

گزارش یک مورد کودک آزاری منجر به اختلال رشد و تکامل

دکتر مهدی فروزش* - دکتر مینا شعبانی** - مریم وثوق***

*متخصص پزشکی قانونی، عضو پیوسته مرکز تحقیقات پزشکی قانونی اداره کل پزشکی قانونی استان زنجان
**متخصص روانپزشکی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان
***کارشناس ارشد علوم اقتصادی، اداره کل پزشکی قانونی استان زنجان

چکیده

مقدمه: کودک آزاری شامل صدمات جسمی، روانی و جنسی مکرر به نوزاد یا بچه توسط والد یا قیم او در شرایطی است که احتمال حادثه بودن صدمات را می‌توان رد کرد.

معرفی مورد: دختر ۱۸ ساله‌ای که به دلیل سوء تغذیه دچار اختلال رشد شدید گردیده بود به طوری که قد وی ۱۳۲ سانتی‌متر، وزن ۲۷ کیلوگرم، بهره هوشی وی ۶۱ بود؛ همچنین استفاده از تست ماریاکواس حکایت از افسردگی شدید در نامبرده داشت.

در معاینه ظاهری ضایعات زیر مشاهده شد: جوشگاه جراحی در ناحیه آهیانه‌ای سر، فرق سر، کندگی موهای سر به وسعت ۱۰٪ کل پوست سر که ریش مجدد پیدا نکرده بود. جوشگاه جراحی در خلف دست، ساعد، آرنج، بازوی هر دو دست، خلف و قدام گردن، هر دو کتف، خلف تنه، شانه راست و چپ، سوختگی التیام یافته از نوع درجه ۲ به میزان (۲٪) در بناگوش راست و چپ، خراشیدگی‌ها و ساییدگی‌های متعدد در حال التیام و یا التیام یافته در خلف تنه، بازوها و روی هر دو دست مشهود بود. سوختگی‌های فوق‌الذکر در اثر تماس با جسم داغ و سوزاننده و سایر ضایعات در اثر اصابت جسم سخت، جسم برنده و جسم سخت لبه‌دار بوسیله ابزار و وسایل قالی بافی ایجاد گردیده بود.

نتیجه‌گیری: تعدادی از علایم و اختلالات روانپزشکی در کودکی و بزرگسالی با ترومای سال‌های اول زندگی همراه می‌شود مثل افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال شخصیت مرزی، سوء مصرف مواد، خودکشی، خودآزاری، مشکلات رفتار جنسی و اختلالات یادگیری. در مورد این گزارش نیز بهره هوشی پایین، افسردگی و خودآزاری (کندن پوست دست هنگام مصاحبه) وجود داشت.

واژگان کلیدی: کودک آزاری، جراحی، اختلال رشد، افسردگی

تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۲۷

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۵/۷

نویسنده پاسخگو: زنجان، اداره کل پزشکی قانونی استان زنجان Forouzes@hotmai.com

مقدمه

شمار می‌رود. پس از پوست، استخوان‌های کودک دومین جزیی از بدن می‌باشد که به تشخیص بالینی و پاتولوژیک کودک آزاری کمک زیادی می‌کند به طوری که توصیه می‌شود در تشخیص کودک آزاری منجر به فوت قبل از اقدام به کالبدگشایی، گرافی کل نواحی بدن به عمل آید. شکستگی ماریپیچی^۱ تنه بازو یکی از شایع‌ترین انواع شکستگی در این افراد محسوب می‌شود. شکستگی استخوان جمجمه در موارد منجر به فوت شایع بوده و اغلب همراه با خونریزی داخل جمجمه‌ای می‌باشد. شایع‌ترین ناحیه دچار شکستگی جمجمه در کودک آزاری ناحیه پس سری آهیانه‌ای^۲ است.

شکستگی در اندام‌ها مقداری از شاخص‌ترین علایم کودک آزاری مثل صدمات متافیز و اپی‌فیزی استخوان‌های در حال رشد و ضایعات پریوست استخوان را در بردارند. اکثر صدمات اندام‌ها ناشی از فشار

اگر چه برای کودک آزاری تعاریف مختلف و متعددی ارائه شده است ولی به طور کلی کودک آزاری شامل صدمات جسمی، روانی و جنسی مکرر به نوزاد یا بچه توسط والد یا قیم او در شرایطی است که احتمال حادثه بودن صدمات را می‌توان رد نمود (۱). اکثر قربانیان فوت شده در اثر کودک آزاری کم سن بوده و دو سوم آنها زیر ۳ سال دارند.

پوست و استخوان‌های کودک شرح بدرفتاری‌هایی را که کودک قادر به بیان آنها نیست و یا از بیان آنها هراس دارد نقل می‌کند. کبودی، جراحات و جوشگاه‌های موجود روی پوست کودک که هر کدام در زمان متفاوتی ایجاد شده‌اند و دلالت بر مکرر بودن صدمات وارده بر بدن کودک دارد، یکی از معیارهای تشخیصی مهم در کودک آزاری به

1- Spiral fx
2- Occipitoparietal

غیرمستقیم مثل پیچش، کشش و یا فشار زاویه‌ای^۲ می‌باشد. در کودک- آزاری شکستگی دنده‌ها شایع بوده، اغلب چندین دنده در یک یا هر دو طرف قفسه سینه دچار آسیب می‌شوند (۱).

مورد معرفی شده یکی از موارد نادر و منحصر به فرد از حیث تعدد جراحات پوستی قدیمی و جدید، طول مدت زمان کودک‌آزاری از دوران طفولیت تا سن ۱۸ سالگی و عدم توجه به تغذیه است که نهایتاً منجر به اختلال رشد فیزیکی و محرومیت از تسهیلات اولیه زندگی از قبیل تحصیلات، پوشاک و روابط بین فردی و اجتماعی شده که حاصل آن اضطراب شدید و بهره‌هوشی پایین وی بوده است که هرکدام از موارد فوق نشان‌دهنده شدت صدمات وارد بر جسم و روان این فرد است.

علی‌رغم افزایش آگاهی افراد درباره آزارهای جسمانی کودکان و دیگر انواع کودک‌آزاری، هنوز موارد بسیاری از این پدیده گزارش می‌شود که بارها به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند و به صورت علامتی درمان شده و بدون هیچ‌گونه حمایتی مجدداً به محیط ناسالم خود بازگردانده شده‌اند. اینها کودکانی هستند که با شکایات مختلف جسمی و با گزارش‌های متفاوتی از همراهیان، همه‌روزه به مراکز درمانی و توان‌بخشی ارجاع داده می‌شوند.

کودکان آسیب‌پذیرترین قشر جامعه هستند، به همین دلیل نیاز ویژه‌ای به حمایت دارند. سوءرفتار با کودکان، امنیت و سلامت آنان را به خطر می‌اندازد. سوءرفتار با کودکان، نتایج کوتاه‌مدت و بلندمدت را به همراه دارد. تأثیرات روانی در کودکان شامل خودکشی، افسردگی، سوءمصرف مواد، خشونت‌های خانوادگی و ... می‌باشد.

مرکز ملی در زمینه کودک‌آزاری و غفلت از کودکان^۴ که در واشنگتن دی سی واقع شده است تخمین می‌زند که سالانه یک میلیون کودک مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند. سالانه بین ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ مرگ در نتیجه کودک‌آزاری و غفلت از آنان در ایالات متحده روی می‌دهد. سالانه موارد جدید سوء استفاده جنسی از کودکان گزارش می‌شود. تعداد واقعی کودک‌آزاری احتمالاً بالاتر از این ارقام است چون بسیاری از کودکان آزرده ناشناخته و بدون تشخیص می‌مانند. از بین کودکانی که از نظر جسمی آزار می‌بینند، ۳۲٪ زیر ۵ سال هستند ۲۷٪ بین ۵ تا ۹ سال دارند، ۲۷٪ ۱۰ تا ۱۴ ساله هستند و ۱۴٪ نیز ۱۵ تا ۱۸ سال دارند. بیش از نیمی از کودکان آزرده، نارس به دنیا آمده یا وزن موقع تولد آنها پایین‌تر از معمول بوده است (۲).

چهار نوع مهم کودک‌آزاری عبارتند از: کودک‌آزاری جسمی، کودک‌آزاری جنسی، کودک‌آزاری عاطفی (روان‌شناختی) و مسامحه یا غفلت می‌باشد:

۱ - کودک‌آزاری جسمی^۵: به طور کلی کودک‌آزاری جسمی آسیبی است که مواردی چون ضربه زدن، داغ کردن، آسیب رساندن به سر، شکستگی، آسیب‌های درونی، زخمی کردن یا هر شیوه دیگر از آسیب جسمانی را شامل می‌شود.

۲ - کودک‌آزاری جنسی^۶: تماس یا تعامل بین کودک و فرد

بزرگسال هنگامی که از کودک برای تحریک جنسی شخص مرتکب^۷ یا فرد دیگری استفاده شود. کودک‌آزاری جنسی دامنه وسیعی از نمایش آلت تناسلی فرد بزرگسال به کودک، مجبور کردن کودک به نشان دادن آلت تناسلی خویش به فرد بزرگسال، وادار ساختن کودک به روسپی‌گری یا استفاده کودک در حوزه هرزه‌نگاری^۸ را نیز شامل می‌شود.

۳ - کودک‌آزاری عاطفی^۹: بدرفتاری عاطفی آسیبی اساسی و قابل توجه است که کارکردهای روانشناختی، رفتار و رشد کودک را به شدت تأثیر قرار می‌دهد و طرد، محرومیت عاطفی، برخورد خشونت- آمیز خانواده، انتقاد، تحقیر و انتظارات نامناسب از کودک، کودک‌آزاری عاطفی تلقی می‌شود. بدرفتاری عاطفی معمولاً با بدرفتاری جسمی و کلامی همراه است.

۴ - مسامحه، غفلت^{۱۰}: عبارتست از حذف یا نادیده گرفتن کودک که ممکن است با آزار بدنی همراه باشد. حذف و عدم تأمین نیازهای اولیه جسمی کودک مثل تغذیه، پوشاک، بهداشت، نظافت، تربیت، مراقبت‌های پزشکی و ابراز عشق و علاقه می‌باشد (۳).

بر اساس آمار کمیته ملی پیشگیری از کودک‌آزاری در آمریکا در سال ۱۹۹۷ بیش از سه میلیون کودک به دلیل آزار و مسامحه به آژانس‌های حمایت از کودکان ارجاع شده‌اند (۴).

در مطالعه‌ای که توسط صباغ و همکاران در سال ۱۳۸۱ با عنوان بررسی میزان شیوع برخی موارد کودک‌آزاری در کودکان ۱-۱۸ سال استان خراسان انجام شد، ۵۳/۴٪ موارد بررسی شده (۲۷۵۰ نفر) مورد آزار فیزیکی و ۲۸/۶٪ مورد آزار عاطفی قرار گرفته‌اند که بیشترین آزار از سوی مادران بوده و بیشترین آزار جسمانی نیز مربوط به گروه سنی ۱-۵ سال و بیشترین آزار عاطفی، بی‌توجهی و بی‌اعتنایی در کودکان ۶-۱۸ ساله بودند.

هم چنین شدت آسیب در ۱/۵٪ موارد به حدی شدید بوده که نیازمند خدمات جدی پزشکی یا بستری بوده‌اند (۵).

مطالعه‌ای که توسط صحبایی و همکاران در سال ۱۳۸۵ جهت بررسی رابطه عوامل خانوادگی، روانی، اجتماعی با کودک‌آزاری در دبستان‌های دولتی تهران به عمل آمد نشان داد که ۷۵٪ کودکان (از ۱۳۰۰ دانش آموز) گروه مورد بررسی مورد تنبیه بدنی شدید قرار می‌گرفتند. بین سن، شغل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و مسکونی والدین و تعداد فرزندان، طلاق، اعتیاد، انزوای اجتماعی و عدم دسترسی به سیستم‌های حمایتی با کودک‌آزاری رابطه معنی‌دار وجود داشت (۶).

با این وجود آمار تکان‌دهنده تنها بخش کوچکی از بحران اصلی

3- angulation

4- NEGLECT

5- physical abuse

6- sexual abuse

7- Perpetrator

8- Pornography

9- Emotional Child Abuse

10- neglect

کوچک در نواحی مذکور خصوصاً در خلف تنه مشهود بود و به ندرت یک نقطه سالم در خلف تنه به چشم می‌خورد. گزارش معاینه ظاهری بدین شرح بود جوشگاه جراحی در ناحیه آهیانه‌ای سر، فرق سر، کندگی موهای سر به وسعت ۱۰٪ کل سر که رویش مجدد پیدا نکرده بود، جوشگاه جراحی در خلف هر دو دست، ساعد، آرنج، بازوی هر دو اندام فوقانی و خلف و قدام گردن، هر دو کتف، خلف تنه به صورت متعدد و غیر قابل شمارش، شانه راست و چپ، سوختگی التیام یافته از نوع درجه ۲ به میزان (۲٪) در بنا گوش راست و چپ، خراشیدگی‌ها و ساییدگی‌های متعددی در حال التیام در خلف تنه، بازوها و روی هر دو دست مشهود بود. سوختگی در اثر تماس با جسم داغ و سوزاننده و سایر ضایعات در اثر اصابت جسم سخت، جسم برنده و جسم سخت لبه دار (از ابزار و وسایل قالبی بافی) ایجاد بود (تصاویر ۱-۳).



تصویر ۱- جوشگاه‌های صدمات قدیمی و جراحات جدید و در حال التیام قسمتی از خلف تنه



تصویر ۲- جراحات در حال التیام و کنده شدن موهای پوست سر

را نشان می‌دهد زیرا هم کودکی که مورد آزار قرار می‌گیرد از دادن اطلاعات در این زمینه خودداری می‌کند و هم کسی که کودک آزاری می‌کند.

شرح مورد

دختری ۱۸ ساله که در یکی از روزهای زمستان در شهر زنجان برخلاف میل والدین و به نشانه اعتراض و عدم تحمل وضعیت حاکم بر خانواده و زندگی خویش تصمیم به فرار از خانه می‌گیرد. وی از کودکی با محرومیت از تحصیل در زیرزمین منزل پدری خویش و در شرایط بسیار نامطلوب زیر نظر ۲ خواهر ناتنی ۳۰ و ۲۶ ساله‌اش مجبور به فرش بافی شده است و از کوچک‌ترین امکانات اولیه زندگی از قبیل پوشاک و تغذیه مناسب و توجه والدین محروم بوده است. تنها تغذیه او برای ادامه حیات نان خالی آن هم به مقدار بسیار کم بوده به گونه‌ای که این دختر از مواد غذایی مثل گوشت، پنیر، تخم‌مرغ و ... هیچ‌گونه شناختی نداشته و به یاد نمی‌آورد که از این نوع مواد غذایی استفاده کرده باشد. وضعیت ظاهری، جثه و وزن او نیز موارد فوق را تأیید می‌کرد.

در معاینه ظاهری دختر ۱۸ ساله‌ای بود که به دلیل سوء تغذیه شدید دچار اختلال رشد شدید شده بود به طوری که قد وی ۱۳۲ سانتی‌متر و وزن ۲۷ کیلوگرم بود. معیارهای قد و وزن وی با سن واقعی‌اش مطابقت نداشت. قد نسبت به سن وی مطابق با سن ۹ سالگی بود و تطبیق وزن با سن نامبرده نیز حکایت از سن ۸/۵ سالگی داشت. به لحاظ سوءتغذیه عارض شده، نامبرده مبتلا به کم خونی بود که کلیه علائم فوق می‌توانست در اثر سوء تغذیه شدید ناشی از محرومیت مزمن از گروه‌های عمده رژیم غذایی از جمله پروتئین‌ها ایجاد شده باشد.

در بررسی‌های به عمل آمده هیچ‌گونه اختلال رشد جسمی یا بهره هوشی پایین در سایر افراد خانواده و فرزندان دیگر مشاهده نشد از طرفی عامل دیگری به غیر از کودک‌آزاری در مورد فوق الذکر جهت ارتباط عوارض مذکور یافت نگردید و تمامی عوارض و صدمات جسمی و روحی منحصراً در اثر صدمات فیزیکی، سوءتغذیه و خشونت‌های انجام شده ایجاد شده بود، به طوری که در آزمایش‌ها و معاینات روتین هیچ‌گونه علائم و شواهدی دال بر وجود اختلالاتی از قبیل سندرم دیانسفالیک، اختلالات نورولوژیک زمینه‌ای، متابولیک و اندوکراین مشاهده نگردید.

وی از کودکی توسط والدین و خواهر ناتنی خود مورد آزار قرار گرفته بود. مورد مذکور در هنگام کار در کارگاه قالبی بافی خانگی توسط خواهران ناتنی و والدین خود در حین کار بوسیله چاقو و دف قالبی بافی به طور مرتب و روزانه از ناحیه خلفی تنه و قسمتی از اندام‌های فوقانی و تحتانی، سر و صورت مورد اصابت ضربات چاقو و دف قرار گرفته بود که آثار جوشگاه‌های متعدد و غیر قابل شمارش بریدگی‌های بزرگ و

هوشی و از طرف دیگر بهره هوشی پایین عاملی برای آزارهای فیزیکی بوده است.

به نظر می‌رسد عوامل متعددی در بروز کودک‌آزاری مذکور دخیل بوده است که مهم‌ترین آنها سطح اجتماعی و اقتصادی پایین خانواده، استفاده ابزاری از کودک به عنوان یک منبع درآمدزایی از طریق فرشبافی، سطح پایین تحصیلات خانوادگی، وجود اختلال شخصیتی، افسردگی شدید (با استفاده از تست ماریاکواس) خواهر بزرگتر که عامل خشونت بوده و ناتنی بودن کودک آزار دیده بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

خشونت خانوادگی نه تنها یک معضل فردی، بلکه یک معضل اجتماعی است که پیامدهای آن به صورت گسترده از نسلی به نسل دیگر در جامعه خودنمایی می‌کند.

در هر جامعه کودکان زیربنای آینده آن جامعه محسوب می‌شوند. امروزه هرگاه روان‌پزشکان، روانشناسان و جامعه‌شناسان در مورد آینده یک جامعه سؤالی داشته باشند وضعیت کودکان در آن جامعه می‌تواند پاسخگوی سؤال آنها باشد.

در حالی که این معضل به عنوان یک رویداد در کشورهای غربی مورد توجه قرار گرفته است و مبنای تئوریک با ارزش و اطلاعات تجربی درباره آن در کشورهای توسعه یافته فراهم شده است، در کشور ما ایران این پدیده کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که نوجوانان اکثریت جامعه ما را تشکیل می‌دهند و این معضل اجتماعی پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت جبران‌ناپذیری بر روی نوجوانان به عنوان سرمایه‌های جامعه ایجاد می‌کند لازم است به عنوان یک حوزه از مداخلات بین‌الملیتی مدنظر قرار گیرد و مطالعات منطقه‌ای در این زمینه انجام شود.

کودک‌آزاری در تمام طبقات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مختلف گزارش گردیده است و عوامل بسیاری در بوجود آوردن این پدیده تأثیر دارند. اما به طور کلی می‌توان گفت عوامل شخصیتی و تعامل بین رفتارها که ممکن است ناشی از عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و یا عوامل دیگر باشند، در این زمینه نقش اصلی را دارند (۱).

بدرفتاری، آسیب‌های جدی به رشد کودکان و نوجوان وارد می‌کند. آسیب‌های فیزیکی، عاطفی، تحقیر و بی‌توجهی منجر به عزت نفس پایین در آنها می‌شود.

کاهش عزت نفس و آسیب‌دیدگی در نوجوانان و کودکان ممکن است منجر به سرزنش، خودبیزاری، شرم، تحقیر و احساس گناه گردد و آنها نسبت به مردم، زندگی و آینده بدبین شوند. نوجوانان آسیب دیده در کسب یک هویت منسجم و یکپارچه از خود ناتوان بوده و ممکن است هویتی مغایر با ارزش‌های جامعه برگزینند و رفتارهای بزهکارانه، خشونت‌آمیز، سوء مصرف مواد و فرار از خانه در پیش گیرند.



تصویر ۳- جوشگاه‌های صدمات قدیمی و جراحات جدید و در حال التیام در تمامی خلف تنه

از تمام نقاط بدن عکس‌های رادیولوژی به عمل آمد که خط مشکوک به شکستگی قدیمی در انتهای تحتانی استخوان درشت نی ساق پای راست و هم چنین در استخوان پس سری مشهود بود که به دلیل گذشت زمان در خصوص زمان ایجاد آن به اظهار نظر دقیق ممکن نبود.

در ارزیابی‌های روان‌پزشکی به عمل آمده قادر به ارتباط کلامی سلیس و روان نبود و چنانچه از او سؤالی پرسیده می‌شود خود را پشت سر مددکار بهیستی پنهان می‌کرد و تنها به سؤالات مددکار، آن هم بسیار آرام و کوتاه جواب می‌داد.

در جلسات بعدی تست هوش به عمل آمد که در حد ۶۱ و عقب ماندگی خفیف (mild MR) را نشان می‌داد. هم چنین تست افسردگی کودکان (ماریاکواس) به عمل آمد که این آزمون با توجه به کسب نمره ۳۳، حاکی از افسردگی شدید در نامبرده بود.

پدر خانواده در دوران جوانی به دنبال یک ازدواج ناموفق و اختلافات زناشویی با داشتن فرزند از همسر اول متارکه و بلافاصله با همسر فعلی که خود او نیز مطلقه و دارای دو فرزند دختر بوده است ازدواج و حاصل ازدواج آنها نیز سه فرزند بوده است پدر که بی‌سواد و کارگر ساده ساختمانی بوده بطور ناگهانی و به دلایل نامشخص خانه‌نشین شده بود و با ایجاد کارگاه فرش بافی در زیرزمین منزل که بافندگان آن را دختران وی تشکیل می‌داده‌اند امرار معاش می‌نموده است. پسران خانواده تحصیل می‌کرده‌اند و نقشی در اقتصاد خانواده نداشتند. اعمال فشار به دختران و وادار نمودن آنها جهت انجام کار اضافی و انتقال فشار از سوی دختران بزرگتر (عامل خشونت) به کودک آسیب رسیده یکی از عوامل زمینه‌ای بروز این کودک‌آزاری بوده است.

مورد گزارش شده دارای بهره هوشی ۶۱ و در ردیف عقب‌ماندگی ذهنی خفیف بود. از یک سو محرومیت شدید (آموزشی، تغذیه‌ای، اجتماعی و فرهنگی) در طولانی مدت عاملی برای پایین بودن بهره

زیاد گریه می‌کنند و یا به طور غیر عادی متوقع هستند و اصطلاحاً کودکان مشکل‌دار نامیده می‌شوند، بیشتر مورد آزار قرار می‌گیرند (۲).

با توجه به مورد تأسف برانگیز گزارش شده و مواردی از این قبیل که هر از چند گاه در رسانه‌ها شاهد آن هستیم و بسیاری از موارد پنهان و گزارش نشده کودک‌آزاری و با عنایت به این که کودک‌آزاری نتایج کوتاه مدت و بلند مدت شامل خودکشی، افسردگی، سوءمصرف مواد، خشونت‌های خانواده و ... را به همراه دارد؛ این امر می‌تواند به عنوان یکی از اولویت‌های بهداشتی و درمانی در کشورهای مختلف جهان مورد ارزیابی قرار گیرد. لازم است برنامه‌های جامع در راستای پیش‌گیری از این معضل چه به صورت برنامه‌ریزی برای آموزش والدین و یاد دادن مهارت‌های زندگی و فرزندپروری و چه تدوین قوانین ضروری در جامعه برای جلوگیری از بروز کودک‌آزاری و مجازات عاملین آن در نظر گرفته شود که آن هم نیاز به مشارکت کلیه ارگان‌ها و مؤسسات دولتی و غیردولتی دارد.

تحقیقات بیان‌گر این است که بدرفتاری عامل تعیین‌کننده مهمی در سازگاری روان‌شناختی بعدی این افراد است. افرادی که در کودکی آزار دیده‌اند، احتمال بیش تری وجود دارد که در آینده یک بزرگسال آزاردهنده شوند.

تعدادی از علایم و اختلالات روانپزشکی در کودکی و بزرگسالی با ترومای سال‌های اول زندگی همراه می‌شود مثل افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال شخصیت مرزی، سوءمصرف مواد، خودکشی، خودآزاری، جسمانی‌سازی، مشکلات رفتار جنسی، اختلالات تجزیه‌ای و اختلالات یادگیری (۳).

در مورد گزارش شده حاضر نیز اختلال افسردگی و خودآزاری (کندن پوست دست هنگام مصاحبه) وجود داشت. قربانیان کودک-آزاری از انواع مختلفی از مشکلات سلامت فیزیکی در طول عمرشان رنج می‌برند. گزارش‌های بسیاری از بعضی انواع سردردهای مزمن، دردهای عضلانی، لگنی، شکمی بدون هیچ دلیل شناخته شده‌ای وجود دارد (۷).

کودکان نارس، عقب‌مانده ذهنی، معلول جسمی و کودکانی که

References

- 1- Simpson K, Shepherd R. Simpson's Forensic Medicine, 12th ed, Hodder Arnold. 2003; 33.
- 2- Rezai F. In translation of: Summary of Psychiatric. Kaplan H, sadok P (eds). 1st ed. Tehran. Arjmand Publicatin. 2008; 40-3.
- 3- Christopher j. child abuse and neglect. 2nd ed. London: chrchill livingstone. 2000; 88.
- 4- Holoday – worret F, psychiatric mental health nursing. 2 nd ed. Philade: mosby. 2000; 619.
- 5- Sabbagi F, Chobdar N, Abrishami M. Prevalence Rate Survey of Some Child Abuse Cases in 1-18 age in Khorasan. Journal of Raze behzisty. 2004; 30: 7-11.
- 6- Sahbaei F, Davachi A, Zeraatchi M, Najafi Z, Factors Relation Survey of family, Psychological And Social With Child Abuse in Government Girls School Tehran, Medical Science Journal of Islamic Azad Univessity. 2006;16(1): 43-8.
- 7- Bessel A, Hopper j, crozier j. child abuse in America: prevalence and consequences. journal of aggression, maltreatment and trauma, 2001; 20-3.