

## گزارش مورد

### گزارش یک مورد کودک آزاری منجر به فوت

دکتر فرامرز ابراهیمی فلاح طلب\*<sup>۱</sup>، دکتر مهدی قربانی ثمینی<sup>۲</sup>

۱- متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، اداره کل پزشکی قانونی استان گلستان، گرگان. ۲- پزشک عمومی، اداره کل پزشکی قانونی استان گلستان، گرگان.

#### چکیده

کودک آزاری به عنوان یک پدیده نابهنجار همواره در هر جامعه‌ای مورد نکوهش بوده است. با توجه به شدت جراحات عمدی که توسط والد یا قیم کودک ایجاد می‌گردد و احتمال وقوع مرگ ناشی از آن زیاد است؛ لزوم مداخله در مراحل اولیه برای حفظ حیات کودک ضروری است. روزانه موارد زیادی از مرگ و میر ناشی از کودک آزاری در سراسر دنیا اتفاق می‌افتد که در معاینه‌های روتین تشخیص داده نمی‌شوند. لذا لزوم ارائه برنامه برای شناسایی و مداخله امری اجتناب‌ناپذیر است. مقاله حاضر گزارشی از یک مورد کودک آزاری است که به دنبال صدمات کشنده شکمی کودک فوت نمود.

کلید واژه‌ها: کودک آزاری، مرگ و میر

\* نویسنده مسئول: دکتر فرامرز ابراهیمی فلاح طلب، پست الکترونیکی: [faraz20forens@yahoo.com](mailto:faraz20forens@yahoo.com)

نشانی: گرگان، جاده کمربندی، اداره کل پزشکی قانونی استان گلستان، تلفن: ۰۱۷۱) ۶۶۲۰۳۰۲، شماره: ۲۲۳۲۵۶۳

وصول مقاله: ۸۷/۱۱/۲۳، اصلاح نهایی: ۸۸/۲/۵، پذیرش مقاله: ۸۸/۲/۲۳

## مقدمه

بازوها نمایان بود. در ناحیه تحتانی شکم از زیر ناف و ناحیه سوپراپیبویک تا نواحی تناسلی و لیبها، کبودی‌های وسیع و یکدست مشهود بود. در بررسی اندام‌های تحتانی یک ناحیه پوست رفتگی ناشی از کلابه شدن تاول سوختگی در خلف پاشنه پای چپ مشهود بود که تا کف پا امتداد می‌یافت. در بررسی کالبدگشایی خونمردگی شدید در مزوکولون، خونریزی خلف صفاقی در ناحیه پری‌رنال چپ مشاهده گردید. در بررسی سم‌شناسی و آسیب‌شناسی نکته مثبتی یافت نشد.

## بحث

در کودک آزاری با توجه به این که بیشترین موارد مرگ از نوع angry homicide می‌باشد و کودک اغلب قربانی عمل شدید و ناگهانی است که مرتکب طی برافروختن و عدم کنترل تکانه از خود نشان داده است؛ لذا وجود الگوی خاص جراحات و وجود صدمات مکرر در یک کودک با سن زیر ۳ سال با وضعیت تغذیه‌ای نامناسب و وجود درجاتی از سوء تغذیه می‌تواند؛ وجود کودک آزاری را تأیید کند. در اغلب این موارد نشانه‌هایی از بی‌توجهی والدین در مراقبت و تغذیه کودک یا وجود اختلافات بارز بین والدین کودک به چشم می‌خورد (۱ و ۲).

در مورد گزارش شده پدر کودک قربانی اعتیاد به مواد مخدر بود و به علت بی‌توجهی مادر به مراقبت از کودک، همواره توسط افرادی غیر از والدین نگهداری می‌شد. الگوی صدمات و وجود کبودی‌های متعدد دیسکی شکل در سطح بدن، وجود پارگی احشاء شکمی و خونریزی داخل شکمی در یک کودک زیر ۳ سال که منجر به مرگ وی گردیده است؛ به طور صریح دلالت بر کودک آزاری داشت.

توجه به این نکته حائز اهمیت است که جراحات ناشی از کودک آزاری نسبت به جراحاتی که به دنبال سایر علل نظیر تصادفات وسایل نقلیه یا سقوط ایجاد می‌گردد؛ دارای پیش‌آگهی بدتری است و معمولاً با میزان مرگ و میر بیشتری همراه است. به طوری که در یک مطالعه میزان مورتالیتی ناشی از کودک آزاری حتی در بیمارستان نسبت به سقوط ۶ برابر افزایش نشان داده است (۳).

کودک آزاری شامل صدمات فیزیکی مکرر به کودک یا نوزاد توسط والد و قیم او در شرایطی است که حادثه را می‌توان رد نمود. کودک آزاری شامل انواع سوءاستفاده‌های روانی، جسمی و جنسی می‌گردد. دوسوم افرادی که به دنبال کودک آزاری فوت می‌کنند؛ سن زیر ۳ سال دارند و تابلوی مرگ در آنها به صورت دستی می‌باشد. براساس اکثر منابع علمی، علل مرگ متعاقب کودک آزاری ضربه به سر و پس از آن پارگی احشاء شکمی است که با افزایش سن، مرگ به دنبال پارگی احشاء شکمی افزایش می‌یابد (۱).

در مطالعه‌ای که روی ۶۶۴ مورد ترومای بلانت شکم کودکان در امریکا ثبت گردید؛ به غیر از موارد مربوط به تصادفات وسایل نقلیه، ۴۱ درصد موارد مشکوک به کودک آزاری بود که دومین علت ترومای بلانت شکم در کودکان بعد از تصادفات وسایل نقلیه را تشکیل می‌داد (۲). در کودک آزاری پارگی احشاء شکمی بیشتر در اثر ضربه مستقیم یا مشت و لگد ایجاد می‌شود و از بین ارگان‌های شکمی، کبد شایع‌ترین ارگانی است که آسیب می‌بیند و پس از آن آسیب مزانتر و روده‌ها در رده‌های بعدی از نظر شیوع قرار دارند (۱). با توجه به لزوم برنامه‌ریزی حمایتی از کودکان در این مقاله یک مورد کودک آزاری منجر به فوت گزارش گردید.

## معرفی مورد

دختر سه‌ساله‌ای توسط بستگانش با کاهش سطح هوشیاری به بیمارستان کودکان طالقانی گرگان در شهریور ماه ۱۳۸۷ منتقل گردید. کودک در زمان معاینه به تحریکات دردناک پاسخ نمی‌داد و دارای تنفس gasping بود و صدای قلب شنیده نمی‌شد. علی‌رغم انتوباسیون و عملیات CPR کودک فوت نمود. در گزارش بیمارستانی آثار کبودی‌های پراکنده در سطح قدامی و خلفی تنه و صورت، کبودی وسیع از ناف تا ژنیتالای کودک و آثار سوختگی در کف و پشت پای چپ وجود داشت.

طبق گزارش پزشکی قانونی، کودک دارای وزن ۱۲/۵ کیلوگرم و قد ۸۰ سانتی‌متر بود. در معاینه ظاهری، ملتحمه کاملاً رنگ‌پریده بود. آثار کبودی‌های دیسکی شکل در قدام و خلف قفسه‌سینه و بر روی شانه راست و چپ و در ناحیه

جدول ۱: عوامل خطری مورد ارزیابی در کودکان ارجاعی به مراکز درمانی برای شناسایی احتمال وجود کودک آزاری (۱)

| عامل خطر                       | ۱ امتیاز        | ۲ امتیاز (۵)            |
|--------------------------------|-----------------|-------------------------|
| فرد مراقب کودک                 | والدین بیولوژیک | والدین غیر بیولوژیک (۱) |
| سن کودک                        | بالای ۵ سال     | زیر ۵ سال               |
| اختلاف در روابط والدین         | وجود ندارد      | وجود دارد               |
| جراحات خاص (۲)                 | وجود ندارد      | وجود دارد               |
| گزارش قبلی از کودک آزاری       | وجود ندارد      | وجود دارد               |
| اختلال روانی و شخصیتی در مراقب | وجود ندارد      | وجود دارد               |
| شدت جراحات                     | غیرکشنده        | کشنده (۳)               |
| تناسب شرح حال با حادثه         | دارد            | ندارد                   |
| جراحات تکراری (۴)              | ندارد           | دارد                    |
| وضعیت تغذیه                    | Well nourished  | undernourished          |

۱) والدین غیربیولوژیک: هر فردی غیر از والدین اصلی کودک که از وی مراقبت می‌کند. ۲) کودکی‌های دیسکی شکل، پارگی فرنولوم، خونریزی ساب دورال، وجود شکستگی‌های spiral دیافیز، شکستگی metaphysical - epiphysial استخوان‌های بلند، شکستگی دپرس در جمجمه، شکستگی دنده‌ها. ۳) جراحات کشنده شامل جراحی است که در صورت عدم انجام اقدامات درمانی اورژانسی سبب مرگ کودک می‌گردد. ۴) جراحات تکراری نظیر وجود کودکی‌ها در سنین مختلف یا وجود شکستگی‌های متعدد در اندام‌ها با مراحل مختلف تشکیل کال می‌باشد. ۵) در صورت وجود اسکورهای بالای ۱۰ نیاز به توجه خاص به موارد ارجاعی و در صورت اسکورهای بالاتر، مداخله سازمان‌های حمایتی ضرورت می‌یابد.

مراجعه کودک مصدوم زیر ۵ سال تکمیل شود. در این پرسشنامه براساس پاسخ‌های داده شده؛ درجه‌بندی انجام شده و اسکورهای خاص به دست آمده مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. براساس نتایج به دست آمده از این جدول کودک با اسکور بالای ۱۰ به عنوان مورد مشکوک به کودک آزاری و کودک با اسکور بالای ۱۵ به عنوان مورد با احتمال قوی از وجود کودک آزاری تلقی می‌گردد.

بنابراین ارائه و سازماندهی یک برنامه غربالگری در سطوح وسیع و شناسایی موارد کودک آزاری که گاه در آستانه مرگ قرار می‌گیرند و حتی ممکن است؛ به دلیل عدم توجه کافی و عدم تسریع در رسیدگی به مورتالیتی و یا موربیدیتی کودکان منجر گردد؛ ضروری است. از سوی دیگر ایجاد سازمان‌های حمایتی که توانایی و قدرت مداخله در این امور برای حفظ و نجات جان کودکان را داشته باشند؛ در کنار برنامه‌های شناسایی موارد کودک آزاری از اصولی است که در راستای جلوگیری از موارد مرگ و میر ناشی از کودک آزاری و ارتقاء سطح بهداشتی هر جامعه‌ای ضروری است.

در ایالات متحده برنامه‌های تحت عنوان CDR (child death review) با هدف توصیف و شناسایی علل و موارد مرگ بین کودکان و پیشگیری از مرگ‌های آتی در آنها اجرا می‌گردد (۴).

افزایش برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی به کارکنان مراکز بهداشتی درمانی به خصوص پزشکان برای شناسایی و غربالگری موارد کودک آزاری و ارائه یک برنامه ویژه به منظور مواجهه با موارد تروما در کودکان زیر ۵ سال می‌تواند؛ مفید باشد. نمونه‌ای از یک پرسشنامه با هدف آگاهی و اطلاع از وضعیت زندگی کودکان مصدوم ارجاعی به مراکز درمانی در جدول یک (۱) ارائه شده است که در آن شناسایی فردی که از کودک مراقبت می‌کند، بررسی وجود اختلاف در روابط والدین، وضعیت تغذیه کودک، وجود جراحات خاص کودک آزاری و میزان شدت جراحات، فقدان شرح حال مناسب و قطعی از یک حادثه، سابقه مراجعات قبلی، وجود آثار صدمات تکراری، وجود سابقه بیماری روانی و اختلالات شخصیت در مراقب کودک لحاظ گردیده است و توصیه می‌گردد که این پرسشنامه در کلیه مراکز بیمارستانی در زمان

## References

1) Dimaio VI, Dimaio DJ. Forensic pathology. 2nd. Boca Raton, Florida: CRC Press. 2001; pp:336-363.  
2) Trokel M, Discala C, Terrin Norma C, Sege RD. Patient and injury characteristics in abusive abdominal injuries. Pediatric Emergency Care. 2006; 22(10): 700-704.

3) Trokel M, Discala C, Terrin Norma C, Sege RD. Blunt abdominal injury in the young pediatric patient: Child abuse and patient outcomes. Child Maltreatment. 2004; 9(1): 111-117.  
4) Webster RA, Carole J, Ewigman BG, Alario AJ. Child death review: The state of the nation. American Journal of Preventive Medicine. 2003 Jul; 25(1): 58-64.

