

مبانی طب کودکان نلسون ۲۰۱۱

اجازه انتشار ترجمه فارسی این کتاب طی قرارداد ۲۸ آوریل ۲۰۱۰ با انتشارات ELSEVIER رسماً به انتشارات کتاب ارجمند واگذار شده است.

Copyright© 2011, 2006, 2002, 1998, 1994, 1990 by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.

توجه!

این کتاب مشمول قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان است. تکثیر کتاب به هر روش اعم از فتوکپی، ریسوگراف، تهیه فایل های pdf یا لوح فشرده، بازنویسی در ویلاگ ها یا سایت ها یا مجله یا کتاب، بدون اجازه کتبی ناشر شرعاً و قانوناً مجاز نیست و موجب پیگرد قانونی می شود.

ویرایش ششم ۲۰۱۱

مبانی طب کودکان نلسون

دکتر کارن ج. مارکدانت
دکتر روبرت م. کلایگمن
دکتر هال ب. جنسون
دکتر ریچارد ای. بهرمن

ترجمه استادان دانشگاههای
علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی

با مقدمه

دکتر علی ربانی

رئیس گروه طب کودکان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویراستار

دکتر محسن ارجمند

مترجمان (بترتیب الفبا)

دکتر حسین صمدانی فرد	دکتر محسن ارجمند
دکتر زهرا عرفانی	دکتر مینا ایزدیار
دکتر مهشید فروغان	دکتر تقی بغدادی
دکتر ندا کاظمی	دکتر کامران بلیغی
دکتر زرین تاج کیهانی	دکتر محمدرضا جنیدی
دکتر امید گوران اوریمی	دکتر عباس درخشان
دکتر سیامک ملکی	دکتر قمر تاج خطایی
دکتر سید عبدالحمید مقدسی	دکتر محمود رفیعی
دکتر فریبا نادری	دکتر علیرضا سالک مقدم
دکتر غلامرضا ولی زاده	دکتر خسرو سبحانیان
دکتر ملک تاج هنرمند	دکتر عبدالحسین ستوده نیا
دکتر شهاب الدین مدرس یزدی	دکتر محمدرضا صادقیان



کتاب ارجمند

عنوان و نام پدیدآور	: مبانی طب کودکان نلسون ۲۰۱۱ / [کارن. ج مارک دنت... و دیگران]؛ ترجمه دکتر محسن ارجمند و همکاران.
مشخصات نشر	: تهران: کتاب ارجمند: ارجمند: نسل فردا، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری	: ۱۱۲۸ ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۵۶۸۹-۶۴-۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: Nelson essentials of pediatrics, 6th. ed, c2011
یادداشت	: کارن. ج مارکدانت، روبرت. م. کلايگمن، ریچارد. ا. بهرمن، هال. ب. جنسون.
یادداشت	: در ویراست‌های قبلی والدو امرسون نلسون سرشناسه بوده است
موضوع	: پزشکی کودکان
شناسه افزوده	: مارک دنت، کارن ج. Marc dante, Karen J.
شناسه افزوده	: ارجمند، محسن، ۱۳۴۵ - مترجم، خطائی، قمر تاج، ۱۳۳۸ - مترجم
شناسه افزوده	: نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸ - م. اصول طب کودکان
رده بندی کنگره	: ۱۳۸۹ ۲۳۷۶ م ۸/ن RJ۴۵
رده بندی دیویی	: ۶۱۸/۹۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۰۶۶۰۴۵



مبانی طب کودکان نلسون

تألیف: کارن ج. مارکدانت، روبرت م. کلايگمن، هال ب. جنسون، ریچارد ای. بهرمن، مترجم: دکتر محسن ارجمند و همکاران
 ناشر: انتشارات کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند و نسل فردا)
 صفحه‌آرایی: نویدی، طراح جلد: احسان ارجمند
 چاپ: غزال، صحافی: افشین
 چاپ اول، ۲۰۰۰ نسخه ۱۳۸۹، بهاء: ۲۹۰۰۰ تومان

فروشگاه اینترنتی

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر تلفن ۸۸۹۷۹۵۴۴، ۸۸۹۷۷۰۰۲
- شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارگریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
- شعبه مشهد: خ. تقی‌آباد، خ. احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، کتاب دانشجو تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱
- شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
- شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱

مقدمه

منطقی است که مطالبی مخصوص دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی که گویای مسائل اقلیمی هم باشد جمع آوری و به صورت جزوه یا کتاب در اختیار آنها قرار داده شود. سالهاست در حسرت چنین مجموعه‌ای تلاش می‌کنیم تا بحال توفیق آن حاصل نشده است به همین جهت کتاب *Essential Nelson* که تقریباً مروری بر تمام مطالب طب اطفال است به عنوان کتاب مرجع اعلام شده است. ترجمه سلیس و روان انتشارات محترم دکتر ارجمند که توسط همکاران صاحب تجربه و فرهیخته انجام گرفته می‌تواند نیاز موقت این گروه را برآورده کند. ترجمه، گویا و قابل فهم و برای مرور سریع و راحت مناسب می‌باشد. از جناب آقای دکتر ارجمند که به امر ترجمه خوب این کتاب مبادرت ورزیده‌اند ممنون هستیم، باشد تا مورد استفاده دانشجویان و همکاران عزیز قرار بگیرد.

دکتر علی ربانی

مترجمان

دکتر محسن ارجمند
متخصص روانپزشکی

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 پلیفی

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 خسرو سبحانیا

دکتر عبدالحسین ستوده نیا

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 ندا کاظمی

دکتر زرین تاج کیهانی

دانشیار بیماریهای کودکان
دانشگاه علوم پزشکی تهران
بیمارستان امام خمینی

دکتر امید گوران اوریمی

دکتر سیامک ملکی

دکتر سید عبدالحمید مقدسی

فوق تخصص بیماریهای داخلی ریه
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
بیمارستان امام خمینی

دکتر فریبا نادری

عضو هیأت علمی بیماریهای نوزادان
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر غلامرضا ولی زاده

فوق تخصص بیماریهای نوزادان
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر ملک تاج هنرمند

عضو هیأت علمی بیماریهای کودکان
دانشگاه علوم پزشکی تهران
بیمارستان امام خمینی

دکتر شهاب الدین مدرس یزدی

متخصص بیماریهای کودکان

مؤلفان

Joel J. Alpert, MD

Professor and Chairman of Pediatrics Emeritus; Professor of Public Health (Health Law) Emeritus, Boston University School of Medicine; Director of Pediatrics, Honorary, Boston Medical Center, Boston, Massachusetts

The Profession of Pediatrics

Warren P. Bishop, MD

Professor of Pediatrics, Roy J. and Lucille A. Carver College of Medicine, University of Iowa; Director, Division of Gastroenterology, Department of Pediatrics, University of Iowa Children's Hospital, Iowa City, Iowa

The Digestion System

Kim Blake, MD, MRCP, FRCPC

Associate Professor, Department of Pediatrics, Division of Medical Education, Dalhousie University; Professor of Pediatrics, Department of Pediatrics, IWK Health Centre, Halifax, Nova Scotia, Canada

Adolescent Medicine

Nathan J. Blum, MD

Associate Professor of Pediatrics, The University of Pennsylvania School of Medicine; Director, Section of Behavioral Pediatrics, Division of Child Development, Rehabilitation, and Metabolic Disease, The Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania

Psychosocial Issues

Edward R. Carter, MD

Associate Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle; Director of Clinical Services, Pulmonary Division, Seattle Children's Hospital, Seattle, Washington

The Respiratory System

Cindy W. Christian, MD

Associate Professor of Pediatrics, The University of Pennsylvania School of Medicine; Chair, Child Abuse and Neglect Prevention, The Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania

Psychosocial Issues

Victoria Davis, MD, FRCSC, IFEPAG

Staff, Obstetrics and Gynecology, Scarborough Grace Hospital, Scarborough, Ontario, Canada

Adolescent Medicine

Ramsay L. Fuleihan, MD

Associate Professor, Northwestern University Feinberg School of Medicine; Attending Physician; Director, Primary Immunodeficiency Clinical Services, Children's Memorial Hospital, Chicago, Illinois

Immunology

Sheila Gahagan, MD, MPH

Professor and Chief, Division of Child Development and Community Health, Martin T. Stein Endowed Chair in Developmental-Behavioral Pediatrics, University of California San Diego, San Diego, California; Research Professor, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

Behavioral Disorders

Rick Goldstein, MD

Assistant Professor of Pediatrics, Boston University Medical Center; Associate Program Director, Boston Combined Residency Program in Pediatrics, Boston, Massachusetts

The Profession of Pediatrics

Clarence W. Gowen Jr., MD

Associate Professor of Pediatrics; Vice-Chair for Education, Eastern Virginia Medical School; Director of Medical Education, Children's Hospital of The King's Daughters, Norfolk, Virginia

Fetal and Neonatal Medicine

Larry A. Greenbaum, MD, PhD

Division Director, Pediatric Nephrology, Emory University, Atlanta, Children's Healthcare of Atlanta, Atlanta, Georgia

Fluids and Electrolytes

Hilary M. Haftel, MD, MHPE

Associate Professor of Pediatrics, Internal Medicine, and Medical Education; Associate Chair and Director of Pediatric Education, University of Michigan Medical School; Attending Physician, University of Michigan Health System, Ann Arbor, Michigan

Rheumatic Diseases of Childhood

J. Paul Scott, MD

Professor of Pediatrics, Medical College of Wisconsin; Attending Physician, Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

Hematology

Margretta R. Seashore, MD, FAAP, FACMG

Professor, Genetics, Department of Genetics, Yale University School of Medicine; Attending Physician, Yale-New Haven Hospital, New Haven, Connecticut

Metabolic Disorders

Benjamin S. Siegel, MD

Professor of Pediatrics and Psychiatry, Boston University School of Medicine; Attending Physician, Boston Medical Center, Boston, Massachusetts

The Profession of Pediatrics

Sherilyn Smith, MD

Associate Professor of Pediatrics, University of Washington, Department of Pediatrics, Division of Infectious Disease, Children's Hospital and Regional Medical Center, Seattle, Washington

Infectious Diseases

Kevin D. Walter, MD, FAAP

Assistant Professor, Department of Orthopedics and Department of Pediatrics, Medical College of Wisconsin; Program Director, Pediatric and Adolescent Primary Care Sports Medicine, Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

Orthopedics

Marcia M. Wofford, MD

Associate Professor of Pediatrics, Wake Forest University School of Medicine; Associate Professor of Hematology/Oncology, Brenner Children's Hospital, Winston-Salem, North Carolina

Oncology

این قافله عمر عجب می‌گذرد!

دانش پزشکی رشد عظیمی در دهه‌ی پیشین داشته است، کشفیات چشمگیر پژوهشگران، درک ما را از پاتوفیزیولوژی بالاتر برده و موجب پیشرفت در تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماریهای کودکان شده است. ما بایستی درس آموز پژوهشگران بسیاری باشیم که اسرار پاتوفیزیولوژی بیماریها را بر ملا ساخته و در جستجوی مکانیسم‌های بیماریها هستند، تا بتوانیم بهترین خدمات درمانی را به بیماران ارزانی داریم. هدف ما به عنوان معلم و مؤلف، انتقال این پیشرفتهای جدید در کنار دانش کلاسیک طب کودکان، در قالب کتابی خواندنی و خلاصه برای دانشجویان پزشکی و دستیاران طب کودکان می‌باشد.

ویراست جدید مبانی به طور کامل روزآمد شده است و آخرین یافته‌های ۵ سال اخیر در آن آمده است. مؤلفان برجسته‌ی کتاب حاضر از مدرسان دوره‌های بالینی طب کودکان بوده و از افراد شاخص در تخصص کودکان یا فوق تخصصهای آن می‌باشند. آنان سابقه‌ی کار دانشگاهی زیادی در آموزش دانشجویان پزشکی و دستیاران داشته و تجربه‌ی زیادی در تنظیم برنامه‌ی درسی در سطح دانشکده‌های خود یا در سطح برنامه‌ریزی‌های ملی برای ضروریات بیماریهای طبی و جراحی کودکان دارند. در این ویراست هم، همچون ویرایشهای پیشین تأکید ما بر نیازهای دانشجویان در دوره‌های بالینی یا دستیارانی بوده است.

سعی کرده‌ایم بیماریهای شناخته‌شده و رایج کودکان را در قالبی منطقی ارائه کنیم تا دانشجویان و دستیاران بتوانند در زمان مناسب معلومات خود را تکمیل کرده و از این دانش در برخورد با بیماران بهره‌گیرند. این معلومات و مهارتها متناسب با نیازهای آموزشی دوره‌ی بالینی و دستیارانی بوده و علاوه بر مراقبت از بیماران برای آماده شدن در امتحانات بالینی و ارتقا نیز مفیداند.

امیدواریم این ویرایش هم بتواند همچون قبل برای هزاران دانشجو و دستیارانی که در سراسر جهان باید بخش‌های کودکان خود را بگذرانند و کسانی که متخصصان آینده‌ی طب کودکان خواهند بود مفید واقع شود.

دکتر محسن ارجمند

دانش پزشکی رشد عظیمی در دهه‌ی پیشین داشته است، کشفیات چشمگیر پژوهشگران، درک ما را از پاتوفیزیولوژی بالاتر برده و موجب پیشرفت در تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماریهای کودکان شده است. ما بایستی درس آموز پژوهشگران بسیاری باشیم که اسرار پاتوفیزیولوژی بیماری‌ها هستند، تا بتوانیم بهترین خدمات درمانی را به بیماران ارزانی داریم. هدف ما به عنوان معلم و مؤلف، انتقال این پیشرفتهای جدید در کنار دانش کلاسیک طب کودکان، در قالب کتابی خواندنی و خلاصه برای دانشجویان پزشکی و دستیاران طب کودکان می‌باشد.

ویراست جدید مبانی به طور کامل روزآمد شده است و آخرین یافته‌های ۵ سال اخیر در آن آمده است. مؤلفان برجسته‌ی کتاب حاضر از مدرسان دوره‌های بالینی طب کودکان بوده و از افراد شاخص در تخصص کودکان یا فوق تخصصهای آن می‌باشند. آنان سابقه‌ی کار دانشگاهی زیادی در آموزش دانشجویان پزشکی و دستیاران داشته و تجربه‌ی زیادی در تنظیم برنامه‌ی درسی در سطح دانشکده‌های خود یا در سطح برنامه‌ریزی‌های ملی برای ضروریات بیماریهای طبی و جراحی کودکان دارند. در این ویراست هم، همچون ویرایشهای پیشین تأکید ما بر نیازهای دانشجویان در دوره‌های بالینی یا دستیاری بوده است.

سعی کرده‌ایم بیماریهای شناخته‌شده و رایج کودکان را در قالبی منطقی ارائه کنیم تا دانشجویان و دستیاران بتوانند در زمان مناسب معلومات خود را تکمیل کرده و از این دانش در برخورد با بیماران بهره گیرند. این معلومات و مهارتها متناسب با نیازهای آموزشی دوره‌ی بالینی و دستیاری بوده و علاوه بر مراقبت از بیماران برای آماده شدن در امتحانات بالینی و ارتقا نیز مفیداند.

امیدواریم این ویرایش هم بتواند همچون قبل برای هزاران دانشجو و دستیاری که در سراسر جهان باید بخش‌های کودکان خود را بگذرانند و کسانی که متخصصان آینده‌ی طب کودکان خواهند بود مفید واقع شود.

دکتر کارن مارک‌دانت
دکتر روبرت کلایگمن
دکتر هال جنسن
دکتر ریچارد بهرمین

فهرست مطالب

بخش ۱: طبابت در رشته بیماری‌های کودکان ۱۷	
فصل ۱: جمعیت و فرهنگ: مراقبت از کودکان در جامعه ۱۷	فصل ۳: اخلاقیات و جنبه‌های قانونی ۲۴
فصل ۲: کار حرفه‌ای (حرفه‌ای‌گری) ۲۲	فصل ۴: مراقبت‌های تسکینی و موضوعات مربوط به انتهای حیات ۲۸
بخش ۲: رشد و نمو ۳۳	
فصل ۵: رشد طبیعی ۳۳	فصل ۸: اختلالات رشد و نمو ۴۲
فصل ۶: اختلالات رشد ۳۶	فصل ۹: ارزیابی کودک سالم ۵۰
فصل ۷: رشد و نمو طبیعی ۳۷	فصل ۱۰: ارزیابی کودک واجد نیازهای خاص ۶۲
بخش ۳: اختلالات رفتاری ۷۹	
فصل ۱۱: گریه و کولیک ۷۹	فصل ۱۴: کنترل دفع ۹۰
فصل ۱۲: قشقرق ۸۳	فصل ۱۵: خواب طبیعی و اختلالات خواب در کودکان ۹۷
فصل ۱۳: اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی ۸۶	
بخش ۴: اختلالات روانپزشکی ۱۰۵	
فصل ۱۶: اختلالات شبه جسمی ۱۰۵	فصل ۱۹: اختلال وسواسی - جبری ۱۲۶
فصل ۱۷: اضطراب و هراس‌ها ۱۱۲	فصل ۲۰: اختلالات نافذ رشد و روانپریشی‌ها ۱۲۸
فصل ۱۸: افسردگی و اختلالات دوقطبی ۱۲۰	
بخش ۵: مسایل روانی - اجتماعی ۱۳۵	
فصل ۲۱: رشد ناکافی ۱۳۵	فصل ۲۴: ساختار و عملکرد خانواده ۱۵۱
فصل ۲۲: سهل‌انگاری با کودکان و کودک‌آزاری ۱۳۹	فصل ۲۵: خشونت ۱۵۶
فصل ۲۳: همجنس‌گرایی و هویت جنسی ۱۴۸	فصل ۲۶: طلاق، جدایی، و داغ‌دیدگی ۱۶۰
بخش ۶: تغذیه کودکان و اختلالات تغذیه‌ای ۱۶۷	
فصل ۲۷: غذای شیرخوار طبیعی ۱۶۷	فصل ۳۰: کم‌غذایی کودکان ۱۷۹
فصل ۲۸: غذای کودک و نوجوان سالم ۱۷۴	فصل ۳۱: کمبود ویتامین‌ها و مواد معدنی ۱۸۳
فصل ۲۹: چاقی ۱۷۶	
بخش ۷: مایعات و الکترولیت‌ها ۱۹۷	
فصل ۳۲: درمان نگهدارنده مایعات ۱۹۷	فصل ۳۵: اختلالات سدیم ۲۰۷
فصل ۳۳: دهیدراتاسیون و درمان جایگزینی ۲۰۰	فصل ۳۶: اختلالات پتاسیم ۲۱۱
فصل ۳۴: تغذیه وریدی ۲۰۵	فصل ۳۷: اختلالات اسید و باز ۲۱۶
بخش ۸: بیماری‌ها و آسیب‌های حاد کودکان ۲۲۳	
فصل ۳۸: ارزیابی و احیا ۲۲۳	فصل ۳۹: نارسایی تنفسی ۲۲۹

فصل ۴۰: شوک	۲۳۲	فصل ۴۴: سوختگی‌ها	۲۴۵
فصل ۴۱: پیش‌گیری از آسیب‌دیدگی و حوادث	۲۳۸	فصل ۴۵: مسمومیت	۲۴۸
فصل ۴۲: ترومای شدید	۲۳۹	فصل ۴۶: آرامبخشی و تسکین درد	۲۵۶
فصل ۴۳: غرق‌شدگی	۲۴۴		

بخش ۹: ژنتیک و بدشکلی‌های اندام انسان

فصل ۴۷: الگوهای توارث	۲۵۹	فصل ۴۹: اختلالات کروموزومی	۲۷۷
فصل ۴۸: ارزیابی ژنتیکی	۲۷۳	فصل ۵۰: رویکرد به کودک دیس مورفیک	۲۸۳

بخش ۱۰: اختلالات متابولیک

فصل ۵۱: ارزیابی	۲۸۹	فصل ۵۵: اختلالات متابولیسم چربی	۳۱۱
فصل ۵۲: اختلالات کربوهیدرات	۳۰۰	فصل ۵۶: اختلالات لیزوزومی و پروکسیزومی	۳۱۳
فصل ۵۳: اختلالات اسید آمینه	۳۰۳	فصل ۵۷: اختلالات میتوکندریایی	۳۱۹
فصل ۵۴: اختلالات اسیدهای آلی	۳۰۸		

بخش ۱۱: طب جنین و نوزاد

فصل ۵۸: ارزیابی مادر، جنین و نوزاد	۳۲۳	فصل ۶۳: انتروکولیت نکرودهنده	۳۸۱
فصل ۵۹: بیماری‌های مادر که نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌دهند	۳۵۱	فصل ۶۴: انسفالوپاتی هیپوکسیک - ایسکمیک، خونریزی داخل جمجمه‌ای و تشنج	۳۸۳
فصل ۶۰: بیماری‌های جنین	۳۵۶	فصل ۶۵: سپسیس و مننژیت	۳۸۷
فصل ۶۱: بیماری‌های تنفسی نوزاد	۳۵۸	فصل ۶۶: عفونت‌های مادرزادی	۳۹۰
فصل ۶۲: آنمی و هیپربیلیروبینمی	۳۶۹		

بخش ۱۲: طب نوجوانان

فصل ۶۷: مرور اجمالی و ارزیابی نوجوانان	۳۹۹	فصل ۷۰: اختلالات خوردن	۴۱۹
فصل ۶۸: مراقبت از نوجوان سالم	۴۰۷	فصل ۷۱: سوءمصرف مواد	۴۲۲
فصل ۶۹: ژینکولوژی نوجوانان	۴۱۰		

بخش ۱۳: ایمونولوژی

فصل ۷۲: ارزیابی	۴۲۷	فصل ۷۵: کمپلمان	۴۵۳
فصل ۷۳: اختلالات لنفوسیت	۴۳۴	فصل ۷۶: بیوند سلولهای ریشه‌ای خونساز	۴۵۷
فصل ۷۴: اختلالات نوتروفیل	۴۴۶		

بخش ۱۴: آلرژی

فصل ۷۷: ارزیابی	۴۶۱	فصل ۸۲: بیماری سرم	۴۹۱
فصل ۷۸: آسم	۴۶۴	فصل ۸۳: آلرژی به حشرات	۴۹۲
فصل ۷۹: رینیت آلرژیک	۴۷۶	فصل ۸۴: واکنش‌های نامطلوب نسبت به غذاها	۴۹۴
فصل ۸۰: درمانیت آتوپیک	۴۸۱	فصل ۸۵: واکنش‌های نامطلوب نسبت به داروها	۴۹۸
فصل ۸۱: کهپیر، آنژیوادم، و آنافیلاکسی	۴۸۵		

بخش ۱۵: بیماری‌های روماتیسمی کودکان

فصل ۸۶: ارزیابی	۵۰۳	فصل ۸۸: بیماری کاوازاکی	۵۱۰
فصل ۸۷: پورپورای هنوخ - شوئن لاین	۵۰۷	فصل ۸۹: آرتریت روماتوئید کودکان	۵۱۳

فصل ۹۰: لوپوس اریتماتوی سیستمیک	۵۱۸
فصل ۹۱: درماتومیوزیت کودکان	۵۲۱

بخش ۱۶: بیماری‌های عفونی

فصل ۹۳: ارزیابی	۵۲۷
فصل ۹۴: ایمن‌سازی و پیشگیری	۵۳۱
فصل: درمان ضد عفونت	۵۳۷
فصل ۹۶: تب بدون منشأ مشخص	۵۳۸
فصل ۹۷: عفونت‌هایی که با تب و بثورات مشخص می‌شوند	۵۴۴
فصل ۹۸: عفونت‌های جلدی	۵۵۴
فصل ۹۹: لنفادنوپاتی	۵۵۹
فصل ۱۰۰: مننژیت	۵۶۴
فصل ۱۰۱: آنسفالیت	۵۶۸
فصل ۱۰۲: سرماخوردگی	۵۷۱
فصل ۱۰۳: فارنژیت	۵۷۲
فصل ۱۰۴: سینوزیت	۵۷۶
فصل ۱۰۵: اوتیت میانی	۵۷۸
فصل ۱۰۶: اوتیت خارجی	۵۸۱
فصل ۱۰۷: کروپ یا خنثاق	۵۸۲
فصل ۱۰۸: سندرم سیاه‌سرفه	۵۸۵
فصل ۱۰۹: برونشیتولیت	۵۸۸
فصل ۱۱۰: پنومونی	۵۹۰
فصل ۱۱۱: اندوکاردیت عفونی	۵۹۸
فصل ۱۱۲: گاستروانتریت حاد	۶۰۱
فصل ۱۱۳: هپاتیت‌های ویروسی	۶۰۸
فصل ۱۱۴: عفونت دستگاه ادراری	۶۱۲
فصل ۱۱۵: ولوواژینیت	۶۱۵
فصل ۱۱۶: عفونت‌های منتقل‌شونده از راه جنسی (آمیزشی)	۶۱۷
فصل ۱۱۷: استئومیلیت	۶۲۵
فصل ۱۱۸: آرتریت عفونی	۶۲۹
فصل ۱۱۹: عفونت‌های چشمی	۶۳۳
فصل ۱۲۰: عفونت در فرد مبتلا به ضعف سیستم ایمنی	۶۳۸
فصل ۱۲۱: عفونت‌های مرتبط با وسایل طبی	۶۴۴
فصل ۱۲۲: بیماری‌های مشترک انسان و حیوان	۶۴۷
فصل ۱۲۳: بیماری‌های انگلی	۶۵۶
فصل ۱۲۴: سل	۶۶۴
فصل ۱۲۵: HIV و AIDS	۶۷۱

بخش ۱۷: دستگاه گوارش

فصل ۱۲۶: ارزیابی	۶۷۹
فصل ۱۲۷: حفره دهان	۶۹۶
فصل ۱۲۸: مری و معده	۶۹۸
فصل ۱۲۹: دستگاه روده‌ای	۷۰۵
فصل ۱۳۰: بیماری کبد	۷۱۵
فصل ۱۳۱: بیماری پانکراس	۷۲۴
فصل ۱۳۲: پیریتونیت	۷۲۶

بخش ۱۸: دستگاه تنفس

فصل ۱۳۳: ارزیابی	۷۲۹
فصل ۱۳۴: کنترل تنفس	۷۳۹
فصل ۱۳۵: انسداد مجرای هوایی فوقانی	۷۴۳
فصل ۱۳۶: بیماری‌های مجرای هوایی تحتانی، پارانشیم ریه	۷۴۳
و بیماری‌های عروقی	۷۴۹
فصل ۱۳۷: فیبروز کیستیک	۷۵۷
فصل ۱۳۸: دیواره قفسه‌سینه و پرده جنب	۷۶۱

بخش ۱۹: دستگاه قلبی-عروقی

فصل ۱۳۹: ارزیابی	۷۶۵
فصل ۱۴۰: سنکوپ (غش)	۷۷۴
فصل ۱۴۱: درد قفسه‌سینه	۷۷۷
فصل ۱۴۲: دیس‌ریتمی‌ها	۷۷۸
فصل ۱۴۳: بیماری مادرزادی بدون سیانوز قلب	۷۸۱
فصل ۱۴۴: بیماری سیانوتیک مادرزادی قلب	۷۸۷
فصل ۱۴۵: نارسایی احتقانی قلب	۷۹۴
فصل ۱۴۶: تب روماتیسمی	۷۹۷
فصل ۱۴۷: کاردیومیوپاتی‌ها	۷۹۸
فصل ۱۴۸: پریکاردیت	۸۰۰

بخش ۲۰: خون شناسی	
فصل ۱۴۹: ارزیابی	۸۰۳
فصل ۱۵۰: کم‌خونی (Anemia)	۸۰۸
فصل ۱۵۱: اختلالات هموستاتیک	۸۲۸
فصل ۱۵۲: تزریق اجزای خون	۸۴۰
بخش ۲۱: آنکولوژی	
فصل ۱۵۳: ارزیابی	۸۴۳
فصل ۱۵۴: اصول درمان سرطان	۸۴۹
فصل ۱۵۵: لوسمی (Leukemia)	۸۵۵
فصل ۱۵۶: لنفوم	۸۶۰
فصل ۱۵۷: تومورهای CNS	۸۶۲
فصل ۱۵۸: نورویلاستوم	۸۶۵
فصل ۱۵۹: تومور ویلمز	۸۶۷
فصل ۱۶۰: سارکوم	۸۶۹
بخش ۲۲: نفرولوژی و ارولوژی	
فصل ۱۶۱: ارزیابی	۸۷۳
فصل ۱۶۲: سندرم نفرروتیک و پروتئینوری	۸۷۸
فصل ۱۶۳: گلوپروپروتینوری و هماتوری	۸۸۱
فصل ۱۶۴: سندرم همولیتیک اورمیک	۸۸۳
فصل ۱۶۵: نارسایی حاد و مزمن کلیه	۸۸۴
فصل ۱۶۶: پرفشاری خون	۸۸۹
فصل ۱۶۷: ریفلاکس مثانه به حالب	۸۹۰
فصل ۱۶۸: ناهنجاری‌های مادرزادی و ...	۸۹۲
فصل ۱۶۹: سایر اختلالات دستگاه ادراری و تناسلی	۸۹۴
بخش ۲۳: اختلالات غدد درون‌ریز	
فصل ۱۷۰: ارزیابی	۸۹۹
فصل ۱۷۱: دیابت شیرین	۹۰۳
فصل ۱۷۲: هیپوگلیسمی	۹۱۴
فصل ۱۷۳: کوتاهی قد	۹۲۰
فصل ۱۷۴: اختلالات بلوغ	۹۲۸
فصل ۱۷۵: بیماری تیروئید	۹۳۹
فصل ۱۷۶: اختلالات پاراتیروئید و اندوکرینولوژی	
استخوان و مواد معدنی	۹۴۷
فصل ۱۷۷: اختلالات تمایز جنسی	۹۵۰
فصل ۱۷۸: اختلال عملکرد غدهٔ آدرنال	۹۵۵
بخش ۲۴: نورولوژی	
فصل ۱۷۹: ارزیابی	۹۶۱
فصل ۱۸۰: سردرد و میگرن	۹۶۹
فصل ۱۸۱: تشنج (اختلالات حمله‌ای)	۹۷۱
فصل ۱۸۲: ضعف عضلانی و هیپوتونی	۹۸۰
فصل ۱۸۳: آتاکسی و اختلالات حرکتی	۹۹۲
فصل ۱۸۴: آسیب تروماتیک مغز و کما	۹۹۵
فصل ۱۸۵: بیماری‌های دژنراتیو عصبی	۱۰۱۰
فصل ۱۸۶: اختلالات عصبی - جلدی	۱۰۱۵
فصل ۱۸۷: ناهنجاری‌های مادرزادی سیستم اعصاب مرکزی	۱۰۱۸
بخش ۲۵: درماتولوژی	
فصل ۱۸۸: ارزیابی	۱۰۲۳
فصل ۱۸۹: آکنه	۱۰۲۷
فصل ۱۹۰: درماتیت	۱۰۲۹
فصل ۱۹۱: درماتیت تماسی	۱۰۳۵
فصل ۱۹۲: درماتیت سبورئیک	۱۰۳۷
فصل ۱۹۳: ضایعات پیگمانته	۱۰۳۹
فصل ۱۹۴: همانژیوما و ناهنجاری‌های عروقی	۱۰۴۳
فصل ۱۹۵: اریتم مولتی‌فرم، سندرم استیونس	
جانسون و نکرولیز اپیدرمی سمی	۱۰۴۶
فصل ۱۹۶: آلودگی‌های جلدی	۱۰۵۰
بخش ۲۶: ارتوپدی	
فصل ۱۹۷: ارزیابی	۱۰۵۵
فصل ۱۹۸: شکستگی‌ها	۱۰۵۹
فصل ۱۹۹: مفصل ران (Hip)	۱۰۶۲
فصل ۲۰۰: اندام تحتانی و زانو	۱۰۶۹
فصل ۲۰۱: پا (Foot)	۱۰۷۵
فصل ۲۰۲: ستون فقرات (Spine)	۱۰۷۹
فصل ۲۰۳: اندام فوقانی	۱۰۸۹
فصل ۲۰۴: تومورهای استخوانی و ...	۱۰۹۲
نمایه	
	۱۰۹۵

بخش ۱

طبابت در رشته بیماری‌های کودکان

Benjamin S. Siegel and Jole J. Alpert and Rick Goldstein

مطلوب بهداشت کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (به خصوص فقر).

پیشرفت‌های علمی، ارتباط زیادی با 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. تشخیص قبل از تولد و غربالگری نوزادان سبب افزایش دقت تشخیص زودهنگام 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 کمبود توجه/پیش‌فعالی 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 می‌باشند. یکی از نگرانی‌های روزافزونی که اکنون وجود دارد به سموم محیطی موجود در زنجیره غذایی مربوط است. شیوع خشونت و همچنین سوءاستفاده‌های فیزیکی، احساسی و جنسی از کودکان نیز رو به افزایش بوده است. پس از یازدهم سپتامبر سال ۲۰۰۱ و تخریب مرکز تجارت جهانی، وحشت از تروریسم سبب افزایش سطح اضطراب در بسیاری از خانواده‌ها و کودکان شده است.

فصل ۱

جمعیت و فرهنگ:

مراقبت از کودکان در جامعه

در ایالات متحده، که جامعه‌ای با تنوع قومی و فرهنگی است، چالش‌های بی‌شماری در زمینه‌های طبی، رشدی، و روانی - اجتماعی پیش روی متخصصین طب اطفال و بیماران آنها قرار دارد. درک و اطلاع از شیوع مشکلات طبی و عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی مؤثر بر این مشکلات برای 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 افزایش پیدا می‌کند. 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 باعث تبعیض بین کودکان نشود.

چالش‌های کنونی

چالش‌های کنونی در زمینه مراقبت از کودکان عبارت‌اند از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی؛ تفاوت‌های بهداشتی زندگی اجتماعی، شناختی، و هیجانی کودکان در چارچوب خانواده و اجتماع؛ و عوامل محیطی که دستیابی به نتایج

متخصصین طب اطفال 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 بیماران تغییر کند. در برخی برنامه‌ها از وکلایی تمام‌وقت بهره گرفته شده است تا در زمینه مسائل حقوقی مربوط به تحصیل دانش‌آموزان استثنایی در مدارس، تهیه سرپناه برای کودکان و مسائل مرتبط با مهاجرت فعالیت نموده و چالش‌های موجود در جامعه را منعکس نمایند. هر چند بهداشت مدارس و درمانگاه‌های بهداشتی دایر 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 الکلیسم، افسردگی، چاقی، هیپرتانسیون، و انواع هیپرلیپیدمی، به شکل روزافزونی شناخته می‌شوند. وضعیت مادر می‌تواند جنین را متأثر سازد. نوزادانی که به علت سوءتغذیه مادر از جثه کوچک‌تر و وزن هنگام تولد کمتری برخوردارند، بعدها بیشتر دچار بیماری‌های عروقی کرونر، سکته 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 افزایش پیدا می‌کند.

وضعیت بهداشتی کودکان آمریکا

چالش‌های پیچیده بهداشتی، اقتصادی و روانی - اجتماعی تأثیر عمیقی بر بهداشت و سلامت کودکان دارند. این چالش عبارتند از:

- پوشش بیمه بهداشتی. از میان ۹۲ میلیون کودک زیر ۲۱ سال (۲۰۰۶)، ۸/۸ درصد برای یک سال کامل تحت هیچ پوشش بیمه درمانی نیستند. همچنین ۱۳ درصد (حدود ۱۲ میلیون نفر) نیز در دوره‌ای از سال فاقد بیمه بهداشتی هستند. به علاوه تخمین زده می‌شود که ۱۰ تا

۲۰ میلیون فرد فاقد بیمه باشند. بسیاری از کودکان (علی‌رغم بیمه‌های عمومی) واکسن‌های توصیه شده را دریافت نمی‌کنند (در سال ۲۰۰۶، ۴۰ درصد از ایالت‌ها واکسن منگوکوک و ۱۷ درصد از ایالت‌ها واکسن پنوموکوک را پوشش نمی‌دادند). بیمه‌هایی که کارفرمایان برای کارکنان خود در محل کار فراهم می‌کنند، به نحو قابل توجهی در حفاصل سال‌های ۱۹۸۴ تا ۲۰۰۶ کاهش یافته‌اند. هرچند درصد پوشش Medicaid و برنامه دولتی بیمه سلامتی کودکان (SCHIP) در طول این دوره افزایش یافته است (این بیمه‌ها ۷۲ درصد از کودکان خانواده‌هایی که درآمد آنها ۱۰۰ درصد بالاتر از خط فقر است و ۹ درصد از کودکان خانواده‌هایی که درآمد آنها ۲۰۰ درصد بالاتر از خط فقر است را پوشش می‌دهند)، اما حدود ۱/۷ میلیون کودک به علت عدم تمکن خانواده‌ها جهت تهیه این بیمه‌ها، قادر به دریافت مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز خود نیستند، همچنین حدود ۲/۵ میلیون کودک به علت نگرانی‌های موجود در مورد هزینه‌ها، مراقبت‌های بهداشتی را دیر دریافت می‌کنند. ۲۳ درصد از کودکان بیمه نشده، تحت مراقبت‌های دندان‌دانی قرار نمی‌گیرند، این میزان در کودکانی که تحت بیمه‌های خصوصی قرار دارند ۴ درصد و در کودکانی که تحت بیمه Medicaid یا سایر بیمه‌های دولتی قرار دارند ۷ درصد است.

در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، ایالات متحده بیشترین درصد کودکان فقیر را دارد (۲۶ درصد).

- دسترسی به مراقبت‌های اولیه. نظر آکادمی اطفال آمریکا این است که تمام کودکان دارای خانه بهداشتی باشند که تیم پزشکی و متخصصین اطفال بتوانند در آن‌جا خدمات درمانی و اقدامات درمانی مورد نیاز را ارائه دهند. متأسفانه بسیاری سازمان‌های مربوطه (چه کوچک و چه بزرگ) فاقد امکانات لازم جهت ارائه کل خدمات مستقر در مفهوم خانه بهداشت هستند. چنانچه کودک تحت پوشش بیمه‌های سلامت نباشد، احتمال این که در دوره‌ای ۲ ساله توسط پزشک ویزیت نشود بیشتر است.

- مراقبت‌های پری‌ناتال و پره‌ناتال. ۸۴ درصد از زنان (۸۵/۴ درصد از زنان سفیدپوست، ۷۷/۵ درصد از زنان لاتینی‌تبار و ۷۶/۴ درصد از زنان آمریکایی آفریقایی‌تبار) در سه ماهه نخست بارداری مراقبت‌های

هر ۱۰۰ تولد زنده بود؛ این میزان در سال ۱۹۸۰، ۱۳۹٫۷ مورد به ازای هر ۱۰۰ تولد زنده بود. در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵، ۵۷۵٫۰۰۰ زن برای سقط طبعی از میفهریستون استفاده کردند. استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نیز در میان زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله افزایش یافته است (۲۴٪ در سال ۱۹۸۲ و ۳۱٪ در سال ۲۰۰۲).

● **مرگ‌ومیر شیرخواران.** نرخ مرگ‌ومیر شیرخواران از سال ۱۹۶۰ تاکنون حدود ۷۴ درصد کاهش یافته است؛ این میزان کاهش در زنان سفیدپوست و غیر سفیدپوست یکسان بوده است. با این حال، اختلاف موجود بین گروه‌های نژادی از بین نرفته است. در سال ۲۰۰۶ نرخ مرگ‌ومیر شیرخواران در زنان سفیدپوست ۵٫۵۷ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده، در لاتینی تبارها ۵٫۴۹ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده و در آمریکایی‌های آفریقایی تبار ۱۳٫۳۵ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده بود. در سال ۲۰۰۴، ایالات متحده از نظر نرخ مرگ‌ومیر شیرخواران در مقام ۲۹ جهان قرار داشت. تفاوت موجود بین ایالت‌های مختلف قابل توجه است. در سال ۲۰۰۴، ماساچوست (۴٫۸۰ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده) و ورمونت (۴٫۶۰ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده) بالاترین و می‌سی‌سی‌پی (۱۰٫۳۲ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده) و منطقه کلمبیا (۱۱٫۴۲ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده) پایین‌ترین نرخ مرگ‌ومیر شیرخواران را داشته‌اند. در دو ناحیه اخیر، نرخ مرگ‌ومیر شیرخواران مشابه کشورهای در حال توسعه است.

● **آغاز و ادامه تغذیه یا شیر مادر.** ۷۴ درصد از زنان پس از تولد نوزاد، وی را با شیر خود تغذیه می‌کنند. احتمال آغاز تغذیه با شیر مادر در زنانی که دارای مدرک کارشناسی هستند بیشتر است (۸۰٪)؛ این احتمال در نوجوانان کمتر می‌باشد (۵۱٪). نرخ تغذیه با شیر مادر در بین گروه‌های نژادی مختلف متفاوت است (در لاتینی تبارها ۸۱ درصد، در سفیدپوستان ۷۷ درصد و در آمریکاییان آفریقایی تبار ۶۱ درصد). ۴۲ درصد از زنان شیردهی را تا ۶ ماه و ۲۱ درصد نیز تا ۱۲ ماه ادامه می‌دهند.

● **علت مرگ در کودکان آمریکایی.** به‌طور کلی علل مرگ کودکان آمریکایی (۱ تا ۹ ساله) در سال ۲۰۰۵ به ترتیب

پره‌ناتال را دریافت می‌دارند. استعمال سیگار در دوران بارداری از ۱۹٫۵ درصد در حدفاصل سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۱ به ۱۶٫۴ درصد در سال ۲۰۰۷ رسیده است. حدود ۵٫۲ درصد از زنان باردار (۷٫۲ درصد از زنان باردار ۱۸ تا ۲۵ ساله) از داروهای غیرمجاز استفاده می‌کنند؛ شیوع مصرف الکل در زنان بارداری ۱۱٫۶ درصد است. شیوع مصرف افراطی الکل در کل زنان باردار ۳٫۷ درصد و در سه ماهه نخست ۶٫۶ درصد است.

● **تولدها.** در سال ۲۰۰۶ حدود ۴ میلیون تولد در ایالات متحده ثبت شد. ۳۸ درصد از تولدها مربوط به زنانی بود که ازدواج نکرده بودند، در سال ۱۹۹۰، تعداد تولدها در زنان اسپانیایی تبار بیش از یک میلیون مورد (۱۵ درصد از کل تولدها) بود؛ این میزان بیش از هر قوم و نژاد دیگر است.

● **زایمان سزارین.** در حال حاضر ۳۱ درصد از زایمان‌ها به این طریق صورت می‌گیرد که نشانگر افزایشی ۳۳ درصدی از سال ۱۹۹۶ است. نرخ زایمان سزارین در میان زنان سفیدپوست، لاتینی تبار و آفریقایی تبار متفاوت است.

● **زایمان پره‌توم.** بروز زایمان پره‌توم (زایمان پیش از هفته ۳۷) از دهه ۱۹۸۰ به این سو افزایش یافته است (۱۱٫۷ درصد در زنان سفیدپوست، ۱۸٫۴ درصد در آمریکایی‌های آفریقایی تبار و ۱۲٫۴ درصد در لاتینی تبارها). نرخ بروز وزن کم هنگام تولد (۲۵۰۰ گرم یا کمتر) نیز افزایش یافته است (۸٫۳ درصد از تمام نوزادان)، اما وزن بسیار کم هنگام تولد (۱۵۰۰ گرم یا کمتر) از دهه ۱۹۹۰ به این سو ثابت مانده است (۱٫۵ درصد).

● **نرخ زایمان در نوجوانان.** پیش از سال ۲۰۰۶، نرخ زایمان در میان نوجوانان به‌طور پیوسته از سال ۱۹۹۰ رو به کاهش بود. در حد فاصل سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶ نرخ تولد در میان جوانترین جمعیت نوجوانان (۱۰ تا ۱۴ سال) با اندکی کاهش از ۰٫۷ در هر هزار نفر به ۰٫۶ در هر هزار نفر رسید.

● **سقط در نوجوانان.** در سال ۲۰۰۴، ۱٫۲۲۲٫۰۰۰ مورد سقط انجام شد که در مقایسه با اوج میزان سقط در سال ۱۹۹۰ (۱٫۶۰۹٫۰۰۰ سقط) کاهشی قابل توجه را نشان می‌دهد. در حد فاصل سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶، نرخ سقط در نوجوانان کمتر از ۱۵ سال ۷۰٫۸ مورد به ازای

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 نئوپلاسم‌های بدخیم دیگرکشی بیماری قلبی
۵-۹	آسیب‌ها و حوادث (صدمات غیر عمد) نئوپلاسم‌های بدخیم اختلالات مادرزادی، دفورم‌اسیون‌ها، و ناهنجاری‌های کروموزومی دیگرکشی بیماری قلبی
۱۰-۱۴	آسیب‌ها و حوادث (صدمات غیر عمد) نئوپلاسم‌های بدخیم خودکشی دیگرکشی اختلالات مادرزادی، دفورم‌اسیون‌ها، و ناهنجاری‌های کروموزومی
۱۵-۱۹	آسیب‌ها و حوادث (صدمات غیر عمد) دیگرکشی خودکشی نئوپلاسم‌های بدخیم بیماری قلبی

نابرابری‌های وضعیت سلامت^۱ 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 می‌ماند. 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، کنترل

شیوع عبارت بودند از: حوادث (صدمات غیر عمد)، قتل، نئوپلاسم‌های بدخیم، خودکشی و ناهنجاری‌های مادرزادی (جدول ۱-۱). میزان مرگ‌ومیر ناشی از تمام علل فوق‌اندکی بهبود یافته است. ۶۱ درصد از مرگ‌ها ناشی از خشونت، ۳۳ درصد ناشی از تروما، ۱۱ درصد ناشی از قتل و ۷ درصد ناشی از خودکشی هستند. بسیاری از مرگ‌ها با سوء مصرف الکل در ارتباط هستند. در تصادفات رانندگی، دوسوم از مرگ‌ومیر کودکان (۱۴ سال \leq) مربوط به مصرف الکل توسط راننده است.

● **بستری کودکان و نوجوانان در بیمارستان.** ۴۵ درصد از بستری‌ها بنا به علل غیر اورژانسی است. ۴۴ درصد از کودکان از بخش اورژانس بستری می‌شوند. شایع‌ترین علت بستری کودکان ۳ تا ۵ ساله و ۶ تا ۱۲ ساله آسم است. ۷٫۳ درصد از کل بستری‌ها ناشی از اختلالات ذهنی (متال) است. اختلالات ذهنی شایع‌ترین علت بستری کودکان ۱۳ تا ۱۷ ساله است.

● **چالش‌های فراوری سلامت نوجوانان: سوء مصرف مواد.** میزان سوء مصرف مواد در میان دانش‌آموزان دبیرستانی آمریکا بسیار قابل توجه است. در سال ۲۰۰۵، ۵۰ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی گزارشی از مصرف سیگار را ذکر می‌کردند؛ حدود ۱۱ درصد از این دانش‌آموزان بیش از ۱۰ نخ در روز مصرف می‌نمودند. بیش از ۳۳ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی حشیش، ۴۳ درصد الکل (۲۵ درصد بیش از ۵ بار در ماه الکل می‌نوشیدند)، ۱۲ درصد مواد استنشاقی، ۸٫۵ درصد مواد توهم‌زا، ۶٫۳ درصد اکستازی (MDMA)، ۶ درصد متامفامین، ۲ درصد هروئین و ۲ درصد از مواد مخدر تریقی استفاده می‌نمودند.

● **کودکان پرورشگاهی.** در حال حاضر حدود ۵۰۰،۰۰۰ کودک در پرورشگاه‌ها زندگی می‌کنند. سالانه حدود ۲۵،۰۰۰ نفر از این کودکان بایستی پرورشگاه‌ها را ترک نمایند. از این میان، ۲۵ تا ۵۰ درصد با بیکاری و ریا بی‌خانمانی دست و پنجه نرم کرده، نمی‌توانند تحصیلات دبیرستانی خود را به پایان برسانند. نرخ بروز مشکلات روانی، سوء مصرف مواد و بارداری زودرس (در دختران) بالاست، احتمال تولد نوزادانی با وزن کم هنگام تولد در این افراد بالاست.

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. برای بهبود این وضعیت، باید تعداد کافی پزشک برای ارائه خدمات بهداشت روانی تربیت شود و برنامه‌های بیمه، خدمات بهداشت روانی را مانند خدمات بهداشت جسمی تحت پوشش قرار دهند.

سایر عوامل مهم مؤثر بر سلامت کودکان عبارت‌اند از فقر، بی‌خانمانی، خانواده‌های تک‌والدی، طلاق والدین، 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 سوء مصرف 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. فرهنگ مستلزم تلاش برای درک و شناخت (از دیدگاه بیمار و خانواده‌اش) پرسش‌هایی از این قبیل است:

ماهیت سلامتی چیست؟

افراد چگونه سلامتی خود را حفظ می‌کنند؟

ماهیت بیماری چیست؟

بیماری چگونه عمل می‌کند؟

از کجا می‌آید (منشأ بیماری، سبب‌شناسی)؟

رویکرد به درمان چگونه است؟ و فرجام و نتیجه مورد نظر چیست؟

- خانواده، و مراقبت‌های مناسب بهداشتی و تغذیه‌ای.
- هرچه سطح آموزش و سواد مادران کمتر باشد میزان مرگ و میر شیرخواران بیشتر می‌شود.
- کودکان فقیرتر به احتمال کمتری تا ۴ سالگی واکسن‌های لازم را دریافت می‌کنند و کمتر تحت 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 نسبت به کودکان تحت پوشش بیمه بهداشتی خصوصی کمتر است.
- دسترسی به مراقبت‌های کودکان برای سفیدپوستان غیر اسپانیایی تبار و خانواده‌هایی که درآمد بیشتری دارند آسانتر از اقلیت‌ها و خانواده‌های کم درآمد است.

تغییر زمینه‌های روانی - اجتماعی^۱

- 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 و تأکید بر اینکه فقر و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی می‌بایست یکی از مسائل مهم مورد توجه پزشکان اطفال باشد. این مسائل بهداشتی عبارت‌اند از: مشکلات تحصیلی، ناتوانی‌های یادگیری، و مشکلات توجه؛ اختلالات اضطرابی و خلقی کودک و نوجوان؛ خودکشی و دیگرکشی نوجوانان؛ اسلحه گرم در منزل؛ خشونت در مدرسه؛ HIV؛ اثرات خشونت در رسانه‌ها، چاقی، و فعالیت جنسی؛ مصرف و سوء مصرف مواد به وسیله 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. برآورد می‌شود که پزشکان اطفال فقط ۵۰٪ از مشکلات بهداشت روان را شناسایی می‌کنند. داده‌های مبتنی بر غربالگری در مطب پزشکان اطفال نشان می‌دهد که

فصل ۲

کار حرفه‌ای (حرفه‌ای‌گری)

مفهوم کار حرفه‌ای^۳

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، که وظیفه آنها برقراری عدالت فردی و اجتماعی و مصلحت عمومی است، 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 که اختیار تحقیق و بررسی در خطاهای پزشکی را دارند، معیارهای اعطا و لغو پروانه‌ای پزشکی را وضع می‌کنند. دولت فدرال در تأمین مستقیم بودجه مراقبت‌های طبی و تعیین معیارهای ارائه خدمات، که شامل برنامه‌های ملی نظیر «بیمهٔ محرومان» (Medicare) و «بیمهٔ سالمندان» (Medicaid) و «اداره دارو و غذا» (FDA) است، نقش فزاینده‌ای بر عهده می‌گیرد. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ضوابط رفتار پزشکان را در هدایت و انجام پژوهش‌ها مشخص می‌کند که هدف آنها حفاظت از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش‌ها است. «قانون کیفیت مراقبت‌های بهداشتی»^۴ مصوب ۱۹۸۶ به دولت مرکزی اجازهٔ تأسیس «بانک اطلاعات ملی پزشکان»^۵ را داد که در سال ۱۹۹۰ شروع به کار کرد. این بانک اطلاعاتی حاوی اطلاعات مربوط به پزشکان (و سایر بالینگران مراقبت‌های بهداشتی) است که به وسیله هیأت‌های ایالتی صدور پروانه،

پرس و جوی 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^۱ و جایگزین^۲ (طب نامتعارف) (CAM) بخشی از دیدگاه فرهنگی وسیع را تشکیل می‌دهند. تخمین زده می‌شود که ۲۰ تا ۳۰٪ از تمام کودکان از شکل‌های مختلف طب نامتعارف استفاده می‌کنند؛ ۵۰ تا ۷۵٪ از نوجوانان نیز از طب نامتعارف استفاده می‌کنند. از میان کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، ۳۰ تا ۷۰٪ آنها از درمان‌های طب نامتعارف استفاده می‌کنند (مخصوصاً برای آسم و فیبروز کیستیک)، در حالیکه فقط ۳۰ تا ۶۰٪ از کودکان و خانواده‌ها درباره استفاده از طب نامتعارف به پزشک خود اطلاع می‌دهند. شیوه‌های درمانی طب نامتعارف عبارت‌اند از روش‌های بیوشیمیایی، شیوه و سبک زندگی، درمان‌های بیومکانیکی، بیوانرژتیک، و هومئوپاتی. بعضی از این روش‌ها ممکن است مؤثر باشند، در حالیکه بقیه آنها ممکن است بی‌فایده یا حتی خطرناک باشند.

تا سال ۲۰۲۳ تقریباً نیمی از کودکان ایالات متحده از قومیت‌های لاتین، سیاهپوست، آسیایی، یا بومیان آمریکا خواهند بود. این تغییر در بسیاری از ایالت‌ها قبلاً رخ داده است. تغییرات سریع و جابجایی‌های دموگرافیک در جمعیت‌ها این احتمال را ایجاد می‌کند که پزشکان اطفال با بسیاری از هویت‌های فرهنگی متفاوت مواجه شوند. درک شیوه‌ها و باورهای بهداشتی بیمار و خانواده، پزشکان اطفال را قادر می‌سازد تا مراقبت‌های بهداشتی بهتری را ارائه کنند.

1- Complementary

2- Alternative medicine

3- Professionalism

4- Health Care Quality Act

5- National Practitioner Data Bank

حرفه‌ای‌گری برای پزشکان اطفال

هیئت طب اطفال آمریکا در سال ۲۰۰۰ معیارهای حرفه‌ای را وضع کرد و 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 پاسخ گوید. همدلی صحیح و تلاش برای برطرف کردن درد، ناراحتی، و اضطراب باید بخشی از فعالیت‌های روزمره در طب اطفال باشد.

انجمن‌های حرفه‌ای (محلی یا ملی)، 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^۱) و تحصیلات عالی تکمیلی (هیئت تعیین اعتبار آموزش پزشکی عالی^۲ [ACGME]) وجود دارند. ACGME شامل کمیته‌های مؤسسی 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 برخواست خود.

هسته اصلی حرفه‌ای‌گری در اشتغال هر روزه پزشک به امر درمان نهفته است و رابطه میان پزشک و بیمار را در برمی‌گیرد. هدف از این ارتباط، عمل به بهترین وجه ممکن به میل بیمار و با استفاده از تمام تجارب موجود در زمینه‌های فن‌آوری، علمی، و انسانی می‌باشد. 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.

اقدامات ناشایست تعدادی از پزشکان مشغول طبابت، محققین رشته پزشکی، و پزشکان صاحب قدرت و مناصب 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.

AAP، «هیئت طب اطفال آمریکا»، «هیئت طب داخلی آمریکا»، «کمیته مشترک برای آموزش پزشکی»، «طرح اهداف دانشجویان پزشکی در همبستگی کالج‌های پزشکی آمریکا»، و ACGME در «پروژه فرجام‌ها^۳» خود بر لزوم توجه بیش از پیش به حرفه‌ای‌گری در کار طبابت و در آموزش پزشکان تأکید کرده‌اند.

1- Liaison Committee on Medical Education

2- Accreditation Council for Graduate Medical Education

3- Outcomes Project

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 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. برای مثال می‌توان به دختر نوجوانی اشاره کرد که در صدد کسب اطلاعات درباره جلوگیری از بارداری است و از پزشک اطفال در این رابطه دارویی را طلب می‌کند و در عین حال می‌پندارد که این اطلاعات محرمانه باقی بمانند. در این زمینه قوانین شفافی وجود دارند که از اصل **رازداری**^۱ 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**^۲، 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**^۳ 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

- **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 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 ارائه‌دهندگان 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

جنبه‌های اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی ریشه در فرآیندی دارند که به موجب آن بیماران، اعضای خانواده آنها، و بالینگران، از طریق ایجاد توازن میان ارزش‌های فردی، خانوادگی، فرهنگی / مذهبی / معنوی، و حرفه‌ای، در اتخاذ تصمیمات پزشکی مشارکت می‌کنند. این ارزش‌ها به انتخاب‌هایی درباره مراقبت‌های پزشکی منجر می‌شوند. تصمیم‌گیری اخلاقی 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

1- Confidentiality

2- autonomy

3- paternalism

تعداد اندکی نیز ممکن است از ایمن‌سازی کودکان خود اجتناب کنند. 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 ≤ 18 سال) از نظر تصمیم‌گیری در مورد سلامتی خود، خودمختار تلقی می‌شوند. برای اینکه 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

باشد. این شرایط معمولاً عبارت‌اند از وضعیت‌های اورژانس، 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^۱ (کردار نیک)، خودداری از بدسرشتی^۲ (آسیب نرساندن یا رساندن حداقل آسیب ممکن)، و عدالت^۳ (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 (رک. به فصل ۴). این اصول در مورد بیماران واجد صلاحیت صدق می‌کنند، که توانایی تصمیم‌گیری و شرکت در فرآیند رضایت آگاهانه را دارند.

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 (≤ 18 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

1- beneficence
3- justice

2- nonmaleficence

و سایر بیماری‌های مسری، حاملگی (شامل جلوگیری با استفاده از کنترل موالید)، برخی بیماری‌های روانی، و سوء مصرف 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 بیاندازند محدود شود و موانع رسیدن به درمان برخی از بیماری‌های خاص از بین بروند.

مسائل اخلاقی در طبابت

در اکثر موارد، کسی که برای کودکان خردسال تصمیم می‌گیرد پدر و مادر یا قیم آنها است. 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 پی‌آمدهای قابل انتظار داشته باشند. درک بیمار از وضعیت بالینی، چگونگی پاسخدهی بیمار، و عواملی که 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 صادقانه و 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. رازداری میان پزشک و بیمار یکی از ارزش‌های مهم حرفه پزشکی است. برای توضیح در مورد رازداری در مراقبت از نوجوانان، فصل ۶۷ را ملاحظه کنید.

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 پزشک اطفال است که افراد صغیر را از حق آنها در حفظ اسرارشان مطلع کند و تحت قوانین نظارتی HIPAA به آنها کمک کند تا این حقوق را تمرین کنند.

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 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 مقننه 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، والدهستند، جدا از والدینشان زندگی می‌کنند و از نظر مالی مستقل هستند، یا دادگاه آنها را آزاد اعلام کرده است.
- **مصالح ایالتی (سلامت همگانی).** هیئت‌های مقننه ایالتی به این نتیجه رسیده‌اند که افراد صغیری که شرایط طبی خاصی دارند، نظیر عفونت‌های منتقله از راه جنسی

موضوعات مذهبی و اخلاقی

وقتی اصول مذهبی با سلامتی و رفاه کودک تداخل می‌کنند، وظیفه پزشک اطفال این است که براساس بهترین مصالح کودک عمل کند. آزادی مذاهب نباید سبب شود که به کودکان آسیبی برسد. 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 کودکان 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 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.

مسائل اخلاقی در غربالگری و آزمایش

ژنتیکی کودکان

هدف از غربالگری^۱، 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 برای فرد مورد آزمایش و سایر اعضای خانواده‌اش دارند. بعضی از غربالگری‌های ژنتیکی (کم‌خونی سلول داسی شکل یا فیبروز کیستیک) ممکن است یک حالت حامل^۲ 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). رازداری، منفعت، و بهترین مصالح کودک، اصول اخلاقی هستند که در چنین تصمیم‌گیری اهمیت دارند. 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.

فصل ۴

مراقبت‌های تسکینی و موضوعات
مربوط به انتهای حیات

مرگ یک کودک، یکی از سخت‌ترین تجربیات زندگی است. **مراقبت طبی تسکینی**^۱ هنگامی برای یک کودک انجام می‌شود که روش‌های تشخیصی 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 نزدیکتر 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 مراقبت‌های طبی تسکینی است. کودکان نیازمند مراقبت‌های طبی تسکینی به چهار گروه اصلی تقسیم می‌شوند (جدول ۱-۴). 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، فرهنگی و مذهبی 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

جدول ۱-۴. شرایط مناسب برای مراقبت‌های تسکینی از اطفال*

بیماری‌هایی که امکان درمان علاج‌بخش برای آنها وجود دارد ولی ممکن است با شکست مواجه شود سرطان پیشرفته یا پیشرونده یا سرطانی که پیش‌آگهی ضعیفی دارد بیماری قلبی پیچیده و شدید مادرزادی یا اکتسابی
بیماری‌هایی که به منظور حفظ کیفیت زندگی، به درمان ویژه و درازمدت احتیاج دارند عفونت با ویروس نقص ایمنی انسان فیروز کیستیک اختلالات شدید گوارشی یا مالفورماسیون‌هایی نظیر گاستروشیزی ایدرومولیز تاولی شدید نقایص شدید ایمنی نارسایی کلیوی در مواردی که دیالیز، پیوند یا هر دو برای آنها امکان‌پذیر یا لازم نیست نارسایی تنفسی مزمن یا شدید دیستروفی عضلانی
بیماری‌های پیشرونده‌ای که پس از تشخیص، درمان آنها منحصراً تسکینی است اختلالات متابولیک پیشرونده برخی از ناهنجاری‌های کروموزومی، نظیر تریزومی ۱۳ و یا تریزومی ۱۸ شکل‌های شدید اوستئوزنر ایمیرفتکا
بیماری‌های دربرگیرنده ناتوانی شدید و غیرپیشرونده، که سبب آسیب‌پذیری مفرط در مقابل عوارض سلامتی می‌شوند فلج مغزی شدید همراه با بروز مکرر عفونت یا علائمی که کنترل آنها دشوار است نارسی بیش از حد عوارض عصبی شدید متعاقب بیماری عفونی آسیب مغزی هیپوکسیک یا آنوکسیک هولوپروزنسفالی یا سایر مالفورماسیون‌های شدید مغزی
* مرگ زود هنگام در اثر بسیاری از این شرایط، محتمل یا قابل پیش‌بینی است.

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 پیچیده‌تر می‌شوند. نیاز به تحقیق درباره احتمال بدرقتاری با کودک یا سهل‌انگاری، خانواده را در معرض پرس‌وجوی شدیدی

(دستورالعمل‌های پیشاپیش)، به عنوان بخشی از برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی، باید با مشارکت کودک و والدین معین 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، از به‌وجود آمدن یک وضعیت خصمانه جلوگیری شود. **هیئت بررسی مسائل اخلاقی در بیمارستان** و خدمات مشاوره‌ای از منابع مهم برای کمک به پزشک اطفال و اعضای خانواده به‌شمار می‌روند.

- دسترسی به مراقبت‌های تسکینی جامع و 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. 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.
- 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 بداند.

- 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. خواهربرادران 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.

قرار می‌دهد و ممکن است سبب برانگیختن احساس گناه یا خشم نسبت به گروه پزشکی شود.

اصول مراقبت‌های تسکینی و انتهای حیات

هدف از مراقبت‌های تسکینی، کاهش علایم 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، کاهش تهوع و استفراغ، انسداد روده، تنگی نفس و خستگی. اجراء روانی مراقبت‌های تسکینی نیز اهمیت فوق‌العاده‌ای دارند و عبارتند 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:

- 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 بطور ابتدایی بفهمند که بدن چگونه کار می‌کند و روش درمانی را که بیشتر دوست دارند انتخاب نمایند. نوجوانان از نظر شناختی پیشرفته‌تر هستند و در سن ۱۴ سالگی می‌توانند در روند تصمیم‌گیری دخالت کنند (ر.ک. به فصل ۱۲). پزشک اطفال باید به بیمار و خانواده کمک کند تا بتوانند تشخیص، انتخاب‌های درمان، و پیش‌آگهی را بفهمند. پزشک اطفال باید اولویتها 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^۱**

روانی تعریف می‌شود. این واکنش، یک پاسخ تطابقی طبیعی انسان نسبت به مرگ است. مراقبت‌های تسکینی به واکنش سوگواری نیز می‌پردازند. بررسی منابع حمایت خانواده و آسیب‌پذیری آنها قبل از وقوع مرگ در روند مراقبت تسکینی نقش اصلی ایفا می‌کند.

سوگواری والدین نسبت به سایر انواع سوگواری شدیدتر و طولانی‌تر است. اکثر والدین قادر به کنترل سوگواری خود هستند. سوگواری دچار عارضه، یک تظاهر آسیب‌شناختی از واکنش سوگواری مداوم و ناتوان‌کننده است که نادر می‌باشد. والدینی که طی بیماری فرزندشان مشکل خود را با دیگران مطرح ساخته‌اند، یا والدینی که طی آخرین ماههای حیات فرزندشان به حمایت‌های روانی دسترسی داشته‌اند و والدینی که جلسات ختم درمان با کادر پزشکی داشته‌اند، بیشتر می‌توانند سوگواری خود را کنترل کنند.

یک موضوع بویژه دشوار برای والدین این است که آیا با کودکان در مورد مرگ قریب‌الوقوع صحبت کنند یا خیر. اگرچه شواهد نشان می‌دهند در میان گذاشتن اطلاعات دقیق و صحیح با کودک رو به مرگ مفید می‌باشد، اما در مورد هر بیمار با توجه به سن کودک، میزان تکامل شناختی، نوع بیماری، دوره زمانی بیماری و وضعیت روانی والدین باید تصمیم گرفت. والدین بیشتر امکان دارد از صحبت نکردن با کودک درباره مرگ پشیمان شوند تا صحبت کردن از آن. کسانی که با کودکان درباره مرگ صحبت نکرده‌اند، والدینی که احساس می‌کنند کودکان از مرگ قریب‌الوقوع آگاهی دارد، والدین کودک بزرگتر، و مادران نسبت به پدران بیشتر احساس پشیمانی می‌کنند.

مسائل شناختی در کودکان و نوجوانان: درک مرگ و احتضار

پزشک اطفال باید درباره آنچه که در حال اتفاق افتادن است به کودکان توضیح دهد و برای تشریح سلامتی و بیماری از مفاهیمی استفاده کند که متناسب با سطح درک و رشد آنها باشد تا به برقراری چارچوب گفتگو با کودکان کمک کند و نیز به والدین کمک کند تا سطح رشدی فرزند خود را درک کنند. با استفاده از دیدگاه رشدشناختی براساس نظر پیاژه، درک کودک از مرگ و بیماری را می‌توان تحت عناوین

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 کودکان، فرصت دادن به خانواده برای بازگشت به بیمارستان، و تعیین زمان مراسم یادبود برای کودک فوت‌شده.

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 مناسب را شناسید، و پاسخ‌های بیمار و اعضای خانواده به برنامه‌های درمان را ارزیابی نمود. گاهی در پی تلاش با موفقیت نسبی در کنترل علائم یک کودک در حال مرگ یا تفاوت در زمان فهمیدن مرگ قریب‌الوقوع کودک بین والدین و پزشکان مسائلی ایجاد می‌شود. توافق در این موارد سبب ارائه مراقبت‌های تسکینی بهتر از دیدگاه طبی و روانی - اجتماعی می‌شود.

مراقبت در آسایشگاه^۱ یک برنامه درمانی برای بیماران رو به مرگ است و شامل دامنه‌ای از خدمات مراقبت‌های تسکینی است که معمولاً توسط یک گروه چند رشته‌ای ارائه می‌شود. این متخصصین شامل افرادی نظیر روحانیون و متخصصین سوگواری می‌باشد. بسیاری از شرکت‌های بیمه این خدمات را تحت پوشش قرار نمی‌دهند. افراد کمتر از ۱۷ سال تنها ۰/۴٪ از موارد مراقبت در آسایشگاه را تشکیل می‌دهند. بطور مشخص، از الگوی "بیمه خدمات درمانی محرومان"^۲ در بالغین برای ارائه خدمات مراقبت در آسایشگاه استفاده می‌شود. براساس این الگو، پیش‌آگهی وقوع مرگ باید کمتر از ۶ ماه باشد و جهت استفاده از خدمات مراقبت آسایشگاهی باید تلاش‌های درمانی جهت کودک قطع گردد. اخیراً، بعضی ایالات از الگوی جایگزینی برای اطفال استفاده کرده‌اند که اجازه تداوم تلاش‌های درمانی طی استفاده از خدمات هماهنگ انتهای زندگی را می‌دهد.

عزاداری

عزاداری^۳ فرآیند روانی و مذهبی تطابق با مرگ در کودک و خانواده‌اش است. **سوگواری^۴** بعنوان یک پاسخ احساسی نسبت به فقدان چیزی، درد، وضعیت ناگوار و رنج جسمی و

1. hospice care
3. bereavement

2. medicare
4. grief

Kelly Hetherington, MD

Allergy Fellow, Department of Pediatrics/Internal Medicine, University of Washington School of Medicine; Allergy Fellow, Children's Hospital and Regional Medical Center, Seattle, Washington

Allergy

Nicholas Jospic, MD

Professor of Pediatrics; Chief, Pediatric Endocrinology, University of Rochester, Rochester, New York

Endocrinology

Nancy E. Krebs, MD, MS

Professor of Pediatrics, University of Colorado Denver, Aurora; Medical Director, Department of Nutrition, The Children's Hospital, Aurora, Colorado

Pediatric Nutrition and Nutritional Disorders

Mary V. Lasley, MD

Clinical Assistant Professor, Department of Pediatrics, University of Washington School of Medicine; Private Practice, Northwest Asthma and Allergy Center, Seattle, Washington

Allergy

K. Jane Lee, MD, MA

Assistant Professor, Pediatrics (Critical Care) and Population Health (Bioethics), Medical College of Wisconsin; Associate Director PICU, Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

The Acutely Ill or Injured Child

David A. Levine, MD

Chief, Division of Predoctoral Education; Associate Professor of Clinical Pediatrics, Department of Pediatrics, Morehouse School of Medicine, Atlanta Georgia

Growth and Development

Paul A. Levy, MD, FAAP, FACMG

Assistant Professor of Pediatrics and Pathology, Albert Einstein College of Medicine; Assistant Professor of Pediatrics and Pathology, Children's Hospital of Montefiore, Bronx, New York

Human Genetics and Dysmorphology

Donald W. Lewis, MD, FAAP, FAAS

Professor and Chairman, Department of Pediatrics, Eastern Virginia Medical School; Senior Vice President for Academic Affairs, Children's Hospital of The King's Daughters, Norfolk, Virginia

Neurology

Valerie B. Lyon, MD

Assistant Professor, Departments of Dermatology and Pediatrics, Medical College of Wisconsin, Pediatric Dermatologic Surgery and Skin Oncology, Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

Dermatology

John D. Mahan, MD

Professor of Pediatrics, Vice Chairman for Education, The Ohio State University College of Medicine; Program Director, Pediatric Residency and Pediatric Nephrology Fellowship Programs, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio

Nephrology and Urology

Karen J. Maredante, MD

Professor and Vice Chair of Education, Department of Pediatrics, Medical College of Wisconsin; Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

The Acutely Ill or Injured Child

Robert W. Marion, MD

Ruth L., Gottesman Professor of Developmental Pediatrics, Pediatrics, Obstetrics, Gynecology, and Women's Health, Albert Einstein College of Medicine; Chief, Divisions of Genetics and Developmental Medicine, Children's Hospital at Montefiore, Bronx; Director of Genetics, Blythedale Children's Hospital, Valhalla, New York

Human Genetics and Dysmorphology

Susan G. Marshall, MD

Associate Dean for Curriculum, University of Washington School of Medicine; Attending Physician, Pediatric Pulmonary Division, Seattle Children's Hospital; Associate Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington

The Respiratory System

Thomas W. Mclean, MD

Associate Professor of Pediatrics, Wake Forest University School of Medicine; Department of Pediatrics, Brenner Children's Hospital, Winston-Salem, North Carolina

oncology

Julie A. Panepinto, MD, MSPH

Associate Professor of Pediatrics, Medical College of Wisconsin and The Children's Research Institute of the Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

Hematology

Russell Scheffer, MD

Chair, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences; Professor, Department of Pediatrics, University of Kansas School of Medicine-Wichita; Medical Director, Behavioral Health, Via Christi Hospitals, Wichita, Kansas

Psychiatric Disorders

Daniel S. Schneider, MD

Associate Professor of Pediatrics, University of Virginia; Director, Pediatric Cardiology Noninvasive Laboratory, Children's Hospital Heart Center, University of Virginia, Charlottesville, Virginia

The Cardiovascular System