

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2022; 16(47): 26

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Ethical Challenges of Caring for Children and Adolescents from the Perspective of Pediatricians

Zahra Sadeghi¹ , Mojtaba Parsa^{2*}

1. School of Medicine, Tehran University of Medical science, Tehran, Iran.

2. Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Research Center for War-Affected People, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Today, pediatricians face many ethical challenges and dilemmas in clinical practice. The present study has been conducted with the aim of explaining these challenges in the domain of pediatric and adolescent care from the perspective of pediatricians.

Methods: This study has been conducted through qualitative approach and content analysis method in 2022. The samples were selected using purposive sampling method and included 20 pediatricians working at Children's Medical Center Hospital, affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The data were collected through in-depth and semi-structured individual interviews and analyzed using the conventional content analysis approach.

Ethical Considerations: In this study, consent was obtained from the participants before conducting the interviews and none of their names have been published. Besides, the study has been conducted under the code of ethics (IR.TUMS.CHMC.REC.1399.165).

Results: Through analyzing the interviews, three categories of challenges were extracted: "The challenges faced by both children and adolescents", "The challenges exclusively faced by adolescents" and "The challenges existing in the pediatric intensive care unit". The challenges faced by both children and adolescents include three sub-categories: "The factors related to the healthcare staff", "The factors related to parents" and "organizational and policy making issues". The challenges exclusively faced by adolescents include two sub-categories: "The society-related problems" and "The problems related to the healthcare environment". The challenges existing in the pediatric intensive care unit include three sub-categories: "The mental and psychological effects of hospitalization in intensive care units on children, adolescents and parents", "The lack of resources and structural facilities" and "The problems related to dying and recently lost children".

Conclusion: The results of this study indicate that many of the ethical challenges in pediatric medicine either stem from the healthcare staff or parents' unfamiliarity with ethical and legal issues, or are the result of structural problems in the healthcare system such as the lack of executive policies and procedures or the shortage of resources and equipment. Therefore, paying attention to teaching these issues and explaining these policies and procedures, in line with the implementation of the law on the protection of children and adolescents and providing the necessary resources, is the main need and challenge that must be addressed.

Keywords: Ethical Challenge; Care; Child; Adolescent

Corresponding Author: Mojtaba Parsa; **Email:** mparsa@tums.ac.ir

Received: January 18, 2023; **Accepted:** May 15, 2023; **Published Online:** May 31, 2023

Please cite this article as:

Sadeghi Z, Parsa M. Ethical Challenges of Caring for Children and Adolescents from the Perspective of Pediatricians. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2022; 16(47): e26.



چالش‌های اخلاقی مراقبت از کودکان و نوجوانان از دیدگاه متخصصین اطفال

زهرا صادقی^۱، مجتبی پارسا^{۲*}

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، مرکز تحقیقات آسیب‌دیدگان جنگ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه پزشکان کودکان در بالین با چالش‌ها و دوره‌های اخلاقی زیادی رو به رو می‌شوند. پژوهش حاضر با هدف تبیین این چالش‌ها در حوزه مراقبت از کودکان و نوجوانان از دیدگاه متخصصین اطفال انجام شده است.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و ۲۰ نفر از متخصصین اطفال بیمارستان مرکز طبی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران در این مطالعه شرکت داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه فردی عمیق و نیمه‌ساختارمند جمع‌آوری و با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم، تجزیه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی: در این مطالعه از شرکت‌کنندگان برای انجام مصاحبه‌ها رضایت اخذ شده است و اسامی هیچ یک از آنان منتشر نشده و برای انجام مطالعه کد اخلاق (IR.TUMS.CHMC.REC.1399.165) اخذ شده است.

یافته‌ها: با تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها سه گروه چالش‌های «مشترک بین کودکان و نوجوانان»، «خاص نوجوانان» و «خاص بخش مراقبت ویژه کودکان» انتزاع گردید. چالش‌های مشترک بین کودکان و نوجوانان، شامل سه طبقه «عوامل مربوط به کادر درمان»، «عوامل مربوط به والدین» و «مشکلات سیستمی و سیاست‌گذاری» می‌باشد. چالش‌های خاص نوجوانان، شامل دو طبقه مشکلات آنان در «جامعه» و «محیط درمانی» می‌باشد. چالش‌های خاص بخش مراقبت ویژه، شامل سه طبقه «تأثیر روحی و روانی بستری در بخش‌های ویژه بر روی کودک و نوجوان و والدین»، «کمبود منابع و امکانات ساختاری در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان» و «مشکلات کودکان در شرف مرگ و تازه فوت‌شده» می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که بسیاری از چالش‌های اخلاقی در طبابت کودکان ناشی از عدم آشنایی کادر درمان و یا والدین با مسائل اخلاقی و حقوقی در مراقبت از کودکان و یا ناشی از مشکلات ساختاری نظام سلامت، از جمله فقدان خط مشی و رویه‌های اجرایی مشخص و یا کمبود منابع و تجهیزات می‌باشد، لذا توجه به آموزش این مسائل و تبیین این خط مشی‌ها و رویه‌ها در راستای اجرای قانون حمایت از اطفال و نوجوانان و تأمین منابع لازم عمده‌ترین نیازها و چالش‌هایی است که بایستی به آن پرداخته شود.

واژگان کلیدی: چالش اخلاقی؛ مراقبت؛ کودک؛ نوجوان

نویسنده مسئول: مجتبی پارسا؛ پست الکترونیک: mparsa@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۲۵؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Sadeghi Z, Parsa M. Ethical Challenges of Caring for Children and Adolescents from the Perspective of Pediatricians. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e26.

مقدمه

از نظر پیمان‌نامه جهانی حقوق کودک، منظور از کودک، شخص زیر ۱۸ سال است. حدود ۲/۳۴ میلیارد انسان با سن ۱۸ سال و کمتر در جهان وجود دارد که تقریباً یک‌سوم (۳۲ درصد) از جمعیت کل جهان را تشکیل می‌دهند (۱). کودکان در مراجعه به سیستم سلامت باید مورد توجه جدی قرار گیرند و نحوه برخورد و رفتار با کودک می‌بایست طبق اصول اخلاقی و دستورالعمل‌های خاص خودش صورت گیرد (۲). تا حدود سال ۱۹۸۵ تفاوتی بین رعایت موازین اخلاق پزشکی کودکان و بالغین وجود نداشت و همان رویکرد چهار اصل (احترام به اختیار فرد، سودرسانی، عدم ضرررسانی، عدالت) را برای تمام گروه‌ها قائل بودند تا اینکه کمیته اخلاق زیستی انجمن اطفال آمریکا دستورالعمل‌های اخلاقی جهت حل تعارضات اخلاقی موجود در طب کودکان را به عنوان گروه‌های خاص مطرح کرد. آن چیزی که طب کودکان را از بزرگسالان متمایز می‌کند، این است که در اخلاق پزشکی کودکان، خودمختاری مرسوم جای خود را به پدربسالاری توسط تیم پزشکی و والدسالاری سودمند داده است و تصمیم‌گیری به عهده سرپرست قانونی کودک است و کودک حسب ظرفیتی که دارد، در تصمیم‌گیری مشارکت می‌کند (۳). پزشک اطفال یک امانتدار مستقل و متعهد است که باید مصلحت کودک را فرای خواسته‌های والدین در نظر بگیرد. از طرفی برای کودکان بزرگ‌تر مفهوم موافقت (Assent) وجود دارد که نشان می‌دهد خواست کودک نیز اهمیت دارد. این موضوعات باعث ایجاد چالش‌های اخلاقی بین کودک، والدین و پزشک می‌شود (۳)، لذا توجه و احترام به والدین و خواست آن‌ها از یکسو و از سوی دیگر در نظر گرفتن مصالح کودک، حفظ استقلال کودک حسب ظرفیت وی، توجه به ابعاد روان‌شناختی و تکامل کودک همراه با باورهای مذهبی و فرهنگی و شرایط اجتماعی به پیچیدگی بیشتر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در این سنین می‌انجامد (۴). به طور کلی هدف پزشکان اطفال در مواجهه با کودکان، تأمین منافع بهینه و مصلحت کودک از طریق موازنه بین خواست کودک، خواست والدین و علم پزشکی

است و پزشکان کودکان در بالین و در مرحله تصمیم‌گیری و تحقیق‌بخشیدن به این منافع با مشکلات متعدد و چالش‌ها و دوراهی‌های اخلاقی زیادی مواجه می‌شوند (۳). به عنوان مثال در یک مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های دارای بخش اطفال دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، چالش‌هایی مانند تعارض تصمیم‌گیری بین کودک و خانواده او، نحوه دادن خبر بد به کودک و یا خانواده او و نحوه برخورد در مواجهه با موارد سوءاستفاده از کودکان (Child Abuse) از شایع‌ترین مواردی بودند که دستیاران با آن‌ها مواجه شده بودند (۵). در مطالعه دیگری در چند بیمارستان در ایران در سال ۱۳۹۳ مشخص شد که تنها ۵۱ درصد از استانداردهای رفتار با کودک در این بیمارستان‌ها رعایت شده است (۲). در هر صورت به علت ناکافی بودن مطالعات در حوزه کودکان، از منظر اخلاق پزشکی بسیاری از حقوق آنان مغفول و سرگردان مانده است (۶). بدیهی است به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قانونی و مذهبی کشور ما ایران با سایر کشورها باعث به وجود آمدن چالش‌های خاص خود نیز می‌شود، اما به علت کمبود مطالعات کافی در این خصوص، این چالش‌ها به طور کامل شناسایی نشده‌اند و حقوق کودکان هنوز مجهول و ناپیدا مانده، لذا گاهی موازین اخلاقی در حوزه مراقبت از کودکان مراعات نمی‌شود. بدیهی است برای حل هر معضل و چالشی نیاز است که ابتدا آن‌ها تبیین و شناسایی شوند. به این منظور این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های اخلاقی در طب کودکان و نوجوانان از دیدگاه متخصصان کودکان انجام شده است.

روش

این مطالعه پژوهشی کیفی و از نوع تحلیل محتوا است که در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. جامعه مورد پژوهش پزشکان متخصص یا فوق تخصص کودکان شاغل در بیمارستان مرکز طبی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران هستند. علت انتخاب این بیمارستان این است که از تمام کشور، بیماران به آن ارجاع می‌شوند و دارای تمامی بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی و با مراجعین بسیار از قومیت‌ها و فرهنگ‌های

مختلف ایرانی است. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در پژوهش و فعالیت درمانی با مدرک تخصص یا فوق تخصص در مرکز طبی کودکان بود. برای به دست آوردن حداکثر تنوع و اینکه اطلاعات جامع‌تری به دست آید، سعی شد که نمونه‌های مورد مطالعه از تمامی بخش‌های بستری معمولی (الکتیو) و بخش‌های ویژه بیمارستان انتخاب شوند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های فردی عمیق و و نیمه ساختارمند با پزشکان فوق‌الذکر استفاده شد. سؤالاتی که از شرکت‌کنندگان پرسیده شد در خصوص چالش‌های اخلاقی بود که آن‌ها در طبابت خود و در تعامل با کودکان و نوجوانان و والدین آن‌ها در بخش‌های معمولی و یا مراقبت ویژه بیمارستان با آن مواجه شده‌اند. پس از انتخاب محل مصاحبه به انتخاب شرکت‌کننده و کسب رضایت شفاهی و اطمینان‌دادن درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات، مصاحبه‌ها انجام شد. همچنین مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط شد. به طور متوسط هر مصاحبه در حدود ۴۵ دقیقه به طول انجامید. نحوه انتخاب مصاحبه‌شوندگان نیز به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و مصاحبه با پزشکانی که در بخش‌های مختلف شاغل بودند و حتی‌المقدور تجارب بیشتری داشتند، صورت گرفت. نمونه‌گیری تا اشباع اطلاعات ادامه یافت و در مجموع با ۲۰ نفر مصاحبه‌ها به اشباع کامل رسیدند. از بین مصاحبه‌شوندگان ۱۱ نفر زن و ۹ نفر مرد بودند و از نظر رشته تخصصی، ۴ نفر متخصص کودکان و ۱۶ نفر فوق تخصص کودکان در رشته‌های قلب، عفونی، ریه، گوارش، نفرولوژی، روماتولوژی، غدد، خون، نوزادان و مراقبت‌های ویژه بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای عرفی (مرسوم) استفاده شد. روش تحلیل محتوای عرفی معمولاً زمانی استفاده می‌شود که نظریه‌های موجود یا ادبیات پژوهش درباره پدیده‌های مورد مطالعه محدود باشد. در این حالت پژوهشگران از به کارگرفتن پدیده‌های پیش‌پنداشته پرهیز می‌کنند و در عوض ترتیبی می‌دهند که مقوله‌ها از داده‌ها ناشی شوند، به این صورت که مقوله‌ها به روش استقرا از داده‌ها ناشی می‌شوند (۷). به خاطر دانش محدودی که در زمینه این چالش‌ها وجود

داشت، لذا از روش تحلیل محتوای استقرایی استفاده شد. در این روش واحدهای اطلاعاتی در پاسخ به هر سؤال مشخص می‌گردند. این واحدها می‌توانند لغت، عبارت و یا مفاهیم باشند. این واحدها در رده‌بندی‌های گوناگون با توجه به محتوا و بر مبنای اهمیت تئوریک آن‌ها به طور روشن، قابل درک و منظم دسته‌بندی و کدگذاری می‌شوند. به این صورت که مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و سپس کلمه به کلمه تایپ شد، سپس نوشته‌ها بارها مورد بررسی قرار گرفت و واحدهای معنایی به صورت لغات یا جملات از بیانات و متون مصاحبه‌ها به دست آمد. پس از آن کدهای دلالت‌کننده مشخص و کدهای اولیه یا باز استخراج گردید و سپس بر اساس تشابه و تناسب، کدهایی که موضوع واحدی را مطرح می‌کردند و بر اساس مفاهیم اصلی و انتزاعی زیرطبقات، طبقات و گروه‌ها استخراج گردیدند.

۱. **دقت مطالعه:** جهت تأیید اعتبار مطالعه (باورپذیری) بعد از تحلیل داده‌ها، علاوه بر بیان برخی از نقل قول‌ها نتایج به مصاحبه‌شوندگان جهت تأیید آن‌ها داده شد و برای اطمینان از نتایج مطالعه دو نفر (هر دو پژوهشگر) به صورت جداگانه و به موازات یکدیگر یافته‌ها را کدگذاری نمودند.

یافته‌ها

تعداد ۲۰ نفر از اساتید بخش‌های مختلف بیمارستان مرکز طبی کودکان در این پژوهش شرکت داشتند. پس از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با شرکت‌کنندگان، تعداد ۵۶۰ واحد معنایی و ۳۳۰ کد اولیه به دست آمد که پس از ادغام کدهای مشابه و حذف کدهای تکراری، ۱۱۲ کد مربوط به چالش‌های اخلاقی مراقبت از کودکان و نوجوانان استخراج شد که در ۳۴ زیرطبقه، ۸ طبقه و ۳ درونمایه (گروه) قرار گرفتند (جدول ۱). نتایج این مطالعه نشان‌داد پزشکانی که در بیمارستان مرکزطبی کودکان مشغول به فعالیت هستند، با چالش‌های اخلاقی بسیاری رو به رو هستند که این چالش‌ها در سه گروه اصلی چالش‌های مشترک بین کودکان و نوجوانان، چالش‌های خاص نوجوانان و چالش‌های خاص بخش مراقبت ویژه کودکان طبقه‌بندی شدند.

جدول ۱: چالش‌های اخلاقی مراقبت از کودکان و نوجوانان از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان

گروه	طبقه	زیرطبقه	کد	منتخب مصاحبه‌ها
چالش‌های مشترک بین کودکان و نوجوانان	عوامل مربوط به کادر درمان	بروز خطاهای پزشکی	آسیب به کودک حین اقدامات تشخیصی درمانی	«یک چالش خیلی کلیدی در مورد خطاهای پزشکی است که در گروه چالش‌برانگیز شیرخوارگی و طفولیت و نوجوانی است که پیش می‌آید که آنجا ما چقدر شفاف هستیم و نمونه‌هایش شاید بگویم که هر روز و در هر شیفت احتمالاً در بخش‌ها و جایی که دارد پروسیجر و اوردر (order) نویسی انجام می‌شود، به کرات وجود دارد.»
			عدم شفاف‌سازی و آگاه‌سازی والدین از بروز خطا	
			انجام خطای پزشکی توسط فراگیران (دانشجویان و رزیدنت‌ها)	
چالش‌های مشترک بین کودکان و نوجوانان	عوامل مربوط به کادر درمان	بروز خطاهای پزشکی	رعایت نکردن اصول استاندارد در دادن خبر بد به والدین، کودک و نوجوان	«حتی من فکر می‌کنم که به اصطلاح مهارت یا آن آموزه‌های لازم برای دادن خبر بد و دادن اطلاعات در مورد بیماری را باید آگاه باشیم، چون نوجوان واقعاً یک سن گذار است و ویژگی‌های خیلی حساس عاطفی را دارد.»
			عدم معرفی پزشک به والدین و بیمار و توضیح دادن اطلاعات به والدین در محیط ناامن	
			توضیح ندادن علت معاینه و اقدامات به والدین و کودک و نوجوان	
چالش‌های مشترک بین کودکان و نوجوانان	عوامل مربوط به کادر درمان	بروز خطاهای پزشکی	ندادن توضیحات کافی و در سطح فهم خانواده در رابطه با بیماری، سیر درمان، پیش‌آگهی و عوارض داروها	«یک چالش‌هایی هم که ما ایجاد می‌کنیم برای مریض، عدم معرفی است و ممکن است من پزشک بروم و خودم را معرفی نکنم، Level خودم را نگویم، توضیحات کافی ندهم، در محیط امن این کار را نکنم، در حضور پدر و مادر انجام ندهم. من خودم سعی می‌کنم همه این‌ها را رعایت کنم و من پزشک باید اول خودم را معرفی کنم، به آن‌ها توضیح بدهم که چرا دارم این معاینه را می‌کنم، چرا دارم او را لمس می‌کنم. بعد این که در حضور والدین باشد و در حضور بچه از والدین اجازه بگیرم.»
			عدم رعایت تغذیه مناسب کودک و نوجوان در بیمارستان	
			عدم حفظ امنیت و ایمنی کودک و نوجوان و مادر در بیمارستان	
چالش‌های مشترک بین کودکان و نوجوانان	عوامل مربوط به کادر درمان	بروز خطاهای پزشکی	عدم ایجاد محیط مناسب بازی و محیطی شاد برای کودک در بیمارستان	«نکته مهم ایجاد محیط مناسب برای کودکی است که نسبت به سنش بازی می‌کرده و ارتباط عاطفی با مادر و سایر اعضای خانواده برقرار می‌کرده و این نکته مهمی است که درسته که کودک بیمار است، ولی می‌توانیم یک محیطی مناسب برای بازی کردن و پرکردن وقتش ایجاد کنیم و همینطور آموزش نسبت به سن کودک و ایجاد مناسب شاد برای بازی بچه.»
			عدم ایجاد محیط مناسب بازی و محیطی شاد برای کودک در بیمارستان	
			عدم ایجاد محیط مناسب بازی و محیطی شاد برای کودک در بیمارستان	

گروه	طبقه	زیر طبقه	کد	منتخب مصاحبه‌ها
ارتباط و تعامل نادرست با کودک، نوجوان و والدین			قانع نکردن و عدم جلب اعتماد والدین و نوجوان جهت درمان کودک و رفع بی‌اعتمادی‌ها	«در سن‌های پایین‌تر آن‌هایی که سن شیرخوارگی هستند، حالا چون پدر مادر هستند، حالا از نظر بستری راحت‌تر هستند و بستری را راحت‌تر تحمل می‌کنند، ولی خب ماها هم همیشه به عنوان پزشک باید صبورتر باشیم و با آن‌ها خوش‌رفتاری کنیم و ارتباط برقرار کنیم بر اساس سنشان مخصوصاً آن‌هایی که نوپا هستند، مثلاً با اسباب‌بازی با آن‌ها ارتباط برقرار کنیم، آن‌ها می‌خندند و ارتباط بهتری برقرار می‌کنند.»
			عدم تعامل صحیح با والدین	
			پرخاشگر	
			عدم آرامش بخشی به کودک و نوجوان و خانواده و کاهش نگرانی	
			عدم اجازه اظهار نظر به والدین و کودک و نوجوان	
			صبور نبودن و عدم خوش رفتاری با کودک و نوجوان	
			عدم مشارکت دادن کودک و نوجوان در روند تشخیص و درمان بیماری	
			عدم برقراری ارتباط مناسب با کودک و نوجوان نسبت به سنشان	
			معاینه بدون مقدمه و قبل از کاهش استرس کودک	
			کمک‌نگرفتن از روان‌شناس	
نقض حریم خصوصی و رازداری			در صورت نیاز مانند افسردگی در بیماری‌های مزمن	«به دلیل کمبود امکانات جداسازی کمبود نیروهای خدماتی اعم از زن و مرد معمولاً ما با این چالش اخلاقی رو به رو هستیم که بعضی مواقع‌ها واقعاً هم جدی است و مثلاً یه دختر بالغی است و خب توسط یک مرد دارد تر و خشک می‌شود. از آن طرف یک پسر بالغی است که توسط یک خانم دارد تر و خشک می‌شود.»
			برخورد نادرست با شکایات خانواده	
			لزوم صحبت با کودک و نوجوان بدون حضور والدین	
			در بعضی شرایط ناآگاهی از نحوه برخورد صحیح با کودک آزاری	
			بی‌توجهی به حریم خصوصی هنگام معاینه و اقدامات	
			اجازه‌نگرفتن از والدین و کودک و نوجوان جهت انجام معاینه و اقدامات تشخیصی	
			درمانی	
			معاینه کودک و نوجوان بدون حضور والد همجنس	
			حفظ نکردن اسرار بیمار	

گروه	طبقه	زیر طبقه	کد	منتخب مصاحبه‌ها
			استاندارد نبودن بخش‌ها و کلینیک‌ها جهت حفظ حریم خصوصی بیمار همجنس نبودن پرستار و بهبار در نوجوانان و معذب شدن نوجوان احترام نگذاشتن به عقاید مذهبی نوجوان هنگام معاینه	«یا اینکه با جنس مخالفشان توی اتاق مثلاً بستری بشوند که این مورد کم است و تا حد امکان سیستم پرستاری سعی می‌کند که این اتفاق نیفتد که بچه‌ها راحت‌تر باشند، به خصوص که ما بالاخره از نظر مسائل مذهبی هم این مسائل برای ما مطرح است و گاهی اوقات به خانواده‌ها هم حس خوبی دست نمی‌دهد.»
		بی‌توجهی به مسائل فرهنگی و مذهبی	بستری نوجوان با جنس مخالف در یک اتاق کنار هم بودن تخت‌های نوجوان‌های پسر و دختر در اورژانس آرام نکردن و کاهش ندادن درد در هنگام انجام پروسیجرهای دردناک	«و اگر کارهای دردناک می‌خواهیم انجام دهیم، حتماً مراقب این باشیم که بچه اگر می‌شود از امکانات سدیشن و کاهش درد در واقع به اندازه کافی برخوردار باشد که این هم در واقع یکی از مهم‌ترین مسائلی است که ممکن است آسیب روحی و جسمی و در نهایت در واقع اخلاقی برای کل مجموعه و خانواده ایجاد کند.»
		نیاز به حفاظت از کودک و نوجوانان در مقابل آسیب و درد	عدم نظارت بر انجام درست پروسیجر توسط فراگیر انجام ندادن اقدامات تشخیصی درمانی لازم به علت نداشتن مهارت‌های لازم سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان ازدواج زودرس در دختران دادن مواد مخدر به کودک	«یک مسأله که وجود دارد مسأله Child Abuse است که من یک موردش را داشتم که آثار سوختگی سیگار رو دستش بود.»
		نادیده گرفتن حقوق کودک و نوجوان و سوء رفتار با آنان	توسط والدین دیر آوردن کودک به بیمارستان عدم پیگیری درمان توسط والدین	«این مسأله Child Neglect که خیلی ما باهاش مواجه می‌شویم، بچه‌ها را دیر می‌آورند بیمارستان و اصلاً به مشکلی که دارند توجه نمی‌کنند، حالا یا به خاطر مسأله مالی یا اینکه می‌گویند وقت ندارند یا هر چیز دیگر مثل سطح پایین اجتماعی.»
	عوامل مربوط به والدین		عدم مراقبت به علت مصرف مواد مخدر توسط والدین و سایر مشکلات اجتماعی ندادن شرح حال درست توسط خانواده عدم رضایت خانواده جهت انجام اقدامات اورژانسی عدم پذیرش والدین مبنی بر حضور فراگیر و انجام	«گاهی اوقات پیش می‌آید که پدر و مادر اجازه انجام یکسری کارها برای بچه مثل NG و فولی و حتی گاهی اوقات اجازه گرفتن قند خون به ما نمی‌دهند، در صورتی که بسیار ضروری است.»
		همکاری نکردن در روند تشخیص و درمان		

گروه	طبقه	زیر طبقه	کد	منتخب مصاحبه‌ها
			معاینه	
			عدم اجازه خانواده به اینکه	
			مشکل را به زبان خودش	
			برای کودک و نوجوان بیان	
			کنیم	
			درخواست اقدامات تهاجمی	
			غیر ضروری توسط خانواده	
			مراجعه و دخالت و اظهار نظر	«گاهی پیش می‌آید که با اینکه بچه اندیکاسیون بستری دارد، ولی پدر و مادر مخالفت می‌کنند یا حتی برعکس وقتی دیگر برای بیماری نمی‌توان کاری کرد آن‌ها اصرار زیاد به انجام مداخلات Invasive برای بچه دارند که فقط کودک را اذیت می‌کند.»
مداخلات بی‌جا در درمان			افراد به جز والدین	
			اصرار خانواده به بستری و	
			انجام اقدامات بیهوده در	
			کودکان رو به موت (End Stage)	
			عدم آگاهی والدین نسبت به	
			بیماری کودک و دانش	
			ضعیف خانواده	
			عدم آگاهی خانواده‌ها نسبت	«یا اینکه مسأله به نظرشان مسأله قابل پیگیری نیست و فکر می‌کنند چیزی است که خود به خود خوب می‌شود و پیگیری لازم ندارد و مشکل بچه‌اش را بیماری نمی‌داند.»
			به بیماری‌های ژنتیکی و	
			لزوم غربالگری	
			عدم آگاهی مردم از خطرات	
			از دواج فامیلی	
			آگاهی کم والدین نسبت به	
			تغذیه مناسب کودک	
			کمبود داروی مورد نیاز	
			انجام‌ندادن اقدامات	
			تشخیصی درمانی لازم به	
			علت تحریم و مشکلات	«یک مسأله دیگر اینکه پدر و مادر هزینه درمان فرزندشان را ندارند و به همین دلیل دیگر برای پیگیری درمان مراجعه نمی‌کنند.»
			اقتصادی	
			کمبود نیروی پرستار و	
			خدمات	
			نداشتن هزینه برای درمان	
			کودک و نوجوان	
			عدم دادن آموزش مراقبت از	
			کودک به والدین	«تکامل بچه‌ها طوری است که در سن‌هایی بعضی چیزها باید آموزش داده شود، چون بیمارستان یک جای استرس‌زایی است و محیط کودک هم عوض می‌شود یکی از چالش‌های مهم ما عقب افتادگی آموزش و تکامل بچه‌هایی است که بستری شدند و خیلی مهم است که هم مادر آموزش ببیند هم پرستارها علاوه بر دادن دارو، در کنار بچه آموزش‌های لازم را بدهند. هم محیط و شرایطی را آماده کنیم برای یکسری بازی و آموزش‌های خاص»
			عدم وجود مربی آموزشی و	
			تربیتی در بخش‌ها	
			عدم توجه به عقب افتادن	
			آموزش و تکامل کودکان و	
			نوجوانان بستری	
			عدم دادن آموزش ویژه به	
			کارکنان بخش‌های ویژه	

گروه	طبقه	زیر طبقه	کد	منتخب مصاحبه‌ها
مشکلات قانونی و حضانت			نداشتن قانون در کودک‌آزاری (Child Abuse)	«یک مسأله مهم مسأله Child Abuse است که خب ما قانونی برای آن نداریم. بنابراین همه سردرگم هستند که وقتی بچه‌ای می‌آید که توسط خانواده یا مراقبین، نه الزاماً پدر و مادر خودش آسیب در حد تهدید به مرگ شده چه کار کنیم. این چالش بسیار مهمی است وقتی به بچه‌ای ماده مخدر داده شده و بچه در تهدید جانی قرار گرفته الان باید چه کار کنیم؟ هیچ قانونی نداریم و کاری نمی‌کنیم.»
			به کودک (Child Neglect)	
			نداشتن شرح حال درست در کودکان بدون سرپرست	
			مشکلات قانونی در درمان کودکان بدون سرپرست	
مشکلات نوجوانان			مشکلات اخذ رضایت در موارد عدم دسترسی به پدر	«یکی دیگر از مشکلاتی که امروزه می‌بینیم نوجوانانی هستند که به علت مشکلی به زور پدر یا مادر به درمانگاه می‌آیند، ولی می‌بینیم که خود نوجوان برای انجام آزمایشات مقاومت می‌کند یا شرح حال درستی نمی‌دهد که خب مشخص می‌شود ماده خاصی مصرف می‌کند که عوارضی داشته، ولی پدر و مادر این موضوع را نمی‌دانند و فکر می‌کنند بچه‌شان مریض شده است.»
			مشکلات رضایت گرفتن در کودکانی که با غیروالد مراجعه می‌کنند	
			بستری نکردن کودکانی که همراه خانم ندارند	
			افزایش مصرف سیگار و الکل در نوجوانان	
چالش‌های خاص نوجوانان			مشکلات سوء مصرف و اعتیاد	«در دخترهایی که درد شکم دارند ما به حاملگی خارج رحم (EP) فکر می‌کنیم که اینجا تازه اول مشکلات است که چگونه به خانواده اطلاع دهیم و مسائل و دردهایی که بعدش به وجود می‌آید که این‌ها با حفظ مسائل اخلاقی در خانواده قابل پیشگیری است.»
			مشکلات جنسی	
			افزایش رفتارهای پرخطر جنسی در نوجوان‌ها	
			برخورد نامناسب با مسائل جنسی نوجوانان	
مشکلات نوجوانان در محیط درمانی			بارداری دختران نوجوان	«امروزه در بخش‌های بستری به خصوص نوجوان‌ها که بستری می‌شوند و کودکانی که به سن نوجوانی می‌رسند می‌بینیم که خیلی حالت پرخاشگری دارند. خیلی نمی‌توانند در بخش بمانند، حتی بعضی‌هایشان حالا بسته به تربیت خانوادگی‌شان می‌بینیم حتی رفتارهایشان هم با پدر مادر تهاجمی است، حتی بعضی با پزشکان خیلی برخورد تندی دارند و اصلاً آداب اولیه را رعایت نمی‌کنند.»
			پر خاشگری کلامی و رفتاری در نوجوانان	
			افزایش مشکلات اخلاقی نوجوانان در جامعه	
			نظارت ناکافی خانواده روی نوجوان‌ها و ایجاد مشکلات اخلاقی	
			مشکلات تصمیم‌گیری در نوجوانی که مسائل را درک می‌کند، ولی از لحاظ قانونی حق تصمیم‌گیری با والدین است	«در بچه‌های نوجوان در بعضی موارد داروهایی استفاده می‌کنیم که دیگر حتی پیاپی می‌بندد و دیگر مو در نمی‌آید یا باعث ناباروری می‌شود، ولی اگر به یک نوجوان این را بگوییم ممکن است بگوید اصلاً به چه درد می‌خورد این زندگی که من مو نداشته باشم، چون بالاخره نوجوان است دیگر، ولی ما به این اهمیتی نمی‌دهیم، چون پدر و مادر هستند که تصمیم می‌گیرند و واقعاً به نظر من این
			مشکلات تصمیم‌گیری در نوجوانان	
			مشکلات اخلاقی و رفتاری	
			مشکلات تصمیم‌گیری در نوجوانان	

گروه	طبقه	زیر طبقه	کد	منتخب مصاحبه‌ها
چالش‌های خاص بخش مراقبت ویژه نوجوان و والدین	تأثیرات روحی و روانی بستری در بخش‌های ویژه روی کودک و نوجوان و والدین	مشکلات روحی ناشی از بستری طولانی مدت در بخش‌های ویژه	سر درمان امتناع نوجوان از ادامه درمان ندادن شرح حال درست ممانعت نوجوان از معاینه ارتباط دشوار با نوجوان با توجه حساسیت سنی و غرور نوجوان مشکلات بستری یک نوجوان کنار بچه چندماهه امتناع نوجوان از بستری به علت نداشتن بخش ویژه نوجوان	یک چالش است که درست کدام است؟ «در مورد نوجوانان با توجه به اینکه این بیماران در سنین حساس بلوغ قرار دارند، گاهی در برابر درمان مقاومت می‌کنند. در این سنین تصمیم‌گیرنده اصلی تقریباً خود بیمار است و گاهی لازم می‌شود که از مشاوره‌های متعدد برای قبول درمان استفاده شود.» به نظر من چیزی که وجود دارد و برای بخش‌های اطفال مطرح است، این است که در نوجوان‌ها ما می‌خواهیم بستری‌شان کنیم و ما هنوز بخش‌هایمان به این شکل است که مثلاً یک بخش نوجوان نداریم که بتوانند از بچه‌هایی که خیلی کوچک هستند و چند ماهه یا چند ساله هستند، جدا باشند.»
			بی‌تابی و بی‌قراری والدین به علت جداسازی از فرزندشان در بخش‌های ویژه احساس تنهایی و ترس و اضطراب در بخش‌های ویژه به علت عدم حضور والدین افزایش خطر افسردگی و از دست دادن امید به زندگی در بیمارانی که مدت زیادی در بخش‌های ویژه بستری هستند ایجاد مشکلات روحی و افسردگی در والدینی که فرزندشان مدت زیادی در بخش ویژه بستری بوده عدم پیگیری از لحاظ سلامت روانی در والدین و کودکانی که مدت زیادی در بخش ویژه بستری بودند تأثیر مخرب دیدن درد و احیا و فوت دیگر بیماران روی روح و روان کودک و نوجوان از دست دادن امید به زندگی در کودکان و نوجوانانی که	«در مورد حضور همراه پیش بیمار حالا بچه‌هایی که بد حال هستند شاید خیلی نیاز پیدا نکنند، ولی بچه‌هایی که هوشیارتر هستند مخصوصاً مریض‌هایی که بعد از جراحی می‌آیند این‌ها اغلبشان هوشیاراند و خیلی وقت‌ها مادر آرامشان می‌کند، ولی در ICU این امکان وجود ندارد که اجازه دهد والدین حضور داشته باشند، هم از بابت ایجاد عفونت‌ها و همین که شاید همراهان دیگر شاکی شوند. به خاطر همین جز در موارد محدود این اجازه داده نمی‌شود و من فکر می‌کنم این شاید از نظر اخلاقی مخصوصاً در مریض‌های هوشیار شاید جالب نباشد.» «مسئله دیگر در مورد کودکان و نوجوانانی که هوشیار هستند و مجبورند مدت طولانی در بخش ویژه بمانند و احتمالاً اجازه خروج نداشته باشند، مثال می‌زنم ما یک نوجوانی داشتیم ۱۶ ساله بستری EICU مرکز طبی که یک جایی است در زیرزمین و هیچ پنجره و نور طبیعی ندارد و این بچه هیچی نمی‌دید جز تخت‌های دیگر که خیلی از این تخت‌ها ایتنوبه بودند و به دستگاه وصل بودند و وضعیت هوشیاری‌شان خوب نبود و بخش ویژه است دیگر ممکن است یکی نیاز به احیا پیدا کند و فوت شود و نوجوان همه این صحنه‌ها را می‌دید و خب می‌گوید تخت بغلی من با من چه فرقی دارد و من هم ممکن است یک لحظه بیفتم بمیرم.» «به نظر من چون نوجوان‌ها درک بیشتری از اطرافشان دارند در فضای مراقبت‌های ویژه برای اینکه دردها و گرفتاری‌ها و سختی سایرین روی بچه‌ها اثر نکند، بهترین حالتش این است که خب بچه‌ها در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کاملاً از هم جدا باشند و اتاق‌هایشان مستقل باشد، حالا حداقل از نظر صدا و در واقع از هم جدا باشد.»

“

گروه	طبقه	زیر طبقه	کد	منتخب مصاحبه‌ها
				خانواده از پس مراقبت‌های آن‌ها از نظر اقتصادی و اجتماعی بر نمی‌آید.»
		مشکلات عدم امکان جداسازی فیزیکی بیماران در بخش مراقبت ویژه	سر و صدا و شلوغی ۲۴ ساعته در بخش‌های ویژه و سلب آرامش بیمار تحت تأثیر اشعه قرار گرفتن بیماران افزایش احتمال عفونت در بیماران نقص ایمنی مشکلات و نداشتن قانون در مورد قطع اقدامات	«مورد دیگر اینکه بچه‌ها اینجا تحت تأثیر اشعه زیاد قرار می‌گیرند، چون برای مریض‌های دیگر زیاد انجام می‌شود که این‌ها همه به علت عدم جداسازی فیزیکی است.»
		مشکلات تصمیم‌گیری در این کودکان	طولانی‌کننده حیات مشکلات و نداشتن قانون در مورد مراقبت‌های تسکینی زمان مرگ حساسیت‌های دستور عدم احیا	«در مراقبت‌های تسکینی و نزدیک به مرگ، ما قانونی نداریم، البته هر کس برای خودش به یک قانونی رسیده و مطابق با اخلاق خودش که یکی‌اش بی‌اعتنایی است و در بخش‌های ویژه ما در مورد کم‌کردن مراقبت‌ها و تسکین دادن بیمار هیچ قانونی نداریم.»
		ناکافی بودن حمایت‌های اجتماعی و روحی روانی از این کودکان و خانواده‌هایشان	کاهش ندادن درد در کودکان در شرف مرگ توجه ناکافی و ارتباط ناصحیح و ندادن آرامش به کودکان و نوجوانان در شرف مرگ و خانواده‌هایشان	«بیشتر پدر مادرها جوان‌اند و به علت بیماری بچه دچار ناراحتی و آلام زیادی هستند که پزشک به نظر من نقش تلطیف کردن دارد، پرستار نقش تلطیف کردن مشکلات این عزیزان را دارد. من فکر می‌کنم که ما باید این را هم در نظر بگیریم.»
		مشکلات کودکان در شرف مرگ و تازه فوت‌شده		«از مسائل جدی دیگر بخش‌های ویژه این است که به هر حال ممکن است که مراقبت‌های نزدیک مرگ و زمان احتضار یا بعد از اینکه احیا ناموفق بوده باشد یا سیر بیماری در حقیقت به مرگ منجر شده باشد، کارهایی که ممکن است خیلی روتین شده باشد و شکل اتوماتیک گرفته باشد و بچه‌ها فکر کنند که خب این بچه یا نوجوان فوت شده است و من می‌توانم سوزن بیوپسی کبد را رویش تمرین کنم، حالا که این بچه به اصطلاح فوت شده است ما بیاییم رویش لوله‌گذاری را تمرین کنیم و در واقع همه این‌ها قوانین خاص خودش را دارد که واقعاً باید آموزش‌های قبلی دیده شده باشد در پرسنل بخش‌های ویژه و کسی اجازه ندارد و کالبد یک بیمار فوت‌شده حرمت و احترام و ارزش انسانی دارد.»
		مشکلات پس از مرگ	آموزش پزشکی روی بیماران تازه‌فوت‌شده بدون اجازه خانواده	
			عدم رعایت حرمت و ارزش انسانی بیماران تازه‌فوت‌شده	

بحث

۱. چالش‌های مشترک بین کودکان و نوجوانان

۱-۱. عوامل مربوط به کادر درمان: از چالش‌های عمده به دست‌آمده در این مطالعه بروز خطاهای پزشکی بود که معمولاً

بررسی و مقایسه یافته‌های مطالعه با نتایج سایر مطالعات، حاکی از آن است که چالش‌های مطرح‌شده در این مطالعه بسیار مهم و قابل تأمل هستند.

این خطاها به دلیل نگرانی از واکنش‌های بیمار یا خانواده و یا تبعات قانونی و هزینه‌هایی که ممکن است برای کادر پزشکی به دنبال داشته باشد، به بیماران گفته نمی‌شود. در این خصوص در مطالعه احمدی‌پور و مرتضوی (۱۳۹۴ ش.)، بروز خطاهای پزشکی در کارورزان و دستیاران امری شایع ذکر شده است (۸). همچنین در مطالعه وطنی و همکاران (۱۳۹۹ ش.) همسو با نتایج مطالعه ما ذکر شده گزارش کردن خطاهای پزشکی از سوی کادر درمان به بیمار یا ولی او به ندرت صورت می‌پذیرد (۹). به نظر می‌رسد فرهنگ‌سازی در بین کادر پزشکی و عموم مردم مبنی بر احتمال بروز خطاهای پزشکی و در صورت بروز آن لزوم بازگویی آن به بیماران از مسائلی است که باید به آن توجه ویژه مبذول داشت و در عین حال اقدامات لازم در جهت جبران خسارات وارده به بیمار و حمایت از کادر پزشکی مانند بیمه مسئولیت‌های حرفه‌ای را باید مد نظر قرار داد.

چالش دیگری که مطالعه حاضر به آن اشاره شده است، ناآشنایی کادر درمان با چگونگی دادن اخبار بد و ناگوار به بیمار و یا خانواده وی می‌باشد. معمولاً کادر درمان به دلایلی مانند نداشتن مهارت لازم، ترس از ایجاد اضطراب و یا بروز واکنش‌های منفی در بیمار و خانواده، سعی در امتناع از دادن این‌گونه اخبار به بیماران دارند. در مطالعات دیگر هم مثل مطالعه کاظمی (۱۳۸۶ ش.) به صعوبت اعلام «خبر بد» به علت عدم مهارت و آموزش قبلی و کافی پزشکان، حتی پزشکان پرسابقه در کشور ما اشاره شده است (۱۰).

یکی از الزامات اساسی در اخلاق پزشکی لزوم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و یا تصمیم‌گیرنده جایگزین برای انجام اقدامات تشخیصی و درمانی می‌باشد. بدیهی است که لازمه اخذ یک رضایت معتبر و آگاهانه، دادن اطلاعات به آن‌ها می‌باشد. در این خصوص در مطالعه حاضر، عدم اطلاع‌رسانی صحیح و کامل به کودک، نوجوان و والدین به عنوان چالش اخلاقی کادر درمان شناخته شد. در مطالعات دیگر نیز مثل مطالعه زارع و ابراهیمی (۱۳۸۷ ش.) به این مهم، یعنی عدم اطلاع‌رسانی کامل به بیماران اشاره شده است (۱۱). همچنین

در مطالعه Kurz و همکاران (۲۰۰۵ م.) به موضوع به رسمیت شناختن حقوق کودک برای مشارکت در رضایت تأکید شده است (۱۲).

یکی از نیازهای اولیه کودکان ایجاد بستر مناسب برای تفریح و سرگرمی حتی در دوران بستری می‌باشد. بدیهی است ایجاد محیطی شاد برای کودک و تعامل مناسب با وی به فراخور سن او تأثیر به سزایی در همراه کردن کودک جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی خواهد داشت. در مطالعه حاضر نیز به موضوع بی‌توجهی به نیازهای اولیه کودکان و والدین در بیمارستان اشاره شده است. همسو با مطالعه ما در مطالعه شیخ ذکریایی و همکاران (۱۳۹۶ ش.) نیز بازی کردن یکی از نیازهای اساسی و از مهم‌ترین فعالیت‌ها برای کودکان، نام برده شده است و ایجاد اتاق‌های بازی در مراکز درمانی کودکان جهت کاهش اضطراب کودکان بستری در بیمارستان پیشنهاد شده است (۱۳)، البته در این راستا باید به نیازهای والدین هم توجه داشت که در این مطالعه نیز به این مهم اشاره شده است. در این خصوص در مطالعه سیدامینی (۱۳۹۰ ش.) نیز به لزوم برآورده کردن نیازهای مادران در کنار نیازهای کودک و فراهم کردن امکانات لازم جهت تأمین رفاه و آسایش والدین در بیمارستان اشاره شده است (۱۴). همچنین در مطالعه پیش رو به عدم حفظ امنیت و ایمنی کودک و نوجوان و مادر در بیمارستان در برخی از موارد اشاره شده است. در همین راستا، مطالعه کرد و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نیز به عدم مطلوبیت کامل وضعیت ایمنی کودکان در بیمارستان مفید در ابعاد مراقبت‌های پرستاری و محیط فیزیکی اشاره کرده است (۱۵). یکی از موارد مهمی که در پزشکی کودکان باید به آن توجه جدی معطوف داشت، ارتباط و تعامل مناسب با کودک، نوجوان و والدین آن‌ها می‌باشد. در این مطالعه نیز در برخی از موارد، موضوعاتی مانند جلب رضایت کودک برای انجام اقدامات درمانی و یا آرامش بخشی به کودک و یا خانواده وی و یا مشارکت دادن کودک و نوجوان در روند تشخیص و درمان بیماری نادیده گرفته می‌شود. در مطالعات دیگر مثل مطالعه Todres و همکاران (۲۰۱۵ م.) اشاره شده است که در

بسیاری از محیط‌های درمانی، نوجوانان به اندازه کافی مورد مشورت قرار نمی‌گیرند و یا فرصت‌های محدودی برای بیان نظرات خود دارند (۱۶). در مطالعه Larcher و همکاران (۱۹۹۷ م.) نیز عدم مشارکت دادن کودکان در روند رضایت به انجام مداخلات درمانی یکی از چالش‌ها در طب کودکان نام برده شده است (۱۷). در مطالعه Clayton (۲۰۰۰ م.) نیز ذکر شده است که اغلب به خواسته‌های کودکان احترام گذاشته نمی‌شود و قانون از مشارکت کودکان در رضایت حمایت نمی‌کند (۱۸). همچنین در مطالعه Kurz و همکاران (۲۰۰۵ م.) به موضوع ارتباط همدلانه و قابل اعتماد با کودک و والدین، و نیز ارتباط خوب مبتنی بر احترام به شأن و منزلت کودک تأکید شده است (۱۲).

در خصوص رعایت حریم خصوصی و رازداری در مطالعه ما معلوم شد که متأسفانه در بسیاری از اوقات این موارد رعایت نمی‌شوند. در مطالعه فروزنده (۱۳۹۴ ش.) (۱۹) نیز همسو با نتایج مطالعه ما میزان رضایت همراهان کودکان بستری در بخش‌های مختلف اطفال در بیمارستان‌های دانشگاهی در ایران در بعد حریم خصوصی فیزیکی در سطح نامناسب بود، اما در مطالعه فروزنده رعایت حریم خصوصی اطلاعاتی (رازداری) در سطح مناسب ارزیابی شد که برخلاف نتایج مطالعه پیش رو مبنی بر عدم رعایت رازداری می‌باشد.

در مطالعه حاضر عدم کاهش درد در کودکان به خصوص در هنگام انجام پروسیجرهای دردناک، به عنوان یکی از موارد عدم توجه به حقوق کودک، نوجوان و والدین عنوان شده است. در مطالعات دیگر مثل مطالعه عزیزنژاد روشن و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نیز یکی از مشکلات بخش کودکان عدم کنترل درد بیماران ذکر شده است (۲۰)، اگرچه کاهش درد و رنج بیماران یکی از وظایف اصلی کادر پزشکی می‌باشد، ولی این مهم در کودکان که جزء گروه‌های آسیب‌پذیر می‌باشند و آستانه تحمل کمتری دارند، اهمیت دوچندان پیدا می‌کند. بنابراین در انجام اقدامات تشخیصی و درمانی باید حتی‌المقدور به هر نحو ممکن درد و رنج کودک کاهش یابد.

۲-۱. عوامل مربوط به والدین: در مطالعه پیش رو از جمله چالش‌های عمده‌ای که شرکت‌کنندگان در پژوهش به آن اشاره کردند، سوءرفتارهایی مانند آسیب‌های فیزیکی، معنادار کردن کودکان و عدم پیگیری درمان از جانب والدین بود. بر اساس مطالعه Zeanah و همکاران (۲۰۱۸ م.) آزار جسمی، جنسی و عاطفی و اشکال مختلف بی‌توجهی به کودکان، از جمله مشکلات رایجی است که پزشکان در بسیاری از محیط‌های بالینی با آن مواجه می‌شوند (۲۱). Dubowitz (۲۰۱۳ م.) نیز در مطالعه خود اذعان می‌دارد بی‌توجهی به کودک از سوی والدین برای پزشکان اطفال چالش‌هایی ایجاد می‌کند (۲۲). همچنین بر اساس مطالعه Avdibegovic (۲۰۲۰ م.) یکی از مواردی که باعث تأثیر منفی بر سلامت و رشد کودک می‌شود، بی‌توجهی به کودک است که شیوع نسبتاً بالایی دارد (۲۳). در مطالعه کوکبی سقی (۱۳۹۹ ش.) نیز ذکر شده است که ایران در موضوع حفاظت کودکان در برابر آسیب‌ها و سوءاستفاده‌ها، راهی طولانی در پیش دارد (۲۴).

همچنین در مطالعه حاضر به موضوع آگاهی ناکافی و تفکرات نادرست والدین از بیماری و در نتیجه همکاری نکردن و یا مداخلات بی‌جای آن‌ها در امر درمان مثل درخواست انجام اقدامات غیر ضروری و حتی تهاجمی و یا برعکس خودداری از بستری کودک در موارد نیاز به بستری به عنوان یکی از چالش‌ها اشاره شده است. در مطالعه سادات حسینی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) نیز ذکر شده است که نیازهای کودکان تحت تأثیر خیرخواهی‌های افراطی مانند درخواست والدین برای انجام درمان‌های بی‌فایده، غفلت والدین در مورد مراقبت از کودک و خودداری والدین از باخبر کردن کودک از وضعیت خود قرار دارد (۶). در واقع نتایج این مطالعه نشان داد که در بسیاری از موارد والدین تصمیماتی می‌گیرند که به نفع کودک نمی‌باشد. بر اساس مطالعه Turner (۲۰۱۰ م.) که همسو با مطالعه ما است، ذکر شده که ترجیحات والدین در برخی از موارد به نفع کودک نمی‌باشد (۲۵). به نظر می‌رسد تعامل و برقراری ارتباط مناسب کادر درمان با والدین و سعی در

متقاعد کردن آن‌ها در این که درخواست‌های آن‌ها به نفع کودک نمی‌باشد، بتواند تا حدودی از این معضل بکاهد.

۳-۱. مشکلات سیستمی و سیاستگذاری: در مطالعه حاضر به موضوع مشکلات سیستمی، از جمله کمبود منابع انسانی مثل کمبود پرستار و یا کمبود امکانات رفاهی و تجهیزات پزشکی اشاره شده است که در برخی از موارد منجر به عدم انجام اقدامات درمانی می‌شود. در این خصوص در مطالعه تقوی لاریجانی و فتحی (۱۳۹۷ ش.) اشاره شده که کمبود پرستار یک معضل جدی در کشور است که باعث ایجاد چالش‌های اخلاقی زیادی می‌شود (۲۶). بر اساس مطالعه Marginean و همکاران (۲۰۱۷ م.)، محیط بیمارستان از نظر ظاهر و راحتی بیمار از جمله مواردی است که باید در نظام مراقبت‌های بهداشتی بهبود پیدا کند (۲۷) که نتایج این مطالعات همسو با مطالعه ما می‌باشند.

البته لازم به ذکر است گاهی کادر درمان (همانطور که یکی از مصاحبه‌شوندگان ذکر کردند) و والدین از قوانین و مقررات حمایت از کودکان اطلاعی ندارند. در کشور ما قانون حمایت از کودکان و نوجوانان مصوب ۱۳۹۹/۲/۲۳ مجلس شورای اسلامی وجود دارد، ولی این که این قانون به چه میزان رعایت می‌شود اطلاع دقیقی در دسترس نمی‌باشد. در مطالعه شمشیری (۱۳۹۹ ش.) نیز ذکر شده است که در جامعه کنونی ما از کودک‌آزاری و از محدوده تأدیبات اطفال تفسیر درستی ارائه نگردیده است. همین ضعف باعث گشته تا والدین و اطرافیان کودک به بهانه تنبیه و تربیت کردن، آن‌ها را آزار بدهند (۲۸).

۲. چالش‌های خاص نوجوانان

۲-۱. مشکلات نوجوانان در جامعه: با توجه به برخی از موارد اشاره‌شده در این مطالعه معلوم شد متأسفانه برخی از نوجوانان مصرف‌کننده الکل، مواد مخدر و روانگردان هستند. در مطالعه طیبی (۱۴۰۰ ش.) نیز به این موضوع اشاره شده است که میزان مصرف مواد مخدر در جوامع مختلف بین نوجوانان و جوانان در حال افزایش است و مشکلاتی از نظر روانی، جسمی، اجتماعی و... به دنبال دارد (۲۹). موضوع سوءمصرف مواد و یا برخی از رفتارهای پرخطر جنسی، مثل

حاملگی توسط برخی از نوجوانان ممکن است در شرح حال و یا آزمایشات مشخص شود و حتی پدر و مادر هم از آن بی‌خبر باشند و خود این موضوع هم چالشی اخلاقی برای کادر پزشکی ایجاد می‌کند که نحوه برخورد آنان با این معضل چگونه باشد، مثلاً آیا این موضوع را با والدین درمیان بگذارند و یا نه.

برخورد نامناسب با مسایل جنسی نوجوانان از سوی والدین هم از معضلاتی است که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره نمودند. در مطالعات دیگر هم مثل مطالعه روح‌پرور و همکاران (۱۳۹۸ ش.) به مهارت ناکافی والدین در برقراری ارتباط با پسران نوجوان در رابطه با آموزش‌های تربیت جنسی اشاره شده است (۳۰). همچنین در مطالعه Muhwezi و همکاران (۲۰۱۵ م.) ذکر شده است که ارتباط و گفتگوی مناسب در مورد مسائل جنسی بین والدین و فرزندان نوجوان معمولاً وجود ندارد (۳۱).

از دیگر موضوعاتی که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره نمودند، بروز پرخاشگری در برخی از نوجوانان با کادر پزشکی و یا با خانواده خود می‌باشد که البته می‌تواند علت‌های گوناگونی، از جمله نوع تربیت خانوادگی و یا مسایل اجتماعی و یا حتی واکنشی به عملکرد نامناسب کادر درمانی باشد. همسو با نتایج مطالعه ما در مطالعه Taquette و همکاران (۲۰۰۵ م.) نیز به موضوع رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان که می‌تواند علت‌هایی مانند کاربرد خشونت علیه آن‌ها و یا سوءاستفاده از آن‌ها باشد، اشاره شده است (۳۲).

۲-۲. مشکلات نوجوانان در محیط درمانی: از دیگر

چالش‌های ذکرشده در این مطالعه، موضوع تعارض تصمیم‌گیری بین نوجوان و والدین است. در مواردی ممکن است پدر و مادر به اقدامات تشخیصی درمانی رضایت داشته باشند، ولی نوجوان راضی به انجام آن‌ها نباشد و یا بالعکس. بدیهی است در این خصوص باید کادر درمانی نهایت سعی خود را در همراه کردن و قانع کردن نوجوان و یا خانواده او در اقداماتی که منافع نوجوان را تأمین می‌کند، به کار بندند، البته این کار نیز به

نوبه خود نیازمند برخورداری کادر درمان از آموزش‌های مناسب است.

نتایج مطالعه ما نشان داد که بستری نوجوانان در کنار کودکان، یک مشکل اساسی و عامل ایجاد مشکلات روحی در نوجوانان است، ولی برخلاف نتایج مطالعه ما در مطالعات دیگر مثل مطالعه نادری‌فر و همکاران (۱۳۹۶ ش.) معلوم شد که بستری نوجوانان در بخش‌های کودکان بهتر از بستری شدن آن‌ها در سایر بخش‌ها و حتی بخش‌های بزرگسالان است (۳۳). همچنین نتایج پژوهش رحمانی و همکاران (۱۳۹۵ ش.) نشان داد نوجوانان از محیط و خدمات پرستاری ارائه شده در بخش کودکان رضایت بیشتری نسبت به بخش بزرگسالان دارند (۳۴)، اما در هر سه مطالعه به نیاز وجود بخش مختص نوجوانان جهت بستری شدن اشاره شده است.

۳. چالش‌های خاص بخش‌های مراقبت ویژه

۳-۱. تأثیرات روحی و روانی بستری در بخش‌های ویژه روی کودک و نوجوان و والدین: در مطالعه حاضر معلوم شد به دلایلی مثل بستری طولانی مدت و نیز عدم حضور و یا حضور کمتر والدین در بخش‌های مراقبت ویژه، مشکلات روحی و روانی، اضطراب و ترس ممکن است در کودکان و نوجوانان بروز کند که در بسیاری از موارد این امر ناشی از بی‌توجهی کادر پزشکی به بروز چنین معضلات و یا در برخی از موارد ناشی از نبود امکانات لازم برای حضور حداقل یکی از والدین در بالین بیمار و یا به دلیل پیشگیری از مشکلاتی مثل شیوع عفونت‌ها و... است. در مطالعه ما به لزوم حضور والدین، از جمله پدر در بخش مراقبت‌های ویژه تأکید شده است. نتایج مطالعه Jones و همکاران (۱۹۹۲ م.) نیز نشان داد کودکان بدحال در بخش مراقبت‌های ویژه و کودکان با بستری‌های طولانی یا مکرر، بیشتر در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند (۳۵). همچنین نتایج مطالعه قادری و همکاران (۱۳۹۲ ش.) نیز نشان داد مشارکت پدران کودکان بستری در بخش مراقبت ویژه، در مراقبت از کودکانشان و در کاهش تنش و رسیدن آن‌ها به حداکثر سازگاری با بیماری، بسیار مؤثر است (۳۶).

شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر به تأثیرات منفی روحی و روانی استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی در بخش‌های مراقبت ویژه اشاره داشتند. در مطالعه سعیدی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نیز گفته شده استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه می‌تواند به آسیب‌های روحی و روانی، صرف هزینه بیشتر و افزایش آسیب‌های جدی منجر گردد (۳۷).

۳-۲. کمبود منابع و امکانات ساختاری در بخش‌های مراقبت ویژه: نتایج این مطالعه نشان داد که کمبود امکانات مثل تخت و نیز کمبود نیروی درمانی به خصوص پرستار از چالش‌های مهم بخش‌های ویژه می‌باشد. در مطالعه نهنباتی و همکاران (۱۳۹۵ ش.) نیز به چالش عدم رعایت استانداردهای فیزیکی و تجهیزات و نیز به نقش و شایستگی پرستاران در مراقبت از بیماران اشاره شده است (۳۸).

۳-۳. مشکلات کودکان در شرف مرگ و تازه فوت شده: در بسیاری از موارد پزشکان با مواردی مواجه می‌شوند که بیمار در شرف مرگ است و به لحاظ پزشکی انجام اقدامات درمانی بیهوده است، اما به دلیل نبود قوانین و پروتکل‌های مصوب، آن‌ها نمی‌توانند اقدامات طولانی‌کننده حیات را به دلیل تبعات آن قطع کنند که در مطالعه ما به این چالش اشاره شده است. در همین راستا در مطالعات دیگر مثل مطالعه سادات‌حسینی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) (۶) ذکر شده که مشکلات مراقبت از کودکان در مراحل انتهایی به دلیل پیچیدگی‌های اخلاقی دارای ابهامات زیادی است که اغلب راهکار قانونی دقیقی ندارند. بر اساس نتایج مطالعه کدیور و همکاران (۱۳۹۴ ش.) تردید در تصمیم‌گیری در استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده زندگی یک چالش اساسی در نوزادان در شرف مرگ ذکر شده است (۳۹). همچنین بر اساس مطالعه Kurz و همکاران (۲۰۰۵ م.) یکی از پیچیده‌ترین و دشوارترین وظایف پزشک، تصمیم‌گیری در مورد ادامه، خودداری یا لغو اقدامات حمایتی از زندگی کودک می‌باشد (۱۲).

یکی از اقداماتی که در کودکان در شرف مرگ باید انجام شود، اقدامات حمایتی و تسکینی و کاهش درد و رنج کودک

می‌باشد که در مطالعه حاضر به بی‌توجهی به این مهم و یا نبود پروتکل در این زمینه اشاره شده است. نتایج پژوهش زرینی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نشان داد که یکی از چالش‌های جدی در بخش مراقبت ویژه کودکان موضوع مراقبت‌های تسکینی پایان حیات می‌باشد (۴۰).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، مشخص گردید که چالش‌های موجود می‌تواند یک مانع مهم در رسیدن به هدف نهایی ما، یعنی همان طبابتی اخلاقی در حوزه کودکان باشد. در خصوص عوامل مربوط به کادر درمان، چالش‌های مطرح‌شده بیانگر عدم توجه و یا آشنایی کادر درمان با اخلاق پزشکی کودکان و یا عدم داشتن مهارت‌های رفتار ارتباطی لازم در مواجهه با این چالش‌ها بود. شرکت‌کنندگان در رابطه با چالش‌های مربوط به والدین، بیشتر مسائلی را مطرح کردند که در طبابت روزانه خود با آن‌ها مواجه می‌شدند، ولی روش برخورد مناسب و صحیح با این مسائل را نمی‌دانستند، به طوری که این مسائل تبدیل به یکی از دغدغه آن‌ها شده بود. در رابطه با چالش‌های مربوط به نوجوانان، بیشترین موضوعات مورد اهمیت از نظر شرکت‌کنندگان مربوط به مشکلات تعاملی با نوجوانان و نبود بخش مختص نوجوانان بود. در خصوص مشکلات بخش‌های ویژه، می‌توان گفت عمده مشکلات مربوط به بخش ویژه از نظر شرکت‌کنندگان، مشکلات ساختاری و کمبود منابع می‌باشد. با توجه به یافته‌های مطالعه، می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای پزشکی جهت افزایش آگاهی و مهارت‌های رفتار ارتباطی کادر درمان و نیز مطرح کردن این چالش‌ها با مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت جهت رفع کمبودها و مشکلات ساختاری موجود گامی مؤثر جهت رفع و یا کاهش چالش‌های مطرح‌شده برداشت.

محدودیت‌های مطالعه: باید اذعان کرد اگرچه این مطالعه در بیمارستانی انجام شده است که از سراسر کشور به آن بیمار ارجاع می‌شود و پزشکان با بیمارانی از سراسر کشور و فرهنگ‌های مختلف سروکار دارند، ولی قاعدتاً ممکن است

چالش‌های دیگری هم وجود داشته باشد که پزشکان این مرکز با آن مواجه نشده باشند و این موضوع از محدودیت‌های این مطالعه است، لذا توصیه می‌شود مطالعات مشابه در بیمارستان‌های دیگر و در سایر شهرها انجام شود. همچنین لازم است با راهکارهای آموزشی مناسب بر آگاهی پزشکان در نحوه برخورد با این چالش‌ها افزوده شود. همچنین لازم به ذکر است که این مطالعه عمدتاً به احصای چالش‌های پرداخته است، لذا انجام مطالعات دیگری که بتواند راه حل مدیریت این چالش‌ها را ارائه دهد ضروری است.

مشارکت نویسندگان

زهرا صادقی: نگارش مقاله، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، گردآوری منابع.
مجتبی پارسا: نگارش مقاله، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، گردآوری منابع، نظارت و راهنمایی بر مقاله.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.TUMS.CHMC.REC.1399.165).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ
محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت
آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

References

1. Carmen A. Visualizing the World's Population, By Age Group. Visual capitalist. 2021. Available at: <https://www.visualcapitalist.com/the-worlds-population-2020-by-age/>.
2. Office of Mental, Social and Addiction Health, Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Framework for the implementation of guidelines for dealing with children and adolescents in the treatment department. 2015. Available at: https://www.treatment.sbmu.ac.ir/uploads/009-raftar_ba_koodak.pdf. [Persian]
3. Shojaee A, Sedighi I, Sadrosadat T. Ethics in Pediatrics. Qom: Andisheh Mandagh Publications; 2019. p.9-29. [Persian]
4. Kouhnavard M. Medical Ethics In Pediatric Care. Tehran: Teimourzadeh Publications; 2021. p.4. [Persian]
5. Shayestefar S, Mardani-Hamoooleh M, Kouhnavard M, Kadivar M. Ethical challenges in pediatrics from the viewpoints of Iranian pediatric residents. Journal of Comprehensive Pediatrics. 2018; 9(1): e62747.
6. Hosseini A, Aramesh K. Ethical challenges of caring for children at the end of life. J Med Ethics. 2013; 7(25): 55-81. [Persian]
7. Iman M, Noshadi M. Qualitative content analysis. Pazhuhesh. 2011-12; 3(2): 15-44. [Persian]
8. Ahmadipour H, Mortazavi N. Study of interns and residents viewpoint to medical error disclosure. Journal of Medical Ethics. 2015; 9(31): 11-27. [Persian]
9. Vatani A, Tavajohi A, Piri Amirhajiloo F. The Necessity of Disclosure of Medical Errors: Basics, Systems and Obstacles. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2020; 26(1): 121-129. [Persian]
10. Kazemi A. Medical Environment Patient and Bad News. Strides in Development of Medical Education. 2008; 4(2): 133-139. [Persian]
11. Zare R, Ebrahimi S. The Status of Informed Consent Process in Pediatrics' Wards of an Educational Hospital. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2018; 11(1): 189-205. [Persian]
12. Kurz R, Gill D, Mjones S. Ethical issues in the daily medical care of children. Eur J Pediatr. 2006; 165(2): 83-86.
13. Sheikhzakaryaie N, Moridi G, Zarei F, Hododi F. The Effect of Group Games on Anxiety in Hospitalized Children. Iran J Nurs Res. 2017; 12(1): 49-55. [Persian]
14. Seyedamini B. Fears, needs and nursing support of mothers during their child's hospitalization. Iran Journal of Nursing (2008-5923). 2011; 24(72): 57-66. [Persian]
15. Kord Z, Shahani P, Dibirian A, Rasuli M, Zayeri F. An audit of safety measures of pediatric wards. Journal of Health and Care. 2015; 17(3): 218-229. [Persian]
16. Todres J, Diaz A. Adolescents' right to participate: Opportunities and challenges for health care professionals. Annals of Global Health. 2017; 83(5-6): 697-703.
17. Larcher VF, Lask B, McCarthy JM. Paediatrics at the cutting edge: Do we need clinical ethics committees?. Journal of Medical Ethics. 1997; 23(4): 245-249.
18. Clayton M. Consent in children: Legal and ethical issues. Journal of Child Health Care. 2000; 4(2): 78-81.
19. Foroozandeh M. Privacy in children: A quantitative study in teaching hospitals in Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2015; 8(7) - (Special Issue of Ethics Congress: Lecture): 34. [Persian]
20. Aziznejadroshan P, Alhani F, Mohammadi E. Challenges and Practical Solutions for Pain Management Nursing in Pediatric Wards. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2015; 17(12): 57-64. [Persian]
21. Zeanah CH, Humphreys KL. Child Abuse and Neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018; 57(9): 637-644.
22. Dubowitz H. Neglect in children. Pediatr Ann. 2013; 42(4): 73-77.
23. Avdibegovic E, Brkic M. Child Neglect-Causes and Consequences. Psychiatr Danub. 2020; 32(Suppl 3): 337-342.
24. Kokabisaghi F. Children's Right to Health and Protection in Iran; Domestic Implementation of International Laws. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020; 13(1): 403-417. [Persian]
25. Turner HN. Parental preference or child well-being: An ethical dilemma. Journal of Pediatric Nursing. 2010; 25(1): 58-63.
26. Taghavi Larijani T, Fathi R. Nursing Shortage and Ethical Issues: A Narrative Review. Iranian Journal of Nursing Research. 2018; 13(2): 50-57. [Persian]

27. Marginean CO, Meliț LE, Chinceșan M, Mureșan S, Georgescu AM, Suciu N, et al. Communication skills in pediatrics-the relationship between pediatrician and child. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(43): e8399.
28. Shamshiri T. Legal review of child abuse in Iranian law and international documents. *Journal of Islamic Studies And Research*. 2020; 2(15): 21-30. [Persian]
29. Tayebi Z. *Addiction and Adolescent*. Tehran: 10th National Conference of Management and Humanistic Science Recherche in Iran; 2021. Available at: <https://sid.ir/paper/900881/fa>. [Persian]
30. Rouhparvar Z, Javadnoori M, Shahali S. Parents' approaches to sexuality education of their adolescent boys: A qualitative study in Ahvaz, Iran. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020; 8(3): 260-270. [Persian]
31. Muhwezi WW, Katahoire AR, Banura C, Mugooda H, Kwesiga D, Bastien S, et al. Perceptions and experiences of adolescents, parents and school administrators regarding adolescent-parent communication on sexual and reproductive health issues in urban and rural Uganda. *Reproductive Health*. 2015; 12(1): 1-6.
32. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Ethical conflicts in health care for adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(6): 1717-1725.
33. Naderifar M, Goli H, Hoseinzadeh M, Ghaljaie F. Adolescents' Experiences of Hospitalization in Pediatric Ward: A Phenomenological Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020; 6(2): 124-133. [Persian]
34. Rahmani A, Sadeghi N. Comparison of Hospitalized Adolescents' Satisfaction of Clinical Services and Physical Environment in Children and Adults' Wards in Isfahan in 2009. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2017; 11(6): 7-13. [Persian]
35. Jones SM, Fiser DH, Livingston RL. Behavioral changes in pediatric intensive care units. *American Journal of Diseases of Children*. 1992; 146(3): 375-379.
36. Ghaderi S, Alaee Karahrudi F, Yousefi Chaijan P, Nasiri Oscui N. Fathers' participation in the care of hospitalized child in pediatric intensive care unit on fathers' stress and coping strategies. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2014; 16(10): 61-69. [Persian]
37. Saidi Z, Khatiban M, Soltanian A, Rahimi Bishr F. Assessment of intensive care unit nurses' knowledge, attitude and practice of physical restraint use. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2015; 23(3): 40-49. [Persian]
38. Namnabati M, Farzi S, Ajoodaniyan N. Care challenges of the neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016; 11(4): 35-42. [Persian]
39. Kadivar M, Madani M, Mardani Hamooleh M, Ghasemzadeh N. An ethical approach to providing medical, supportive and palliative services for infants with chronic renal failure and their families. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016; 8(5): 10-19. [Persian]
40. Zarrini P, Kadivar M, Mosayebi Z, Asghari F, Ranjbar H. Development of Iranian Version of Ethical Challenges in Neonatal Intensive Care Units. *Faculty of Nursing and Midwifery Quarterly*. 2015; 25(91): 37-45. [Persian]