین زده می‌شود که ۲۵-۲۰٪ از کودکان به انواع مختلفی از مشکلات بهداشت روانی دچار هستند؛ ۵ تا ۶٪ از این مشکلات شدید هستند. متأسفانه برآورد می‌شود که پزشکان اطفال فقط ۵۰٪ از مشکلات بهداشت روان را شناسایی می‌کنند. شیوع کلی اختلال عملکرد روانی - اجتماعی در کودکان قبل از سن مدرسه و در سنین مدرسه به ترتیب ۱۰ و ۱۳٪ است. احتمال ابتلای کودکان خانواده‌های فقیر به مشکلات روانی - اجتماعی دو برابر بیشتر از کودکان خانواده‌هایی است که درآمد بیشتری دارند. میزان خدمات بهداشت روانی برای کودکان در سطح کشور ایالات متحده کافی نیست.

سایر عوامل مهم مؤثر بر سلامت کودکان عبارت‌اند از فقر، بی‌خانمانی، خانواده‌های تک‌والدی، طلاق والدین،

1- Changing morbidity 2- Complementary  
3- Alternative medicine

هدف آنها حفاظت از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش‌ها است. «قانون بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی»<sup>۱</sup> مصوب ۱۹۸۶ به دولت مرکزی اجازه تأسیس «بانک اطلاعات ملی پزشکان»<sup>۲</sup> را داد که حاوی اطلاعات مربوط به پزشکان (و سایر بالینگران مراقبت‌های بهداشتی) است که به وسیله هیأت‌های ایالتی صدور پروانه، انجمن‌های حرفه‌ای، بیمارستان‌ها، یا هیأت‌های بهداشتی مورد تنبیه قرار گرفته‌اند. پزشکانی که اسامی آنها در مؤسسه‌ها یا دادگاه‌های قصور در طبابت ثبت شده است نیز در این پایگاه آورده شده‌اند. بیمارستان‌ها نیز باید اطلاعات موجود در این بانک اطلاعاتی را هر ۲ سال یکبار و به منظور تجدید اعتبار نامه پزشکان مرور کنند. مؤسسه‌هایی برای تعیین اعتبار مدارس طب (کمیته مشترک برای آموزش پزشکی<sup>۳</sup>) و تحصیلات عالیه تکمیلی (هیئت تعیین اعتبار آموزش پزشکی عالی<sup>۴</sup>) [ACGME] وجود دارند. ACGME شامل کمیته‌هایی است که برنامه‌های آموزش دستیاران فوق تخصصی را مرور می‌کنند.

به لحاظ تاریخی، ممتازترین حرفه‌ها نیز برای کسب مشروعیت خود به خواست مردم متکی بودند. اساس اعتماد مردم به پزشکان، تعهد پزشکان به نوع دوستی (altruism) است. بسیاری از دانشکده‌های پزشکی شکل‌های مختلفی از سوگندنامه سنتی بقراط را به عنوان بخشی از جشن فارغ‌التحصیل خود قرائت می‌کنند که نمادی است از مسئولیت پزشک بر مقدم دانستن تمایلات دیگران برخواسته خود.

هسته اصلی حرفه‌ای‌گری در اشتغال هر روزه پزشک به امر درمان نهفته است و رابطه میان پزشک و بیمار را در برمی‌گیرد. کار حرفه‌ای مستلزم درک باورهای بهداشتی فرهنگی و مذهبی / معنوی بیمار است و ترکیبی است از ارزش‌های اخلاقی مربوط به حرفه و ارزش‌های اخلاقی بیمار. متأسفانه اقدامات ناشایست تعدادی از پزشکان مشغول طبابت، محققین رشته پزشکی، و پزشکان صاحب قدرت و مناسب صنفی، سبب ایجاد نیاز اجتماعی به تنبیه و مجازات افرادی شده است که در بی‌حرمتی به حرفه پزشکی دست داشته و یا منجر به آن شده‌اند.

دیدگاه فرهنگی وسیع را تشکیل می‌دهند. شیوه‌های درمانی CAM عبارت‌اند از روش‌های بیوشیمیایی، شیوه و سبک زندگی، درمان‌های بیومکانیکی، بیوانرژتیک، و همئوپاتی. تخمین زده می‌شود که ۲۰ تا ۳۰٪ از تمام کودکان از شکل‌های مختلف CAM استفاده می‌کنند؛ ۵۰٪ تا ۷۵٪ از نوجوانان نیز از CAM استفاده می‌کنند. از میان کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، ۳۰ تا ۷۰٪ آنها از درمان‌های CAM استفاده می‌کنند (مخصوصاً برای آسم و فیبروز کیستیک)، در حالیکه فقط ۳۰ تا ۶۰٪ از کودکان و خانواده‌ها درباره استفاده از CAM به پزشک خود اطلاع می‌دهند. بعضی از این روش‌ها ممکن است مؤثر باشند، در حالیکه بقیه آنها ممکن است بی‌فایده یا حتی خطرناک باشند.

## فصل ۲

### کار حرفه‌ای (حرفه‌ای‌گری)

#### مفهوم کار حرفه‌ای<sup>۱</sup>

جامعه، برای هر حرفه‌ای پاداش و مزد اقتصادی، سیاسی، و اجتماعی خاصی را در نظر می‌گیرد. حرفه‌ها دارای دانش‌های تخصصی هستند. یک حرفه این توان را دارد که حق انحصاری را در قدرت و کنترل حفظ کند و نسبتاً خودمختار باقی بماند. نیازهای اجتماعی می‌توانند خودمختاری حرفه‌ها را محدود کنند. یک حرفه تا زمانی وجود خواهد داشت که مسئولیت‌های خود را در قبال خیر و مصلحت جامعه انجام دهد.

امروزه فعالیت‌های حرفه‌ای پزشکی موضوع قوانین عمومی صریح مسئولیت حرفه‌ای هستند. دولت و سایر مراجع، به نهادهای حرفه‌ای و اعضای آنها خودمختاری محدودی اعطا می‌کنند. شهرداری‌ها و ادارات دولتی بهداشت همگانی، معیارها و ضوابط بهداشتی را وضع و اجرا می‌کنند. در سطح ایالتی، هیأت‌های ثبت پزشکی، معیارهای اعطا و لغو پروانه‌ای پزشکی را وضع می‌کنند. دولت فدرال قوانین مربوط به معیارهای ارائه خدمات، که شامل برنامه‌های ملی نظیر «بیمه محرومان» (Medicare) و «بیمه سالمندان» (Medicaid) و «اداره دارو و غذا» (FDA) است، را وضع می‌کند. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ضوابط رفتار پزشکان را در هدایت و انجام پژوهش‌ها مشخص می‌کند که

- 1- Professionalism
- 2- Health Care Quality Improvement Act
- 3- National Practitioner Data Bank
- 4- Liaison Committee on Medical Education
- 5- Accreditation Council for Graduate Medical Education



پاسخ گوید. همدلی صحیح و تلاش برای برطرف کردن درد، ناراحتی، و اضطراب باید بخشی از فعالیت‌های روزمره در طب اطفال باشد.

- **ارتقای خویشتن** عبارت است از پی‌گیری و تعهد به ارائه مراقبت‌های بهداشتی با بهترین کیفیت از طریق یادگیری و آموختن در تمام طول عمر. پزشک اطفال باید در صدد یاد گرفتن از خطاها بوده و مشتاق پیشرفت از راه ارزیابی خویشتن و پذیرفتن انتقادهای دیگران باشد.
- **خودآگاهی / شناخت محدودیت‌ها** عبارت است از درک نیاز به راهنمایی و نظارت هنگام مواجهه با مسئولیت‌های جدید یا پیچیده. پزشک اطفال همچنین باید از تأثیر رفتار خود بر دیگران آگاه باشد و حد و مرز صحیح حرفه‌ای خود را بشناسد.
- **ارتباط / همکاری** برای ارائه بهترین مراقبت‌ها به بیماران ضروری است. پزشکان اطفال باید با همکاری و ارتباط مؤثر با بیماران و خانواده آنها و با تمام ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که در مراقبت از بیماران آنها نقش دارند کار کنند.
- **نوع‌دوستی / حمایت** به ملاحظه توأم با فداکاری و ایثار برای رفاه حال دیگران اطلاق می‌شود. این اصل یکی از عناصر کلیدی حرفه‌ای‌گری است. منافع شخصی یا منافع سایر افراد نباید در مراقبت از بیماران و خانواده‌های آنان خللی ایجاد کند.

## فصل ۳

### اخلاقیات و جنبه‌های قانونی

#### اخلاقیات در مراقبت‌های بهداشتی

تصمیم‌گیری اخلاقی در عرصه پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی، بر ارزش‌ها متکی است تا تعیین کنند چه نوع تصمیماتی برای همه بهتر یا مناسب‌تر از بقیه است. گاهی اوقات مسئله اصلی در اتخاذ یک تصمیم اخلاقی در مراقبت‌های پزشکی، انتخاب کم‌ضررترین گزینه برای بیمار از میان شمار زیاد انتخاب‌های نامطلوب دیگر است. در طبابت روزمره، گرچه تمام برخوردهای بالینی ممکن است یک مؤلفه اخلاقی داشته باشند، ولی چالش‌های اخلاقی

AAP (آکادمی طب اطفال آمریکا)، «هیئت طب اطفال آمریکا»، «هیئت طب داخلی آمریکا»، «کمیته مشترک برای آموزش پزشکی»، «طرح اهداف دانشجویان پزشکی انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا»، و ACGME در «پروژه فرجام‌ها» خود بر لزوم توجه بیش از پیش به حرفه‌ای‌گری در کار طبابت و در آموزش پزشکان تأکید کرده‌اند.

#### حرفه‌ای‌گری برای پزشکان اطفال

- هیئت طب اطفال آمریکا در سال ۲۰۰۰ معیارهای حرفه‌ای را وضع کرد و AAP نیز در سال ۲۰۰۷ آن را از نظر تکنیکی و خطمشی به روز نمود. این معیارها عبارت‌اند از:
  - **شرافت / صداقت** عبارت است از رعایت پیوسته بالاترین معیارهای رفتاری و اجتناب از تجاوز و نقض اسرار شخصی و حرفه‌ای دیگران. حفظ شرافت و صداقت مستلزم آگاهی از وضعیت‌هایی است که ممکن است سبب تعارض امیال شوند و یا به کسب نفع شخصی در ازای نادیده گرفتن بهترین شرایط برای بیمار منجر می‌شوند.
  - **قابلیت اعتماد / مسئولیت‌پذیری** به معنای مسئولیت‌پذیری و پاسخدهی به دیگران است. اصل اول، پاسخدهی و احساس مسئولیت در قبال بیمار، نه فقط نسبت به کودکان، بلکه به خانواده‌های آنها است. دوم، پاسخدهی به جامعه است برای تضمین اینکه نیازهای مردم مورد توجه قرار گرفته‌اند. سوم آنکه پزشک اطفال باید در قبال حرفه خود پاسخگو باشد تا این اطمینان حاصل شود که فرایض اخلاق حرفه‌ای رعایت شده‌اند. جزء لاینفک این مسئولیت‌پذیری، قابلیت اعتماد در اتمام وظایف محوله یا ادای تعهدات است. همچنین باید میل و رضایت به پذیرش مسئولیت خطاها وجود داشته باشد.
  - **احترام به دیگران** جوهر انسانیت است. پزشک اطفال می‌بایست با تمام افراد در خور شأن و منزلت انسانی آنها رفتار کند. پزشک اطفال باید از عوامل مؤثر هیجانی، فردی، خانوادگی، و فرهنگی بر سلامتی، حقوق، و انتخاب مراقبت‌های طبی توسط بیماران آگاه باشد. همچنین یکی از ملزومات حرفه‌ای، رعایت صحیح حفظ اسرار بیماران است.
  - **شفقت / همدلی** از مؤلفه‌های اصلی طبابت است. پزشک اطفال باید با دقت به نگرانی‌های بیماران و اعضای خانواده آنها گوش فرا دهد و با انسانیت به آنها

عمده شایع نیستند.

دستگاه قانونگذاری معیارهای رفتاری حداقل لازم برای پزشکان و بقیه افراد جامعه را از طریق نظام‌های قانونی، نظارتی، و قضایی تعریف می‌کند. نقش قانون، ایجاد نظم اجتماعی و داوری کردن در منازعات است. با این حال ممکن است دادگاه‌ها و دستگاه قانونگذاری به جنبه‌های اخلاقی توجه نکنند. در این زمینه قوانین شفافی وجود دارند که از اصل رازداری<sup>۱</sup> برای نوجوانانی که صلاحیت تصمیم‌گیری درباره این مسائل را دارند حمایت می‌کنند. با استفاده از اصل رازداری محدود، ممکن است نوجوانان، والدین و پزشک اطفال موافقت کنند که آزادانه درباره مسایل بهداشتی چالش‌برانگیز مانند بارداری و تفکر در مورد خودکشی بحث کنند. هدف بلندمدت این روش، حمایت از خودمختاری و شخصیت نوجوان و همزمان، تشویق ارتباط مناسب با والدین است.

منشأ مشکلات اخلاقی، تفاوت ارزش‌های بیماران، خانواده‌ها، و بالینگران درباره انتخاب‌ها و گزینه‌های مربوط به ارائه مراقبت‌های بهداشتی است. برطرف کردن این تفاوت‌های ارزشی، مستلزم بهره‌گیری از چند اصل مهم اخلاقی است. خودمختاری<sup>۲</sup>، که بر اصل احترام به افراد مبتنی است، به این معنی است که بیماران بالغ و واجد صلاحیت می‌توانند درباره مراقبت‌های بهداشتی که آن را سودمندترین روش برای خود می‌دانند، پس از کسب اطلاعات صحیح و مناسب درباره مشکل بهداشتی خاص خود و خطرات و فواید روش‌های مختلف آزمایشات تشخیصی و روش‌های درمان، دست به انتخاب بزنند. پدرسالاری<sup>۳</sup> با اصل خودمختاری در تضاد است و عبارت است از تصمیم‌گیری بالینگر درباره آنچه که برای بیمار بهتر است و میزان اطلاعاتی که باید به وی داده شود. پدرسالاری تحت شرایط خاصی ممکن است مناسب‌تر از خودمختاری باشد. این شرایط معمولاً عبارت‌اند از، هنگامی که بیمار با یک مشکل طبی تهدیدکننده حیات و یا یک اختلال شدید روانپزشکی که خود یا دیگران را تهدید می‌کند مواجه است. سنجش و مقایسه ارزش‌های خودمختاری در مقابل پدرسالاری می‌تواند چالشی برای بالینگر باشد.

سایر اصول اخلاقی مهم عبارت‌اند از نیکوکاری<sup>۴</sup> (کردار نیک)، خودداری از بدسرشتی<sup>۵</sup> (آسیب نرساندن یا رساندن حداقل آسیب ممکن)، و عدالت<sup>۶</sup> (ارزش‌های مربوط به مساوات در توزیع خوبی‌ها و خدمات و منافع و مضرات میان افراد، خانواده، یا جامعه). در تصمیم‌گیری برای افراد رو به

مرگ، کیفیت زندگی و مقدار رنج و عذابی که فرد تحمل می‌کند بسیار مهم است و برای ارائه مراقبت‌های تسکینی و آسایشگاهی به بیماران لاعلاج اهمیت زیادی پیدا می‌کند (ر.ک. به فصل ۴).

## اصول اخلاقی مربوط به شیرخواران، کودکان، و نوجوانان

کودکان ممکن است برای برآوردن نیازهای خود در زمینه سلامتی، کاملاً به والدین یا پرستارشان وابسته باشند و یا اینکه استقلال بیشتری داشته باشند. شیرخواران و خردسالان توانایی اتخاذ تصمیمات پزشکی برای خود را ندارند. پدرسالاری توسط والدین و پزشک اطفال در این شرایط مناسب است. نوجوانان (>۱۸ سال)، اگر واجد صلاحیت باشند، از حق قانونی اتخاذ تصمیمات پزشکی برای خود برخوردارند. کودکان ۸ تا ۹ ساله می‌توانند بفهمند که بدن چگونه کار می‌کند و معنای بعضی از اقدامات پزشکی خاص را درک می‌کنند، و در سن ۱۴ تا ۱۵ سالگی، می‌توان نوجوانان را خودمختار تلقی کرد که این از طریق فرآیند معرفی با عنوان صغیر آزاد یا بالغ و یا به دلیل داشتن شرایط طبی خاصی صورت می‌گیرد. به لحاظ اخلاقی بهتر است پزشک اطفال با ارائه اطلاعات متناسب با ظرفیت درک کودکان، آنها را در فرآیند تصمیم‌گیری شرکت دهد. روند کسب رضایت از یک کودک با این هدف مطابقت دارد.

اصل تصمیم‌گیری اشتراکی نیز مناسب است ولی به دلیل مسائل مربوط به رازداری در ارائه مراقبت‌های طبی ممکن است استفاده از آن محدود شود. بعضی از والدین نگران عوارض جانبی ایمن‌سازی برای کودکان خود هستند، و این وضعیت سبب ایجاد تعارض میان نیاز به حفاظت و حمایت از سلامت فرد و جامعه با حقوق فردی می‌شود و مسائل اخلاقی مربوط به عدالت و مساوات از نظر هزینه‌ها و توزیع واکسیناسیون و مسئولیت عوارض جانبی را دربر می‌گیرد.

## مسائل قانونی

تمام افراد واجد صلاحیت با سنی که قانون در هر ایالت مشخص می‌کند (معمولاً  $\leq 18$  سال) از نظر تصمیم‌گیری در مورد سلامتی خود، خودمختار تلقی می‌شوند. برای اینکه

1- Confidentiality  
3- Paternalism  
5- Nonmaleficence

2- Autonomy  
4- Beneficence  
6- Justice

تصدیق کرده‌اند که بسیاری از نوجوانان ۱۴ ساله و بزرگ‌تر دارای معیارهای شناختی و بلوغ هیجانی لازم برای احراز صلاحیت هستند و می‌توانند بطور مستقل تصمیم‌گیری کنند. دیوان عالی معتقد است که افراد صغیر بالغ حامله از حق طبیعی برای تصمیم‌گیری درباره سقط جنین بدون رضایت والدین برخوردارند. گرچه هیئت‌های مقتنه بسیاری از ایالات اطلاع دادن به والدین را لازم کرده‌اند، ولی نوجوانان حامله‌ای که تمایل به سقط جنین دارند ملزم به کسب رضایت از والدین خود نیستند. در هر ایالت باید روند قانونی برای تسهیل این تصمیم‌گیری برای نوجوانان تدارک دیده شود.

• **افراد صغیر آزاد.** افراد صغیر آزاد کودکانی هستند که از نظر قانونی از قید کنترل والدین آزادند و می‌توانند بدون رضایت والدین در صدد درمان طبی برآیند. این تعریف در ایالت‌های مختلف یکسان نیست، ولی عموماً شامل کودکانی است که از دبیرستان فارغ‌التحصیل شده‌اند، عضو نیروهای مسلح هستند، ازدواج کرده‌اند، حامله هستند، فراری‌اند، والد هستند، جدا از والدینشان زندگی می‌کنند و از نظر مالی مستقل هستند، یا دادگاه آنها را آزاد اعلام کرده است.

• **مصالح ایالتی (سلامت همگانی).** هیئت‌های مقتنه ایالتی به این نتیجه رسیده‌اند که افراد صغیری که شرایط طبی خاصی دارند، نظیر عفونت‌های منتقله از راه جنسی و سایر بیماری‌های مسری، حاملگی (شامل جلوگیری با استفاده از کنترل موالید)، برخی بیماری‌های روانی، و سوءمصرف الکل و داروها، می‌توانند با حفظ خودمختاری و بدون رضایت والدین برای این مشکلات در صدد درمان برآیند. مصلحت ایالتی اقتضا می‌کند که انتشار بیماری‌هایی که ممکن است سلامت همگانی را به خطر بیندازند محدود شود و موانع رسیدن به درمان برخی از بیماری‌های خاص از بین بروند.

### مسائل اخلاقی در طبابت

از دیدگاه اخلاقی، بالینگران باید کودکان و نوجوانان را برحسب ظرفیت رشدی آنها در توضیحات مربوط به برنامه‌های پزشکی شرکت دهند، به گونه‌ای که آنها درک خوبی از ماهیت درمان‌ها و روش‌های جایگزین آنها، عوارض جانبی، و بی‌آمدهای قابل انتظار داشته باشند. درک بیمار از وضعیت بالینی، چگونگی پاسخدهی بیمار، و عواملی که

افراد واجد صلاحیت باشند باید:

• ماهیت مداخلات و اعمال پزشکی را درک کنند، خطرات و فواید این مداخلات را بفهمند، و بتوانند تصمیم خود را به دیگران اعلام کنند.

• توانایی استدلال، ملاحظه، و سنجش خطرات و فواید با استفاده از درک خود در مورد اثرات این تصمیم بر رفاه و سلامتی خود را داشته باشند.

• مجموعه‌ای از ارزش‌های شخصی را در فرآیند تصمیم‌گیری بکار برند و از تفاوت‌ها یا تعارضات احتمالی در ارزش‌هایی که برای تصمیم‌گیری مؤثرند آگاه باشند. این شرایط را باید در متن مراقبت‌های پزشکی جای داد و برای هر فرد با ویژگی‌های اختصاصی و احتمالاً منحصر به فرد خود، بکار برد. اکثر خردسالان نمی‌توانند شرایط یادشده برای کسب صلاحیت را برآورده کنند و به سایرین (معمولاً والدین) برای تصمیم‌گیری احتیاج دارند. به لحاظ قانونی به والدین صلاحیت و اختیار زیادی در رابطه با تصمیم‌گیری برای کودکانشان داده شده است. هنگامی که مسئله کودک آزاری و غفلت از کودکان وجود داشته باشد، این صلاحیت و اختیار از نظر قانونی محدود می‌شود و روند قانونی دیگری را شروع می‌کند که شامل جلسات دادگاه برای تعیین بیشترین منافع و سودمندی برای کودک است.

به دلیل تفاوت قوانین در ایالت‌های مختلف، آشنایی با قوانین ایالتی مهم است. قوانین ایالتی (و نه فدرال) تعیین می‌کنند که چه هنگام یک نوجوان می‌تواند برای مراقبت‌های پزشکی رضایت بدهد. قوانین ایالتی همچنین امکان دسترسی والدین به اطلاعات پزشکی محرمانه نوجوانان را مشخص می‌کنند. «قانون مسئولیت‌پذیری و امکان جابجایی بیمه بهداشتی» مصوب ۱۹۹۶ (HIPAA) که در سال ۲۰۰۳ اجرا شد، به یک استاندارد حداقل برای حفاظت از اسرار احتیاج دارد. این قانون به افراد صغیر کمتر از بالغین امکان حفاظت از اسرار را می‌دهد. این مسئولیت پزشکی اطفال است که افراد صغیر را از حق آنها در حفظ اسرارشان مطلع کند و تحت قوانین نظارتی HIPAA به آنها کمک کند تا از این حقوق بهره‌مند شوند.

تحت شرایط خاصی، به نوجوانان غیر خودمختار حق قانونی رضایت دادن تحت قانون ایالتی اعطا می‌شود، و آن هنگامی است که این افراد صغیر آزاد یا بالغ تلقی می‌شوند و یا به دلیل ملاحظات خاصی از نظر نظام سلامت همگانی، به قرار زیر:

• **افراد صغیر بالغ.** بعضی از ایالت‌ها در قوانین خود

ممکن است بر تصمیمات بیمار تأثیر بگذارند، باید ارزیابی شوند. پزشکان اطفال می‌بایست همیشه به درخواست بیماران برای حفظ اسرارشان و همچنین به امیدها و آرزوهای آنها گوش فرا داده و به آنها احترام بگذارند. هدف غایی، کمک به پرورش ظرفیت کودکان است تا بتوانند در حدی که متناسب با مرحله تکاملی آنها است به خودمختاری دست پیدا کنند.

### رازداری

رازداری نقش حیاتی در ارائه مراقبت‌های پزشکی دارد و بخش مهمی از اساس یک رابطه مبتنی بر اعتماد میان پزشک و بیمار / خانواده را تشکیل می‌دهد. رازداری به این معنا است که اطلاعات مربوط به یک بیمار را نباید بدون رضایت او در اختیار دیگران قرار داد. اگر رازداری محترم شمرده نشود، ممکن است بیماران آسیب و زیان شدیدی ببینند و شاید در صدد مراقبت‌های پزشکی لازم بر نیایند. برای توضیح در مورد رازداری در مراقبت از نوجوانان، فصل ۶۷ را ملاحظه کنید.

### مسائل اخلاقی در غربالگری و آزمایش ژنتیکی کودکان

هدف از غربالگری<sup>۱</sup>، شناسایی بیماری‌ها در شرایطی است که هیچ عامل خطر ساز قابل شناسایی برای بیماری وجود نداشته باشد. غربالگری فقط وقتی باید انجام شود که یک درمان برای بیماری وجود داشته باشد و یا وقتی که تشخیص بیماری به نفع کودک باشد. آزمایش معمولاً وقتی انجام می‌شود که عوامل خطر ساز قابل شناسایی بالینی وجود داشته باشند. آزمایش و غربالگری ژنتیکی مشکلات خاصی را سبب می‌شود چون نتایج آنها اثرات و پی‌آمدهای مهمی دارند. بعضی از غربالگری‌های ژنتیکی (کم‌خونی سلول داسی شکل یا فیبروز کیستیک) ممکن است یک حالت حامل<sup>۲</sup> را برملا کنند، که می‌تواند منجر به انتخاب‌هایی درباره تولید مثل شود و یا مشکلات مالی، روانی - اجتماعی، و بین فردی ایجاد کند (مثل احساس گناه، شرمساری، انگ اجتماعی، و تبعیض در خدمات بیمه و شغل). همکاری با و یا ارجاع به یک متخصص ژنتیک بالینی برای کمک کردن به خانواده در مورد موضوعات پیچیده مشاوره ژنتیکی، هنگامی که یک اختلال ژنتیکی کشف می‌شود و یا احتمال می‌رود که وجود داشته باشد، اقدام مناسبی است.

غربالگری نوزادان را نباید به عنوان جانشینی برای

آزمایش والدین بکار برد. نمونه‌هایی از بیماری‌هایی که با غربالگری ژنتیکی می‌توان تشخیص داد، حتی اگر تظاهرات این بیماری‌ها تا مراحل بعدی زندگی ظاهر نشوند، عبارت‌اند از بیماری کلیه پلی‌کیستیک؛ بیماری هانتینگتون؛ بعضی سرطان‌های خاص مثل سرطان پستان در بعضی از جمعیت‌های قومی؛ و هموکروماتوز. والدین ممکن است به پزشک اطفال فشار وارد کنند که وقتی کودک هنوز کم سن و سال است و برای اهداف مورد نظر والدین، آزمایش‌های ژنتیکی درخواست کند. آزمایش برای این اختلالات را باید تا زمانی که کودک توانایی موافقت یا رضایت آگاهانه را کسب کند و برای تصمیم‌گیری واجد صلاحیت شود به تأخیر انداخت، مگر اینکه در زمان انجام آزمایش نفع مستقیمی برای کودکان وجود داشته باشد.

### موضوعات مذهبی و اخلاق

حتی وقتی اصول مذهبی با سلامتی و رفاه کودک تداخل می‌کنند، وظیفه پزشک اطفال این است که براساس بهترین مصالح کودک عمل کند. وقتی یک شیرخوار یا کودک که والدینش تزریق خون را از نظر مذهبی حرام می‌دانند، برای نجات زندگی‌اش به تزریق خون احتیاج پیدا می‌کند، دادگاه همیشه پادرمیانی می‌کند و اجازه تزریق خون را صادر می‌نماید. در مقابل، والدینی که باورهای مذهبی قوی دارند براساس بعضی از قوانین ایالتی ممکن است از ایمن‌سازی (واکسیناسیون) کودکان خود امتناع کنند. با این حال دولت ایالتی در زمان شیوع یا همه‌گیری بیماری‌ها می‌تواند ایمن‌سازی را برای تمام کودکان اجباری کند. با الزامی کردن ایمن‌سازی برای همگان، از جمله کسانی که براساس اعتقادات مذهبی به این کار اعتراض دارند، دولت ایالتی از اصل عدالت اجتماعی استفاده می‌کند که براساس آن تمام اعضای جامعه باید در منافع و مضرات شریک باشند تا به این ترتیب جامعه عادلانه‌ای داشته باشیم.

### کودکان به‌عنوان موضوعات انسانی در تحقیقات

هدف از تحقیقات، توسعه دانش‌های جدید و عمومی است. والدین می‌توانند تحت شرایط خاصی برای شرکت کودکانشان در تحقیقات، آگاهانه رضایت بدهند. کودکان نمی‌توانند رضایت آگاهانه بدهند ولی ممکن است با اقدامات پژوهشی موافق باشند یا نباشند. برای حفاظت از کودکان و نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش‌های انسانی، قوانین فدرال

- علاج قطعی امکان‌پذیر است، ولی شکست درمان نیز ناشایع نیست (مانند سرطان دارای پیش‌آگهی وخیم).
  - درمان بلندمدت با هدف حفظ کیفیت زندگی صورت می‌گیرد (مانند فیروز کیستیک).
  - پس از مطرح شدن تشخیص نوعی بیماری پیشرونده، درمان صرفاً حالت تسکینی دارد (مانند سندرم تریزومی ۱۳).
  - درمان‌هایی برای ناتوانی‌های شدید و غیر پیشرونده در بیمارانی وجود دارند که نسبت به عوارض سلامتی، آسیب‌پذیر هستند (مانند فلج شدید هر چهار اندام از نوع اسپاتیک که کنترل علائم در آن دشوار است).
- این وضعیت‌ها محدوده‌های زمانی و الگوهای درمانی متفاوتی دارند. با این حال، در تمامی این وضعیت‌ها نیاز به مواردی ملموس و عینی وجود دارد که بر کیفیت مرگ کودک تأثیر می‌گذارند و توسط جنبه‌های پزشکی، روانی - اجتماعی، فرهنگی و معنوی تعیین می‌شوند.
- مرگ ناگهانی یک کودک نیز به برخی موارد مراقبت‌های تسکینی نیاز دارد، اگرچه در برخی شرایط، مراقبت کامل امکان‌پذیر نمی‌باشد. بسیاری از این موارد مرگ در بخش اورژانس روی می‌دهند و شرایط غم‌باری را میان خانواده مصیبت دیده و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی (که قبلاً ارتباطی با هم نداشته‌اند) بوجود می‌آورند. خانواده‌هایی که قبلاً فرصتی برای آماده شدن برای رویارویی با حادثه نداشته‌اند، نیاز به حمایت قابل توجهی دارند. مراقبت‌های تسکینی می‌توانند نقشی مهم در مواجهه خانواده با مرگ و سوگواری داشته باشند. هنگامی که علت مرگ باید مورد تحقیق و بررسی قرار گیرد، این مسایل پیچیده تر می‌شوند. نیاز به تحقیق درباره احتمال بدرفتاری با کودک یا سهل‌انگاری، خانواده را در معرض پرس‌وجوی شدیدی قرار می‌دهد و ممکن است سبب برانگیختن احساس گناه یا خشم نسبت به گروه پزشکی شود.

### مراقبت‌های تسکینی و انتهای حیات

هدف از مراقبت‌های تسکینی، کاهش علائم و کمک به انطباق با شرایطی است که ممکن است باعث رنج بیمار و کاهش کیفیت زندگی یک کودک در حال مرگ شوند. اجزاء مراقبت‌های تسکینی عبارتند از: تسکین درد؛ تغذیه و موارد مربوط به آن در انتهای حیات؛ و کنترل علائم، مانند کاهش تهوع و استفراغ، انسداد روده، تنگی نفس و خستگی. اجراء

مخصوصی وضع شده‌اند. این قوانین حفاظت‌های اضافی را فراتر از آنچه که برای بزرگسالان شرکت‌کننده در تحقیقات در نظر گرفته شده است در نظر می‌گیرند، ضمن اینکه این فرصت را برای کودکان فراهم می‌آورند تا از پیشرفت‌های علمی حاصل از تحقیقات منتفع شوند.

بسیاری از والدین که فرزندان شدیداً بدحالی دارند امیدوارند که طرح‌های تحقیقاتی فواید مستقیمی برای فرزند آنها داشته باشند. بزرگ‌ترین چالش پیش روی محققان، روشن کردن این مطلب برای والدین است که تحقیقات، درمان نیست. این واقعیت را باید تا حد امکان با دلسوزی و حساسیت به والدین تفهیم کرد.

## فصل ۴

### مراقبت‌های تسکینی و موضوعات مربوط به انتهای حیات

مرگ یک کودک، یکی از سخت‌ترین تجربیات زندگی است. رویکرد مراقبت تسکینی<sup>۱</sup> هنگامی برای یک کودک انجام می‌شود که روش‌های تشخیصی و مداخله‌ای و درمانی پزشکی قادر به تغییر روند اجتناب‌ناپذیر مرگ وی نیستند. در این شرایط، هدف از این مراقبت‌ها، بهبود کیفیت زندگی، احترام به شأن بیمار، و کاهش درد و رنج یک کودک شدیداً بیمار است. موضوع اصلی در این روش این است که آرزوی پزشک باید فراتر از اهداف پزشکی سنتی (مبنی بر درمان بیماری و نجات زندگی افراد) باشد. هنگامی که اهداف درمانی دیگر نیازهای کودک را برآورده نمی‌سازند، هدف پزشک باید تسهیل زندگی کودک و همکاری نزدیک تر با اعضای خانواده و دوستان نزدیک آنها باشد. مراقبت‌های تسکینی با کیفیت، انتظاری استاندارد در انتهای زندگی محسوب می‌شوند.

مراقبت‌های تسکینی در کودکان، تنها مراقبت‌های مربوط به انتهای حیات نیستند. در بعضی شرایط، مرگ کودک در زمانی نزدیک پیش‌بینی نمی‌شود، اما بهترین روش برای رفع نیازهای کودک، استفاده از رویکرد مراقبت‌های تسکینی است. کودکان نیازمند مراقبت‌های تسکینی بسته به هدف درمان، به چهار گروه اصلی تقسیم می‌شوند؛ که شامل موارد زیر هستند:

1- Palliative care approach

دلسوزانه. بالینگر باید به علایم فیزیکی، آسایش، و ظرفیت عملکردی بیمار توجه کند، و توجه خاصی به درد و سایر علایم مرتبط با بیماری کشنده نشان دهد و با همدلی به مشکلات روان‌شناختی و رنج‌های انسانی واکنش نشان دهد و گزینه‌های درمانی را ارائه دهد. استراحت و فرصت مراقبتی باید در هر زمان در طول مدت بیماری در دسترس باشد تا اعضای خانواده امکان استراحت و تجدید قوا پیدا کنند.

- جزء ۳. استفاده از منابع بین‌رشته‌ای. به دلیل پیچیدگی مراقبت‌ها، هیچ‌یک از بالینگران به تنهایی نمی‌توانند تمام خدمات مورد نیاز را ارائه دهند. اعضای این گروه ممکن است شامل پزشک مراقبت‌های اولیه و پزشکان متخصص، پرستاران بیمارستان / آسایشگاه یا برای بازدید در منزل، گروه کنترل درد (گروه مراقبت‌های تسکینی)، روانشناس، مددکار اجتماعی، روحانیون، معلمین مدرسه، دوستان خانوادگی، و هم‌سن‌وسالان کودک باشند. کودک و خانواده باید در وضعیتی باشند که بتوانند تصمیم بگیرند در هر یک از مراحل روند بیماری، چه‌کسی باید چه چیزی را بدانند.
- جزء ۴. تأیید و حمایت از مراقبین. مرگ یک کودک را به سختی می‌توان پذیرفت و درک کرد. مراقبین اصلی کودک، خانواده، و دوستان، به فرصت‌هایی نیاز دارند تا نگرانی‌های هیجانی خود را بروز دهند. خواهران و برادران کودکی که در حال مرگ است براساس سطح رشدی خود واکنش هیجانی و شناختی نشان می‌دهند. دادن فرصت‌هایی برای ملاقات‌های گروهی به منظور بیان افکار و احساسات اعضای گروه اهمیت زیادی دارد. مدت کوتاهی پس از مرگ کودک، گروه مراقبین باید تجارب خود را با والدین و خانواده مرور کنند و در واکنش‌ها و احساسات آنها شریک شوند. حمایت‌های سازمانی که می‌توان ارائه داد عبارت‌اند از تعیین زمان مراسم خاک‌سپاری، مشاوره برای کارکنان پزشکی، فرصت دادن به خانواده برای بازگشت به بیمارستان، و تعیین زمان مراسم یادبود برای کودک فوت‌شده.
- جزء ۵. تعهد نسبت به ارتقای کیفیت مراقبت‌های تسکینی از طریق پژوهش و آموزش. بیمارستان‌ها باید کارکنان و دستگاه‌های حمایتی فراهم کنند تا بتوان کیفیت مراقبت‌ها را بطور مداوم پایش کرد، نیاز به منابع

روانی مراقبت‌های تسکینی نیز اهمیت فوق‌العاده‌ای دارند و عبارتی از حساسیت نسبت به سوگواری، دورنمای تکاملی درک کودک از مرگ، کمک به روشن ساختن اهداف مراقبت، و موارد اخلاقی. مراقبت‌های درمانی و تسکینی ممکن است با هم انجام شوند. هنگامی که روش‌های درمانی با امید بهبود وضعیت سلامتی انجام می‌شوند، درمان‌های تسکین درد مؤثر نیز ممکن است بکار روند. مراقبت تسکینی بصورت فرآیندی چند بُعدی می‌باشد که مجموعه وسیعی از متخصصان مرتبط با بیمار و خانواده، همچنین شبکه حمایتی از ارائه‌دهندگان مراقبت را در بر می‌گیرد. این ارائه‌دهندگان مراقبت ممکن است شامل متخصص اطفال، پرستاران، متخصصین بهداشت روانی، مددکار اجتماعی و روحانیون باشند.

یک الگوی مراقبت‌های تسکینی هماهنگ دارای اجزاء زیر می‌باشد:

- جزء ۱. احترام به شأن بیماران و خانواده‌ها. بالینگر باید به بیمار و خانواده‌اش احترام بگذارد و به اهداف، اولویت‌ها، و گزینش‌های آنها گوش فرا دهد. کودکان در سنین مدرسه می‌توانند روش درمانی را که بیشتر دوست دارند انتخاب نمایند. نوجوانان در سن ۱۴ سالگی می‌توانند در روند تصمیم‌گیری دخالت کنند (ر.ک. به بخش ۱۲). پزشک اطفال باید به بیمار و خانواده کمک کند تا بتوانند تشخیص، انتخاب‌های درمان، و پیش‌آگهی را بفهمند. پزشک اطفال باید اهداف مراقبت را مشخص کند؛ انتخاب‌های آگاهانه را ارتقا دهد؛ امکان جریان آزاد اطلاعات را فراهم نماید؛ و به نگرانی‌های اجتماعی - هیجانی گوش دهد و درباره آنها توضیح دهد. مراقبت‌های از پیش تعیین شده<sup>۱</sup> (دستورالعمل‌های پیش‌پیش)، باید با مشارکت کودک و والدین انجام شوند تا معلوم شود با نزدیک شدن انتهای حیات، آنها مایل به انجام چه روش‌های درمانی هستند. وقتی میان انتخاب والدین و پزشک اطفال تفاوت وجود دارد، باید سعی کرد تا با گفتگو و روشن کردن مسائل و برطرف کردن نگرانی‌ها، توافقی حاصل آید که ضمن حفظ احترام به دیدگاه‌های خانواده، بیانگر اقدام طبی صحیح نیز باشد. هیئت بررسی مسائل اخلاقی در بیمارستان و خدمات مشاوره‌ای از منابع مهم برای کمک به پزشک اطفال و اعضای خانواده به‌شمار می‌روند.
- جزء ۶. دسترسی به مراقبت‌های تسکینی جامع و