

فهرست مطالب

سخن آغازین.....	۷
پیشگفتار مترجمین.....	۹
بخش ششم: Family Conflict and Violence	۱۰
فصل ۲۷: کودک آزاری و بی توجهی.....	۱۱
فصل ۲۸: خشونت شریک صمیمی.....	۲۳
فصل ۲۹: تجاوز جنسی.....	۳۵
بخش هفتم: Behavioral and Psychiatric Problems	۴۱
فصل ۳۰: مدیریت بیماران روانی در مراقبت‌های اولیه.....	۴۳
فصل ۳۱: اختلالات اضطراب.....	۵۳
فصل ۳۲: اختلالات خلقی.....	۶۷
فصل ۳۳: بیمار خودکشی.....	۸۵
فصل ۳۴: علائم جسمی و اختلالات مرتبط.....	۹۳
فصل ۳۵: منتخب مشکلات رفتاری و روانی.....	۱۰۱
فصل ۳۶: اضطراب و استرس در بزرگسالان جوان.....	۱۱۱
فصل ۳۷: ناتوانی رشد و تکامل در طول عمر.....	۱۱۹
بخش هشتم: Allergy	۱۲۵
فصل ۳۸: بیماری‌های رایج آلرژی.....	۱۲۷
فصل ۳۹: آنافیلاکسی.....	۱۳۳
بخش نهم: Infectious Diseases	۱۴۳
فصل ۴۰: عفونت ویروس اپشتین بار و منونوکلئوز عفونی.....	۱۴۵
فصل ۴۱: عفونت‌های ویروسی و سیستم تنفسی فوقانی.....	۱۴۹
فصل ۴۲: سینوزیت، تونسیلیت و فارنژیت.....	۱۶۱

فصل ۴۳: بیماری‌های مقاربتی.....	۱۶۹
فصل ۴۴: ویروس نقص سیستم ایمنی انسانی (HIV) و سندرم نقص سیستم ایمنی اکتسابی (AIDS) ..	۱۸۳
فصل ۴۵: باکتری‌می و سپسیس.....	۱۹۵
فصل ۴۶: بیماری‌های عفونی انتخابی.....	۲۰۳
فصل ۴۷: اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها.....	۲۲۱
بخش دهم: Environmental and Occupational Health Problems.....	۲۳۵
فصل ۴۸: مراقبت سلامت شغلی.....	۲۳۷
فصل ۴۹: مشکلات مربوط به عوامل فیزیکی.....	۲۵۳
بخش یازدهم: Injury and Poisoning.....	۲۶۱
فصل ۵۰: گازگرفتگی‌ها و گزش‌ها.....	۲۶۳
فصل ۵۱: مسمومیت‌ها.....	۲۷۱
فصل ۵۲: مراقبت از جراحات حاد.....	۲۸۱
فصل ۵۳: آسیب‌های منتخب.....	۲۹۵
بخش دوازدهم: Care of the Athlete.....	۳۰۹
فصل ۵۴: مشکلات پزشکی ورزشکاران.....	۳۱۱
فصل ۵۵: آسیب‌های ورزشی.....	۳۲۳
واژه‌یاب.....	۳۴۳

سخن آغازین

جامعه آرمانی ترسیم شده در سند ۱۴۰۴، جامعه‌ای است که باید از حداکثر سلامت بر خوردار باشد. طبق این سند، نظام جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسئول و پاسخگو که وظیفه دارد ضمن برآورده کردن دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل آنان را جلب نماید و با کسب حمایت همه سازمان‌ها و نهادها رویکرد سلامت را در تمامی سیاست‌ها اجرایی سازد.^۱ پس از بیانییه سازمان بهداشت جهانی در نشست آما آتا (۱۹۷۹ میلادی- ۱۳۵۷ هجری شمسی) مهم‌ترین دغدغه‌ی نظام سلامت در تمامی کشورهای جهان دسترسی همگانی و عادلانه به سلامت با شعار "سلامتی برای همه" بوده است. این مهم منجر به اقدامات مختلفی در غالب "اصلاحات نظام سلامت" گردیده است و اهمیت نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کارا به عنوان "قلب نظام سلامت" پررنگ نموده است.

بررسی تاریخچه تحولات نظام و مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در جهان نشان می‌دهد که در طی سالها تعاریف و اصولی برای مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت شکل گرفته است. گرچه این تعاریف هم پوشانی و گاهی نیز اختلافاتی داشته‌اند، نهایتاً در سال ۲۰۰۱ میلادی بارابرا استارفید هفت ویژگی اصلی را برای مراقبت‌های اولیه سلامت جمع‌بندی و معرفی نمود. با شکل‌گیری "پزشکی خانواده" هفت اصل مراقبت‌های اولیه سلامت بعنوان ویژگی‌های طبابت پزشک خانواده نیز برشمرده شده است. این هفت ویژگی بدین شرح است:

- پیوسته - Continuous: ارتباط مداوم با افراد و خانواده‌ها در طول زمان در وضعیت سلامت و بیماری
 - تماس اول - First Contact: امکان مراجعه بدون محدودیت و از طریق خود-ارجاعی
 - فراگیر - Comprehensive: پوشش طیف کامل خدمات، از آموزش و پیشگیری، تا تشخیص و درمان و بازتوانی
 - هماهنگ - Coordinated: اعضای درگیر در مراقبت‌های اولیه سلامت بطور هدفمند و هماهنگ با یکدیگر و همچنین با ارائه‌کنندگان خدمات سطوح دوم و سوم عمل می‌کنند.
 - جامعه نگر - Community Oriented: ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت، نه تنها در ارتباط با سلامت افراد، بلکه در برابر سلامت جوامع مسئولیت می‌پذیرند.
 - خانواده محور - Family Centered: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تأثیر خانواده بر سلامت افراد و همچنین تأثیر بیماری افراد بر وضعیت خانواده آنان در نظر گرفته می‌شود.
 - توانا برای مواجهه با فرهنگ‌های مختلف - Culturally Competent: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تأثیر ارزشها، باورها، هنجارها، و فرهنگ‌های مختلف بر تجربه افراد از سلامت، بیماری، و دریافت خدمات بالینی مورد تأکید قرار می‌گیرد.^۲
- از طرفی عمده‌ی مراجعات برای دریافت خدمات سلامت در سطح یک و در حیطه‌ی مراقبت‌های اولیه می‌باشد. بطوری که مطالعات نشان داده‌اند در طی یک ماه از هر ۱۰۰۰ فردی که ناخوشی یا علائم بیماری را تجربه می‌کنند تنها ۱ نفر نیاز به خدمات فوق تخصصی، در سطح سوم ارائه‌ی خدمات داشته است. از آنجا که عمده‌ی پزشکانی که در سطح یک (سطح با بیشترین مراجعات) به ارائه‌ی خدمات می‌پردازند، پزشکان عمومی هستند، بنابراین پزشکان عمومی "قلب نظام مراقبت‌های اولیه سلامت" محسوب می‌شوند.

۱. نسخه‌ی ۰۳ برنامه‌ی پزشک خانواده، ۱۴۰۱/۱۴۰۲

۲. چپستی و چرایی پزشکی خانواده، شهرام یزدانی، ۲۰۱۱

در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۶ و بدلیل نیاز به یک برنامه مدون برای ارتقا عملکرد پزشکان عمومی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامتی در کشور، کمیته‌ای به این منظور در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شروع به کار نمود. در مطالعه‌ای که از دیدگاه دست اندرکاران نظام سلامت در آن سالها انجام شد، مشخص گردید که طبابت پزشکان عمومی در ایران تا حد زیادی "عمومی"، در حد کم "فراگیر"، "پیوسته" و "خانواده محور"، و در حد بسیار کم "همه‌پوش"، "جامعه نگر" و "مبتنی بر نظام سلامت" بوده است.^۱ لذا در آن زمان مشخص شد طبابت پزشکان عمومی در ایران فاقد ویژگی‌های "پزشکی خانواده" است. پس از آنکه آیین نامه اولیه پزشکی خانواده و نظام ارجاع طی سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور تدوین شد، در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داد. بدین ترتیب از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شد. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۱۴ هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها گردید.^۲ پس از تصمیم هیأت دولت مبنی بر اجرای برنامه در شهرها طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین پیرو تصویب نسخه ۲۰ از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری در استان فارس و پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

در ابتدای شروع برنامه‌ی پزشک خانواده (۱۳۸۸) با توجه به نیاز به تعداد زیاد پزشکان خانواده (یک پزشک به ازای هر ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر)، عدم وجود بستر و تجربه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، برنامه‌های توانمندی‌سازی پزشکی خانواده در غالب پودمانی و ضمن خدمت برای پزشکان شاغل در سیستم بهداشتی شکل گرفت، که گرچه دست آوردهایی داشت و مسیر ارجاع را مشخص نمود اما همچنان تا تحقق اهداف نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و مفهوم پزشک خانواده فاصله بسیار داشت. لذا طی سال ۵/۱۳۹۴ بدنبال انجام اصلاحات نظام سلامت در غالب "طرح تحول سلامت" و احساس نیاز بیش از پیش به توانمندسازی پزشکان عمومی بطور تخصصی، تخصص پزشکی خانواده شکل گرفت. هم اکنون با رسیدن به فاز نهایی و فراگیر برنامه‌ی پزشک خانواده، تحت عنوان "سلامت خانواده" نیاز و نقش اساسی پزشکان خانواده به مراتب پررنگ‌تر از قبل است. طی این سالها دوره‌ی تخصصی پزشکی خانواده به مدت سه سال، با یاری و مشارکت اساتید رشته‌های مختلف بالینی شکل گرفته و روبه اعتلا می‌باشد. همانند سایر رشته تخصصی، کتب مرجع رشته پزشکی خانواده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای مطالعه، افزایش دانش و به عنوان منبع آزمون‌های ارتقا سالیانه و برد معرفی شده است که کتاب پیش رو با عنوان "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" آخرین و بروزترین مرجع رشته تخصصی پزشک خانواده است که با توجه به روانی نگارش و جامع بودن مطالب می‌تواند مورد استفاده کلیه پزشکان عمومی، پزشکان شاغل در سطح بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت، متخصصین سایر رشته‌های بالینی و دانشجویان پزشکی قرار بگیرد. در آخر، از آنجا که پزشکی خانواده اساس نظام ارجاع و همه‌پوشی کننده سطوح مختلف نظام خدمات سلامت است و همچنین با توجه به گستردگی دانش، وظایف و عملکرد، این رشته، قلب و محل رجوع تمامی خدمت دهندگان در نظام سلامت محسوب می‌شود. ترجمه‌ی پیش رو از کتاب مرجع پزشکی خانواده اولین گام در اشتراک دانش این رشته ما بین ارائه دهندگان خدمات سلامت و در سطوح مختلف خواهد بود. در آخر صمیمانه از تلاش همکاران محترم متخصص پزشکی خانواده و سایر رشته‌های تخصصی در جهت ترجمه‌ی کتاب "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" و هموار نمودن مسیر پزشکی خانواده سپاسگزارم.

با امید به ثمر نشستن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مسیر دسترسی همگانی به خدمات سلامت.

دکتر سید محمد طباطبائی

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران

فروردین ۱۴۰۳

۱. چیستی و چرایی پزشکی خانواده، شهرام یزدانی، ۲۰۱۱

۲. در آمدی بر مدل اجرایی پزشکی خانواده، کامران باقری لنکرانی (و گروه نویسندگان)

پیشگفتار مترجمین

با یاری خداوند متعال و همکاری گروهی توانمند از متخصصین پزشکی خانواده و متخصصین سایر رشته‌های بالینی، کتاب مرجع پزشکی خانواده، با عنوان "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" ترجمه و در اختیار دانشجویان رشته پزشکی، دستیاران تخصصی، همکاران محترم و اساتید علاقمند به مباحث پزشکی خانواده قرار گرفته است. در این مسیر از همکاری و تلاش ناشر محترم در حمایت از اثر و تعهد ایشان در فراهم نمودن شرایط انتشار، صمیمانه قدردانی می‌نماییم.

از سالهای گذشته مانند بسیاری از کشورهای تحول‌گرا در نظام سلامت، "پزشکی خانواده" در نظام سلامتی و بهداشتی کشور عزیزمان متولد شده و در حال رشد و شکل‌گیری است. فراز و نشیب‌های زیادی را در دوره‌های متمادی پشت سر گذاشته و امروز در مسیر بهبود و تکامل است. ما جمعی از مترجمین با تلاش در مسیر دستیابی به اهداف غایی پزشکی خانواده و نظام مراقبت‌های اولیه‌ی سلامتی و بهداشتی، که همانا سلامت برای همه و دسترسی همگانی به خدمات سلامت است، بر آن شدیم تا با ترجمه‌ی مرجع تخصصی پزشکی خانواده قدمی در این راه برداریم. مبرهن است که این ترجمه جایگزین نوشتار اصلی نخواهد بود اما با توجه به حجم وسیع مطالب و گستردگی حیطه‌ی پزشکی خانواده، ترجمه به زبان اصلی خوانندگان "فارسی"، فرآیند مطالعه و دریافت مطالب را تسهیل و تسریع می‌نماید و علاوه بر این ترجمه را قدم اول در تولید علم بومی می‌توان در نظر گرفت. امیدواریم با استفاده و بهره‌مندی از شواهد و تجربیات موجود در زمینه پزشکی خانواده در جهان، در مسیر تولید مرجع و راهنماهای بالینی ملی گام برداریم، زیرا نیاز به علم بومی منطبق با شرایط جمعیتی - شناختی در علم پزشکی و بویژه در حیطه‌ی پزشکی خانواده بی‌تردید و انکارناپذیر است.

در پایان، صمیمانه از کلیه‌ی خوانندگان کتاب پیش رو خواهشمندیم، نکات نیازمند اصلاح و نظرات خود را برای ناشر محترم و یا مترجمین از طریق مسیر ارتباطی درج شده، ارسال بفرمایید، تا به امید خدا در چاپ‌های بعدی اصلاح گردد.

ارادتمند جویندگان علم

آرزومند بالندگی و سرافرازی کشور

با امید به سلامت و تندرستی برای همه مردم نازنین ایران

مترجمین

پیشکش به ساحت مقدس امام عصر (ارواحنا فداه)

و

قدردانی و سپاس از پیشکسوتان آموزش تخصصی پزشکی خانواده، استاد دکترمرضیه مولوی نجومی و استاد دکتر سیدجلیل کوهپایه زاده
اساتید محترم گروه پزشکی اجتماعی و خانواده دانشگاه علوم پزشکی ایران

کودک آزاری و بی‌توجهی

مترجم: دکتر پژمان خسروی

بورד تخصصی پزشکی خانواده، استادیار، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

pezhmankhosravi56@gmail.com

آزار جنسی	فهرست
قاچاق جنسی	مقدمه
سوء استفاده عاطفی	پیشگیری
شاهد سوء استفاده	بی‌توجهی
زورگویی (قلدری)	بی‌توجهی پزشکی
کودک آزاری پزشکی	بی‌توجهی آموزشی
شناسایی و ارجاع	سوء تغذیه کودکان
مستندسازی و گزارش	آزار جسمی
چکیده	الگوی‌های آسیب
	شکستگی‌ها
	آزار به صورت ترومای سر

مقدمه

بدرفتاری با کودک^۱ یک وضعیت اضطراری بهداشت عمومی است که بر رشد فیزیکی، عاطفی و شناختی کودکان آسیب دیده تأثیر می‌گذارد. این تأثیر به دوران کودکی محدود نمی‌شود، زیرا حوادث نامطلوب قابل توجهی در دوران کودکی بر سلامت بزرگسالان با افزایش بار بیماری و خطر مرگ زودرس تأثیر می‌گذارد. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۲ (CDC) بدرفتاری با کودک را به عنوان هر عمل یا مجموعه‌ای از اعمال یا ترک فعل توسط والدین یا سایر مراقبین که منجر به آسیب، آسیب احتمالی یا تهدید به آسیب نسبت به کودک می‌شود، تعریف می‌کند. بدرفتاری را می‌توان به سوء استفاده^۳ یا بی‌توجهی طبقه‌بندی کرد و اکثریت آنها قربانیان بی‌توجهی هستند. با این حال، حداقل ۱۵ درصد گزارش‌ها شامل دو یا چند نوع بدرفتاری است. بار اقتصادی بدرفتاری با کودکان ۴۲۸ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۵ برآورد شد.

در سال ۲۰۱۸، بیش از ۳/۵ میلیون مورد کودک‌آزاری در ایالات متحده گزارش شده است که ۶۷۸۰۰۰ قربانی تأیید شده است. از این قربانیان، حدود ۱۷۷۰ کشته برجای گذاشتند. CDC تخمین می‌زند که از هر هفت کودک، یک کودک در سال گذشته کودک‌آزاری و/یا بی‌توجهی را تجربه کرده است و احتمالاً کمتر گزارش شده است. بیشترین میزان قربانی شدن در سال اول زندگی رخ می‌دهد. در حالی که دختران بیشتر از پسران قربانی می‌شوند، نرخ مرگ و میر در پسران بیشتر است. بدرفتاری با کودکان در خانواده‌هایی با هر زمینه‌ای رخ می‌دهد. با این حال، تفاوت نژادی در قربانیان و تلفات وجود دارد، به طوری که کودکان سرخپوست آمریکایی، بومی آلاسکا و آفریقایی آمریکایی در معرض کودک‌آزاری و بی‌توجهی با میزان بالاتری نسبت به کودکان قفقازی و اسپانیایی هستند. در حالی که ارتباط بین آزار جسمی^۴ کودکان و فقر قوی است، پزشکان باید مراقب باشند که از قضاوت زود هنگام والدین یا مراقب بر اساس ظاهر، قومیت یا وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنها اجتناب کنند.

1. child maltreatment

2. The Centers for Disease Control and Prevention

3. abuse

4. physical abuse

پیشگیری

بدرفتاری با کودک با افزایش حمایت از خانواده‌ها، توجه به هنجارهای اجتماعی و فرهنگی و مداخله برای کاهش آسیب‌ها یا جلوگیری از خطرات آتی برای کودکان قابل پیشگیری است. کودکان کمتر از سه سال، آنهایی که دارای معلولیت، بیماری مزمن یا مشکلات سلامت روان هستند در معرض خطر بیشتری برای بدرفتاری هستند. والدینی که دارای سابقه شخصی بدرفتاری با کودک، سوء مصرف مواد یا بیماری روانی هستند، در معرض خطر بیشتری برای سوء استفاده یا بی‌توجهی به فرزندان خود هستند.

جدول ۱ عوامل خطر بدرفتاری با کودک

والدین یا مراقب	کودک
مجموعه‌ای ناگهانی از عوامل استرس زای اصلی زندگی	پیوند والد-شیرخوار مختل
خشونت خانگی	سن کمتر از سه سال
بیماری روانی	بیماری مزمن، تأخیر رشد یا نیازهای خاص
سوء استفاده از مواد	شیرخوار تحت مراقبت مراقب غیر بیولوژیک
عدم درک رفتار و مهارت‌های عاطفی کودک	فرزند خوانده
نسبت دادن منظور بد برای رفتار متناسب با سن	چالش‌های رفتاری

بی‌توجهی^۱

بی‌توجهی (یا غفلت) عبارت است از ناکامی والدین یا مراقب در تامین نیازهای اولیه کودک و تقریباً ۶۰ درصد موارد بدرفتاری گزارش شده به خدمات حمایت از کودک را شامل می‌شود. در کمترین شکل خود، شامل عدم نظارت و عدم اجرای اقدامات حفاظتی است که در کودکان خطر بلع تصادفی و صدمات ناخواسته را افزایش می‌دهد. در هر مرحله رشد باید راهنمایی‌های پیش بینی متناسب با سن ارائه شود، بنابراین والدین و مراقبان خود را برای خطرات مرتبط آماده می‌کنند. بررسی محیط کودک می‌تواند خطرات پیش بینی نشده را آشکار کند و فرصتی را برای آموزش فراهم کند تا مهارت‌های فرزندپروری را افزایش و خطرات را کاهش دهد. مرور جزوه‌های استاندارد شده با والدین یا مراقب، مانند جزوه‌های جامع آینده روشن آکادمی اطفال آمریکا یا برگه‌های ایمنی برنامه پیشگیری از آسیب^۲ (TIPP) راهی کارآمد برای گنجاندن راهنمایی‌های پیش‌بینی‌کننده در ویزیت سرپایی کودک است. فردی کردن آموزش والدین یا مراقبان مهم است، زیرا ممکن است چالش‌هایی در زمینه

نقش پزشک خانواده در شناخت عوامل خطرزا و حفاظتی در ایجاد زمینه‌ای برای ارائه راهنمایی‌های پیش‌گیرانه مؤثر برای خانواده‌ها برای کاهش بروز و تأثیر کودک‌آزاری و بی‌توجهی ضروری است. عوامل محافظتی عبارتند از: مهارت‌های فرزندپروری قوی، کودک دارای یک توانایی قوی برای خودتنظیمی رفتار و واکنش‌های عاطفی، مهارت‌های حل مسئله و محیط مثبت در مدرسه. ضروری است که اصول مراقبت از تروما مبنای مراقبت از بیمار و نزدیک شدن به موضوعات حساس باشد. پزشکان باید با مهربانی و دلسوزی به هر بیمار و خانواده نزدیک شوند و زمان کافی را در اختیار هر فرد قرار دهند تا نگرانی‌های خود را بدون فشار بیان کنند. کشف آسیب‌های شخصی یا خانوادگی فرصتی برای درک عمیق تر کشمکش‌هایی است که ممکن است خطر بدرفتاری را افزایش دهد. هدف تقویت روابط و بهبود ظرفیت مراقب، افزایش توانایی والدین یا خانواده برای پاسخگویی حمایتی به استرس است.

1. neglect

2. The Injury Prevention Program

ابتدا کاهش می‌یابد و بدن برای حفظ رشد خطی و دور سر تلاش می‌کند، اما زمانی که دسترسی محدود به کالری کافی طولانی شود، این دو معیار در نهایت افت می‌کنند. در حالی که سوء تغذیه علل ارگانیک و غیر ارگانیک دارد، عوامل روانی-اجتماعی حدود نیمی از نارسایی رشد در دوران شیرخواری را تشکیل می‌دهند. هنگامی که سوء تغذیه به نقطه بحرانی می‌رسد، عملکرد سیستم ایمنی ممکن است مختل شود و شیرخوار را در معرض خطر عفونت‌های مکرر، مزمن یا شدید قرار دهد. شیرخوار مبتلا به سوء تغذیه می‌تواند تحریک‌پذیر شود یا کمتر جالب توجه باشد، که این حالت ممکن است والدین یا مراقب را از مراقبت با دقت از کودک منصرف کند و باعث تشدید نارسایی رشد شود. هنگامی که یک پزشک نگران روندهای رشد ضعیف یا عدم موفقیت در رسیدن به نقاط عطف رشد متناسب با سن است، ارزیابی دقیق الگوهای رشد در طول زمان و مرور تاریخچه پزشکی گذشته کودک از جمله سن کسب نقاط عطف رشد، سابقه حوادث آسیب‌زا یا عوامل استرس‌زای خانواده، تاریخچه پزشکی و اجتماعی مفصل خانواده و آگاهی از هنجارهای فرهنگی باید در نظر گرفته شود. انجام یک بررسی جامع از سیستم‌ها، با تاکید بر سیستم‌های گوارشی، ادراری تناسلی، عصبی، قلبی ریوی و غدد درون ریز مفید است. هنگام بررسی تاریخچه تغذیه، پزشکان باید به جزئیات خاص و مشخصی از ورودی و خروجی به تفصیل توجه کنند (جدول ۲).

برای علل ارگانیک سوء تغذیه کودکان، سیستم عصبی مرکزی، سیستم اسکلتی عضلانی، قلبی ریوی، ژنتیکی، کلیوی و غدد درون ریز ممکن است درگیر باشد. اکثر این اختلالات را می‌توان با ویژگی‌های فیزیکی مشخص در طول معاینه فیزیکی شناسایی کرد. بقیه معمولاً خود را در آزمایش‌های غربالگری نشان می‌دهند. اگر یک بیماری روانپزشکی در طی ارزیابی شناسایی شود، توجه به تروما یا سوء استفاده در گذشته ممکن است به بیمار در مسیر بهبودی کمک کند.

شناسایی زودهنگام و مداخله موثر در موارد سوء تغذیه کودکان، نتایج بهتری را برای کودک و خانواده به همراه دارد. سوء تغذیه مزمن به دلیل اختلال در رشد مغز و تحریک ناکافی منجر به اختلالات شناختی و تاخیر در تکامل می‌شود. این حالت ممکن است به طور کامل برگشت‌پذیر نباشد. حتی زمانی که مصرف مواد مغذی مناسب از سر گرفته شود، ممکن است کودک در مراحل بعدی کودکی مشکلاتی مانند مشکلات رفتاری داشته باشد. مداخله موثر

سود سلامت وجود داشته باشد که مانع درک کامل آن شود. اشکال دیگر بی توجهی عبارتند از عدم تامین نیازهای آموزشی، عدم تامین غذا یا سرپناه کافی و بی توجهی پزشکی.

بی توجهی پزشکی

بی توجهی پزشکی ممکن است به این دلیل باشد که والدین یا مراقبان در صورت نیاز به مراقبت‌های پزشکی برای کودک، دسترسی نمی‌یابند، درمان‌هایی را که از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده می‌شوند ارائه نمی‌کنند یا در مواجهه با شرایط تهدیدکننده زندگی از درمان پزشکی خودداری می‌کنند. کودکان بدون مراقبت‌های پزشکی کافی ممکن است با شرایط مزمن درمان نشده، عدم ایمن‌سازی یا آسیب‌هایی که به درستی بهبود نیافته‌اند مراجعه کنند.

بی توجهی آموزشی

شناسایی غفلت از نیازهای آموزشی ممکن است دشوار باشد. کودکانی که مکرراً غیبت می‌کنند یا به مدرسه نمی‌روند، اگر منطقه مدرسه کمبود منابع داشته باشد یا دچار آشفتگی باشد، به‌ویژه زمانی که با موقعیت‌هایی مانند بلایای طبیعی یا بحران بهداشت عمومی مواجه می‌شوند، ممکن است شناسایی نشوند. کودکان با نیازهای آموزشی ویژه نیاز به حمایت بیشتری در خانه و مدرسه دارند و اغلب زمانی که این منابع فراهم نمی‌شود عقب می‌مانند. برخی از والدین ممکن است حمایت از فرزند خود را دشوار بدانند و پزشکان ممکن است منبع حمایت یا قدرت باشند که پیشنهاداتی برای این که نگرانی چگونه و به چه کسی گفته شود داشته باشند. سؤالات خاص در طول یک برخورد پزشکی در مورد عملکرد مدرسه، چالش‌های تحصیلی یا مسائل رفتاری ممکن است به شناسایی کودکی با نیازهای آموزشی کمک کند تا منابع مناسب جامعه فراهم شود.

سوء تغذیه کودکان

در اشکال جدی تر غفلت، کودک ممکن است به دلیل دریافت کالری ناکافی و تغذیه ناکافی، نارسایی رشد^۱ و/یا تاخیر تکاملی را نشان دهد. سوء تغذیه کودکان، که قبلاً به عنوان اختلال رشد نامیده می‌شد، یک تشخیص بالینی است که معمولاً به عنوان وزن کمتر از صدک پنجم یا کاهش در دو خط منحنی وزن تعریف می‌شود. وزن

1. growth failure
2. failure to thrive

چند رشته‌ای شامل یک پزشک مراقبت‌های اولیه، متخصص تغذیه کودکان، مددکار اجتماعی، متخصصان سلامت روان و دیگران ممکن است برای دستیابی به چنین موفقیتی مفید باشند.

باید به شیوه‌ای حمایتی و بدون قضاوت، به دنبال کمک به مراقب اصلی یا والدین باشد تا مشکلات رشد و نیازهای تغذیه‌ای کودک را درک کند و به خدمات پزشکی، بهداشت روانی یا اجتماعی برآورده نشده دسترسی پیدا کند تا به رشد مناسب کمک کند. یک تیم

جدول ۲ تاریخچه تغذیه شیرخوار

تغذیه ارائه شده	نوع، حجم، کالری
زمان و زمینه	چه کسی تغذیه را انجام می‌دهد؟ تواتر، مکان در خانه، روش، سطح سر و صدا، ذخیره‌سازی و آماده سازی
روش	پستان- زمان، تواتر، محکم نگه داشتن، موقعیت، تولید، مصرف مایعات/رژیم غذایی مادر بطری - نوع فرمول، آماده سازی، حجم
رفتار نوزاد	علاقه، امتناع، بی‌قراری، خواب آلودگی
باورهای غذایی والدین	نگرانی‌ها، ترس‌ها، ملاحظات فرهنگی، منبع اطلاعات/حمایت
خروجی	حجم/تواتر ادرار، حجم/تواتر مدفوع، ظاهر مدفوع

جدول ۳ علائم خطر آزار فیزیکی کودک

وضعیت فعلی	نشانه‌های رفتاری	سابقه پزشکی گذشته	معاینه فیزیکی
فقدان سابقه یا جراحت بدون شاهد	تأخیر در جستجوی مراقبت	تصادفات یا جراحات تکراری	شکستگی
داستان مبهم یا ناقص آسیب دیدگی	تعاملات والدین و کودک تیره، خصمانه یا فاقد همدلی است	پایبندی ضعیف نسبت به قرار ملاقات‌ها، واکنش‌های تاخیری	کبودی روی سر یا گردن که با لباس پوشانده شده است
شرح حال ناسازگار با شدت آسیب	گزارش والدین از مشکلات رفتاری، گریه قبل از آسیب	گزارش والدین از تحریک پذیری، تغذیه یا چالش‌های رفتاری	سوختگی
داستان در طول زمان تغییر می‌کند یا گزارش متناقض آسیب	والدین به کودک برچسب دست و پا چلفتی یا بد می‌زنند	شواهدی مبنی بر اینکه مراقبت در چندین مرکز در طول زمان جستجو شده است	اسکارهای متعدد حاکی از صدمات قبلی

آزار جسمی^۱

کودک‌آزاری فیزیکی به استفاده عمدی از نیروی فیزیکی علیه کودک که منجر به آسیب فیزیکی می‌گردد، گفته می‌شود. آزار جسمی حدود ۱۹ درصد از موارد کودک‌آزاری گزارش شده را شامل می‌شود. این حالت می‌تواند به طرق مختلف از جمله کوفتگی، شکستگی، سوختگی، ضربه به سر و آسیب‌های دیگر ظاهر شود. ارزیابی هر آسیب مشکوک مستلزم ارزیابی دقیق کل بدن از نظر صدمات اضافی و همچنین مواردی که در مراحل مختلف بهبودی هستند، دارد. پرس و جو در مورد مکانیسم آسیب و ارزیابی بیشتر

موقعیت‌هایی که در آن تاریخچه و معاینه فیزیکی متناقض هستند، مهم است. مرحله رشد کودک نیز باید هنگام ارزیابی آسیب‌ها در نظر گرفته شود، زیرا می‌تواند اطلاعات مربوط به مکانیسم و احتمال آسیب را ارائه دهد. بررسی سوابق پزشکی از نظر سابقه صدمات مکرر ممکن است اطلاعات بیشتری را ارائه دهد که به شناسایی کودک‌آزاری کمک می‌کند. جدول ۳ علائم خطر را برای آزار فیزیکی کودک نشان می‌دهد.

هنگامی که شک به آزار جسمی وجود دارد، یک معاینه فیزیکی جامع باید در اسرع وقت انجام شود. اگر چه اکثر پزشکان به عنوان

1. Physical Abuse

الگوی های آسیب

هنگام ارزیابی کبودی ها و سوختگی ها، پزشک باید به دنبال الگوهای باشد که بتواند سرنخ هایی از چگونگی آسیب دیدگی ارائه دهد و یافته ها را به طور عینی مستند کند. کبودی ها شایع ترین تظاهر آزار فیزیکی هستند و الگوی کوفتگی اغلب سرنخ هایی در مورد مکانیسم آسیب ارائه می دهد (جدول ۴). به عنوان مثال، کبودی که ظاهری مانند اثر دست دارد ممکن است نشان دهنده سیلی محکم باشد، در حالی که پیچ های خطی ممکن است نشان دهنده ضربه زدن به کودک با کمر بند باشد. یک سوختگی گرد کوچک ممکن است نشان دهنده این باشد که به طور عمدی با سیگار روشن ایجاد شده باشد. سوختگی هایی که بر فضای بین انگشتان پا و کف دست اثر نمی کند ممکن است نشان دهنده یک کار عمدی باشد.

بازرس پزشکی قانونی عمل نمی کنند، اخذ یک تاریخچه کامل و انجام معاینه فیزیکی کامل برای ارزیابی مداوم و مستندسازی کودک آزاری بسیار مهم است. معاینه فیزیکی باید شامل علائم حیاتی، پارامترهای رشد از جمله دور سر در شیرخواران، ظاهر کلی، معاینه کامل سطح بدن، لمس هر استخوان و معاینه کاملی باشد که بر شناسایی آسیب و عواقب آسیب های قبلی متمرکز باشد. در کودکان در هر سنی، در نظر گرفتن احتمال آسیب داخل شکمی در آنهایی که آسیب های بافت نرم قابل توجه یا مشکوک دارند، مهم است. ارزیابی های آزمایشگاهی مفید شامل ترانس آمینازهای کبدی، شمارش کامل خون، بررسی انعقادی و آزمایش ادرار است. گاهی اوقات در صورت شک به مصرف بیش از حد یا مسمومیت، غربالگری سم شناسی ممکن است مفید باشد.

جدول ۴ الگوی های آسیب

مشاهده	علت احتمالی
کبودی های گرد به صورت الگوی نوک انگشت	گرفتن
۳-۴ کبودی گرد کوچک در الگوی خطی	ضربه با مشت بسته
کبودی های موازی و خطی با محو شدگی مرکزی	سیلی زدن
کبودی های محیطی اطراف بخشی از بدن	علامت بند (لیگاتور)
کبودی در مجاورت دهان	بستن دهان
کبودی یا ساییدگی در الگوی کمانی	گاز گرفتن انسان
کبودی/ساییدگی به شکل یک شیء	ضربه با شیء / ابزار
پتشی سر/گردن، خونریزی زیر ملتحمه	خفه کردن

از بازوها و دست ها، پاهای و پاهای، قفسه سینه، لگن، ستون فقرات و جمجمه است. شکستگی هایی که برای کودک آزاری بسیار خاص هستند، شکستگی های دنده های خلفی، استرنوم، اسکاپولا، زائده های خاردار^۱ و شکستگی های متافیز هستند. شکستگی های متعدد، شکستگی هایی که در مراحل مختلف بهبودی هستند، شکستگی های انگشت و شکستگی های پیچیده جمجمه نیز مشکوک به کودک آزاری فیزیکی هستند.

شکستگی ها

کوفتگی های قابل توجه نیاز به ارزیابی بیشتر برای شکستگی زیر کبودی دارند. از آنجایی که کودکان زیر دو سال در بافت همبند و استخوان دارای خاصیت ارتجاعی بیشتری هستند، شکستگی ها را نمی توان بدون رادیوگرافی رد کرد، بنابراین ممکن است بررسی اسکلتی ضروری باشد. کودکان بزرگتر از ۵ سال معمولاً می توانند به اندازه کافی سابقه درد را بیان کنند، بنابراین تصویربرداری غربالگری اجباری نیست، اما باید بر اساس یافته های بالینی در نظر گرفته شود. بین ۲ تا ۵ سالگی، پزشک باید سایر شاخص های آزار جسمی را در نظر بگیرد و در صورت مشکوک بودن به آزار، تصویربرداری را انجام دهد. محتویات بررسی اسکلتی شامل فیلم های جداگانه

1. spinous processes

آزار به صورت ترومای سر

ضربه به سر یکی از علل اصلی مرگ و میر در کودکان زیر ۵ سال است که ۱۸ درصد آن را شیرخواران تشکیل می‌دهند. آموزش پیشگیری برای جلوگیری از سندرم کودک تکان خورده برای همه والدین و مراقبین ضروری است زیرا منجر به مرگ حدود یک خردسال از هر چهار مورد مبتلا می‌شود.

سندرم کودک تکان داده شده مجموعه‌ای از یافته‌هاست که شامل هماتوم‌های ساب دورال، خونریزی‌های شبکیه، و شکستگی‌های دنده و متافیز است. بسیاری از قربانیان از دوره‌های مکرر آزار رنج می‌برند و آسیب‌ها می‌توانند با اثرات طولانی مدت مانند ماکروسفالی به دلیل هیدروسفالی پس از سانحه، هماتوم ساب دورال مزمن یا تورم حاد مغزی و میکروسفالی ثانویه به آتروفی مغزی پس از سانحه، شدت یابند. آسیب‌های دیگر شامل شکستگی جمجمه، هماتوم پوست سر، اکیموز دور چشم و خونریزی زیر ملتحمه است. تشخیص این آسیب‌ها به خصوص در کودکان کوچک ممکن است دشوار باشد و ممکن است به صورت گیجی حاد، استفراغ، بی‌حالی، مشکلات بینایی، کاهش شنوایی، تأخیر رشدی ایدیوپاتیک، ناتوانی‌های یادگیری، مشکلات رفتاری، نقص توجه و بیش فعالی، یا توقف در رشد شناختی یا فیزیکی باشد. بررسی‌ها در پیگیری بر روی قربانیان ضربه‌های سر به علت آزار، نشان می‌دهد که یک سوم قربانیان دارای پیامدهای عصبی خوب، یک سوم دارای ناتوانی متوسط و یک سوم بقیه دارای ناتوانی شدید هستند. یافته‌های فیزیکی به ظاهر بی‌ضرر مانند پارگی غشای تمپان، بدون شواهدی از عفونت اخیر، باید سوء ظن نسبت به آزار ایجاد کند.

آزار جنسی

سوء استفاده جنسی از کودکان رایج است و افراد دارای معلولیت، بیماری روانی یا شرایط مزمن در معرض خطر بیشتری قرار دارند. CDC تخمین می‌زند که از هر چهار دختر یک نفر و از هر سیزده پسر یک نفر، سوء استفاده جنسی را تجربه می‌کنند و ۹۱ درصد از مرتکبین آشنای کودک یا خانواده می‌باشند. نه درصد از موارد کودک‌آزاری گزارش شده مربوط به آزار جنسی است. هنگام ارزیابی کودک یا خانواده در مظان سوء استفاده جنسی، مهم است که بدانیم هر فعالیت جنسی که در آن رضایت داده نمی‌شود یا نمی‌توان رضایت گرفت با تعریف آزار جنسی مطابقت دارد. این حالت شامل هرگونه عمل جنسی، تماس جنسی یا استثمار کودک توسط

بزرگسال یا مراقب است. سوء استفاده جنسی تماسی شامل دخول، تلاش برای دخول و تماس جنسی از هر نوع می‌باشد. سوء استفاده جنسی بدون تماس شامل در معرض قرار دادن، یا نشان دادن فیلم به یک کودک در مورد یک عمل جنسی، آزار جنسی یا فحشا بر روی یک کودک است.

پیامدهای سوء استفاده جنسی از کودکان ممکن است گسترده باشد و به طور بالقوه منجر به عوارض جسمی و روانی شود. در حالی که آسیب‌های ناحیه تناسلی، به ویژه در کودکان خردسال، شایع هستند اغلب به سرعت بهبود می‌یابند که منجر به عدم وجود الگوی آسیب کاملاً قابل شناسایی در معاینه فیزیکی می‌شود. اگر این صدمات گسترده باشد، می‌تواند منجر به پارگی، فیستول و بی‌اختیاری شود که نیاز به ترمیم جراحی دارد. عفونت‌های مقاربتی می‌تواند منجر به مشکلات ناباروری و بیماری‌های مزمن مانند ویروس نقص ایمنی انسانی^۱ یا هپاتیت شود. پیامدهای سلامت روان شامل افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه، و همچنین افزایش خطرات سوء مصرف مواد و خودکشی است. کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، چه در سنین نوجوانی و چه در سنین بزرگسالی، بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند و این حالت خطر ابتلا به عفونت‌های مقاربتی و حاملگی‌های ناخواسته را افزایش می‌دهد. آنها همچنین در معرض خطر افزایش خشونت و قربانی شدن مجدد در آینده هستند.

قاچاق جنسی

قاچاق کودکان برای فعالیت‌های جنسی به طور فزاینده‌ای در ایالات متحده گزارش می‌شود و باید در کودکان یا نوجوانانی که تعداد شرکای جنسی غیرعادی بالایی دارند یا افرادی که از اعمال جنسی که برای سن و مرحله رشد نامناسب به نظر می‌رسند آگاهی دارند، در نظر گرفته شود. پروژه پولاریس افزایش ۱۹ درصدی را در شناسایی قربانیان انواع قاچاق انسان از سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۱۹ گزارش می‌دهد. هفتاد و هشت نفر از این افراد که سن آنها مشخص است، در زمان شروع قاچاق مشخص شد که زیر سن قانونی هستند. تعداد نامتناسبی از این قربانیان زن هستند، اگرچه قربانیان مرد نیز مانند اعضای گروه‌های جنسیتی زیر سن قانونی در معرض خطر هستند. کودکان نمی‌توانند به طور قانونی رضایت خود را برای رابطه جنسی ارائه دهند، بنابراین هر گونه اعمال جنسی تجاری که آنها را وادار به مشارکت در آن می‌کند، توسط قانون فدرال ایالات متحده قاچاق محسوب

1. HIV

دیده عاطفی رخ دهد. الگوهای رفتاری که باید پزشک را از احتمال سوء استفاده عاطفی آگاه کند اگرچه غیراختصاصی است، شامل کناره گیری اجتماعی، خشم یا پرخاشگری، اختلال در غذا خوردن، تاخیر رشد یا سابقه فرار از خانه است. قرار گرفتن طولانی مدت در معرض سوء استفاده عاطفی ممکن است کودک را در معرض خطر افسردگی و سایر نگرانی های مربوط به سلامت روان قرار دهد.

شاهد سوء استفاده

کودکانی که شاهد خشونت هستند نیز مستعد پیامدهای منفی هستند. این حالت شامل کودکانی می شود که در معرض خشونت شریک صمیمی والدین یا مراقبان قرار می گیرند و شاهد مرگ هستند - به خصوص اگر آن شخص یکی از عزیزان آنها باشد. در برخی از ایالت ها، مشاهده خشونت خانگی در خانه کودک آزاری تلقی می شود و به خدمات حمایت از کودک^۲ قابل گزارش است. این رویدادهای آسیبزا در دوران کودکی اغلب منجر به مشکلات رفتاری مانند رفتار جنسی پرخطر، خشونت نسبت به همسالان، انجام تجاوز جنسی و افزایش خطر فراری شدن می شود.

کودکانی که شاهد خشونت هستند، بیشتر از همسالان خود به مسائل مربوط به سلامت روانی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی و سوء مصرف مواد مبتلا می شوند و میزان خودکشی بالاتری دارند. تقریباً ۴۰ درصد از کودکانی که شاهد خشونت شریک صمیمی والدین یا مراقبان خود هستند، خود قربانی آزار فیزیکی هستند.

زورگویی (قلدری)^۳

زورگویی (قلدری) در دوران کودکی یک تجربه رایج برای کودکان و نوجوانان است و تخمین زده می شود که ۲۰ درصد از کودکان در مدرسه مورد زورگویی قرار گرفته اند. قلدری حمله یا ارباب ناخواسته و تهاجمی است که با هدف ایجاد ترس، ناراحتی یا آسیب رساندن به قربانی انجام می شود. قلدری می تواند بر عملکرد و حضور در مدرسه تأثیر بگذارد و می تواند خطر آسیب به خود، اضطراب، افسردگی، اختلال خواب و احساس انزوا را افزایش دهد. در حالی که هیچ ابزار غربالگری مبتنی بر شواهد خاص برای شناسایی قلدری وجود ندارد، پزشکان می توانند استفاده از ابزار HEEDSSS را به عنوان غربالگری برای ارزیابی خطر در نظر بگیرند. آکادمی اطفال آمریکا به پزشکان پیشنهاد می کند که مفهوم قلدری را به والدین در هنگام

می شود. این حالت شامل فحشا، خدمات اسکورت، تبلیغات آنلاین برای استخدام خریداران و عکاسی یا فیلمبرداری پورنوگرافی از یک کودک است. خدمات بهداشتی نقطه تماس اصلی برای دسترسی به کمک برای قربانیان قاچاق انسان است. یک تاریخچه کامل و بدون قضاوت ضروری است که شامل یک مصاحبه محرمانه باشد. مانند سایر اشکال آزار و اذیت زمانی که یک فرد دیگری را کنترل می کند، به دلیل خطر افزایش خشونت پس از برخورد، نباید در حضور شخصی که کودک را همراهی می کند، سؤالات مطرح شود. شاخص های رایج برای قاچاق جنسی در محیط های مراقبت های بهداشتی شامل سابقه متناقض یا نوشته شده، اختلاف بین تاریخچه و مشاهدات، ضربه شدید، سوء تغذیه، یا برندسازی از طریق خالکوبی یا وسایل دیگر است. شاخص های رفتاری شامل علائمی هستند که نشان می دهد کودک مضطرب یا ترسیده است. آنها همچنین ممکن است خلق و خوی افسرده یا رفتارهای خودآزاری نشان دهند. سوء مصرف مواد در قربانیان قاچاق جنسی کودکان رایج است و ممکن است قبل یا بعد از شروع قاچاق یا سوء استفاده جنسی باشد. اگر کودکی بسیار کوچکتر از سن اعلام شده به نظر می رسد، علائمه است که پایگاه داده افراد گمشده اداره تحقیقات فدرال^۱ را بررسی کنید. تاریخچه باید شامل پرس و جوهایی در مورد استخدام، تهدید و میزان فعالیت های جنسی باشد که کودک و ادار به شرکت یا انجام آن شده است. اگر کودک و پزشک به یک زبان صحبت نمی کنند، یک مترجم قابل اعتماد و معتبر که به وضعیت مشکوک قاچاق/ سوء استفاده مرتبط نیست، باید استخدام شود. معاینه فیزیکی باید به منظور رسیدگی به نگرانی های خاص کودک هدف گذاری شود و باید شامل ارزیابی آسیب های ناحیه تناسلی و عفونت های مقاربتی باشد. چندین پروتکل برای شناسایی قاچاق انسان ایجاد شده است، اما همگی با سؤالاتی با رویکردی مبتنی بر تروما، اطمینان از محرمانه بودن، آسایش بیمار و ارزیابی ایمنی آغاز می شوند.

سوء استفاده عاطفی

شناسایی سوء استفاده عاطفی یا روانی اغلب دشوارتر است و ممکن است عواقب طولانی مدت بیشتری نسبت به آزار فیزیکی داشته باشد. کودکانی که از آزار عاطفی مانند طرد یا خودداری از عشق، کوچک شمردن، تحقیر یا تهدید رنج می برند، ممکن است به صورت یک کودک مضطرب یا گوشه گیر ظاهر شوند. غیبت از مدرسه و کاهش عملکرد مدرسه ممکن است در کودکان آزار

2. child protective services

3. Bullying

1. Federal Bureau of Investigations missing persons database