



متلازمة الطفل الصغير المهجور

Syndrome of the Abandoned Small Child

THEODORE KUSHNICK

(دكتور في الطب)،

(دكتور في الطب)، DOROTHY M. PIETRUCHA

(ماجستير في العلوم) JUDITH B KUSHNICK

ترجمة

موران محمد شهاب سعد زغول

رانا محمد عبد الرحمن عمر

الرئيس التنفيذي

لجمعية الاحتضان في مصر

يمنى دحروج

تحت إشراف

مدير قسم الترجمة

ممدوح عبدالعال ممدوح

2024

مشكلات المجتمع

إن الظواهر الديموغرافية والاجتماعية والسريرية التي تصاحب الرعاية الطبية للأطفال المهجورين في المستشفيات البلدية مميزة ومتكررة بما يكفي لتبرير النظر إلى هذه الظاهرة باعتبارها مشكلة أو متلازمة طبية-اجتماعية.

متلازمة الطفل الصغير المهجور

Syndrome of the Abandoned Small Child

DOROTHY M. ، (دكتور في الطب)* ،
THEODORE KUSHNICK
JUDITH B. KUSHNICK ، (دكتور في الطب)** ،
PIETRUCHA
(ماجستير في العلوم)***

على مدى العقد الماضي، تناولت العديد من الدوريات قضايا الطفل المُعتدى عليه جسدياً¹⁻⁸، وجرائم قتل الأطفال⁹،¹⁰ والحرمان الأبوي والحسي¹¹⁻¹⁴. على الجانب الآخر، لم يسفر بحث نظام تحليل واسترجاع الأدبيات الطبية MEDLARS الذي تضمن 839 مقالة طرفية تحتوي على 500 استشهاد، عن أي تقارير لدراسات تناولت الأطفال المهجورين من قبل أبويهم وأحضروا إلى المستشفيات البلدية الكبيرة مُشخصين بـ"متلازمة الطفل المهجور".

في مستشفى نيوارك، وهو مستشفى بلدي كبير، أُدخل العديد من الأطفال إلى العناية أو الفحص بسبب هجران أبويهم لهم، وذلك في العام السابق للأول من يوليو 1968. أُجري مسح رجعي لهؤلاء المرضى استناداً إلى فرضية تكرار المشكلة في مثل هذه المستشفيات. وبدا أن إجراء مثل هذا المسح مستحسن، وذلك لتحديد السمات البارزة لهؤلاء الأطفال، كمقدمة لدراسة مستقبلية موسعة طويلة المدى قيد التنفيذ.

فيما يلي تحليل النتائج المسجلة للأطفال الـ39 الذين دخلوا مستشفى نيوارك بعد هجران والديهم لهم على مدار 12 شهراً وتحديداً من 1 يوليو 1967 وحتى 30 يونيو 1968.

من قسم طب الأطفال، كلية الطب وطب الأسنان في نيو جيرسي.

* أستاذ طب الأطفال، كلية الطب وطب الأسنان في نيو جيرسي، وحدة مستشفى مارتلان، نيوارك، نيو جيرسي 07107.

** طبيب أطفال مقيم.

*** مدرس علم الأحياء، كلية الاتحاد، كرانفورد، نيو جيرسي.

خلفية المرضى

على مدى الـ12 شهرًا التي غطتها هذه الدراسة تمثلت الممارسة المعتمدة من قبل إدارة شرطة نيوارك والجهات ذات الصلة في إحضار جميع الأطفال المهجورين ممن تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات إلى مستشفى مدينة نيوارك. أما الأطفال ممن تجاوزوا ثلاث سنوات، فعادة ما يوضعوا في إحدى المؤسسات التي توفر "مأوى"، ما لم يكونوا مرضى. أي طفل يعاني من أعراض مرضية، أيًا كان عمره، يدخل إلى المستشفى للحصول على الرعاية مع تشخيصه بشكل أولي بمتلازمة "الطفل المهجور".

خلال فترة الدراسة، باستثناء الأطفال حديثي الولادة، سُجّلت 1633 حالة قبول للأطفال في المستشفى. سُخِصت 39 حالة منها، أي حوالي 2.4%، بمتلازمة "الطفل المهجور". هؤلاء الأطفال الـ39 ينتمون إلى 23 عائلة.

هُجِر أربعة أطفال من قبل ثلاث عائلات مرتين على الأقل خلال هذا العام، ولكن لم تحتسب الدراسة سوى دخول واحد فقط لكل منهم.

النوع، العمر، العرق

كان توزيع النوع متساويًا تقريبًا بين الذكور والإناث، 21 ذكرًا و18 أنثى.

قُدِرت أعمار هؤلاء الأطفال في كثير من الأحيان، أو سُجِّلت بناءً على تقارير شفهية من أشخاص غير الأبوين. كان ما يقرب من 40% من الأطفال دون العام (جدول 1). ووفقًا لطريقة الاختيار، ترواحت أعمار معظم الأطفال الباقين بين عام وثلاث أعوام تقريبًا.

تتوافق الأرقام المتعلقة بالمجموعات العرقية مع النسب التقريبية للسكان المختلفين ممن يخدمهم المستشفى (جدول 2). كان هناك 33 طفلًا من أصول سوداء ينتمون إلى 18 عائلة. بينما كانت أعداد الحالات أقل للبوريتوريكيين والبيض.

توزعت 200 حالة متتالية أخرى لقبول الأطفال بالمستشفى في عام 1967 على المجموعات العرقية على النحو التالي: السود 84%، البوريتوريكيون 12%، والبيض 4%.

حالات الهجر اليومية والموسمية

حدثت معظم حالات قبول الأطفال المهجورين في أيام الجمعة (31%)، وفي شهر ديسمبر (28%) (جداول 3، 4). ومن المثير للاهتمام أن عدد العائلات خلال هذه الذروة لم يزد كثيراً مما يشير إلى أن هذه الفترة شهدت حالات هجر متعددة لأشقاء. وبلغت نسبة الحالات المقبولة خلال شهري ديسمبر ويناير 41% من إجمالي الحالات، في حين لم تكن هناك سوى حالة قبول واحدة خلال شهري يوليو وأغسطس.

لم يبدُ أن العطلات كانت عاملاً مؤثراً في حالات هجر الأطفال؛ إذ قُبل خمسة مرضى فقط من ثلاث عائلات قبل أو في أثناء بعض العطلات.

مصدر المعلومات الأولية

قدمت الشرطة المعلومات المتعلقة بهجر الأطفال فيما يقرب من ثلثي الحالات. حصلت الشرطة على المعلومات الخاصة بنصف هذه الحالات من جيران الأسرة. وتُلت سجلات المرضى لم يتضمن أي معلومات.

أوضاع الهجر

قُيِّمت الحالات والأوضاع التي يُهجر فيها الأطفال استناداً على البيانات الأولية والمعلومات التي حُصِل عليها لاحقاً من مصادر مختلفة. وتضمنت هذه المصادر تقارير من إدارة الخدمة الاجتماعية أو الجهات القانونية ولاحقاً من زيارات الأبوين (خمسة أمهات واثنين من الآباء لثمانية أطفال). أُجريت التقييمات بناءً على (1) إذا هُجر الطفل لصالح فرد أو منظمة مسؤولة، (2)

جدول 1. العمر والنوع الخاص بـ39 طفلاً مهجوراً

العمر	ذكر	أنثى	الإجمالي
0-3 أشهر	4	3	7
4-6 أشهر	1	4	5
7-12 شهراً	2	1	3
13-18 شهراً	3	5	8
19 شهراً-3 سنوات	7	4	11
3-5 سنوات	2	1	3
غير مسجل	2	0	2
الإجمالي	21	18	39

جدول 2. الأصول العرقية للمرضى والعائلات في نيووارك، نيوجيرسي

الفئة العرقية	عدد المرضى	عدد العائلات
سود	33 (84%)	18
بورتوريكيون	2 (5%)	1
بيض	3 (8%)	3
مختلط سود - بيض	1 (3%)	1
الإجمالي	39	23

جدول 3. حوادث الهجر حسب أيام الأسبوع

أيام الأسبوع	عدد المرضى	عدد العائلات
الأحد	3	1
الاثنين	5	4
الثلاثاء	7	4
الأربعاء	3	3
الخميس	5	4
الجمعة	12	5
السبت	4	2
الإجمالي	39	23

جدول 4. حوادث الهجر حسب أشهر السنة

الشهر	عدد المرضى	عدد العائلات
يناير	5	4
فبراير	0	0
مارس	5	3
أبريل	1	1
مايو	5	3
يونيو	5	2
يوليو	1	1
أغسطس	0	0
سبتمبر	2	2
أكتوبر	1	1
نوفمبر	3	1
ديسمبر	11	5
الإجمالي	39	23

جدول رقم 5. ملخص لأوضاع وحالات الهجر

الفئة	عدد المرضى	%
بدون معلومات مسجلة	9	23
في رعاية شخص مسؤول	8	21
سوء توفير الرعاية من قبل مقدم رعاية غير مؤهل	12	31
مرض الوالدين أو اعتقالهما	7	18
وضع مهدد للحياة	3	8
الإجمالي	39	100

ما إذا كانت الرعاية الموقرة للطفل سيئة ولكن من دون تعمد الهجر، (3) ما إذا كان مرض الأبوين أو الاعتقال هو العامل المسبب للهجر، (4) ما إذا كان الهجر متعمداً وربما مهدداً للحياة (جدول 5). كانت هذه التقييمات تعسفية بالضرورة. على أي حال، تشير بعض الملاحظات في سجلات المرضى إلى مشاعر اليأس التام والعجز، وفي بعض الأحيان سوء الحكم من جانب سكان الغيتو المدني.

لم يسجل أي وصف لوضع الهجر الخاص بتسعة مرضى، أي ما يقرب من 23%، في سجلاتهم.

1. تُرك ثمانية أطفال، ما يقرب من 21%، مع عائلات أخرى فترةً طويلة. سجّل أنّ هؤلاء الأطفال هُجروا عبر وضعهم في عناية أفراد مسؤولين. وأحضروا إلى

المستشفى من قبل هؤلاء الأشخاص المكلفين برعايتهم أو من قبل السلطات القانونية التي أخطرت من قبل هؤلاء الأشخاص.

تم قبول طفلين بعدما اتصل الجار الذي كان يعتني بهما بالشرطة لأن الأم غادرت قبل 24 ساعة ولم تعد. وتبين لاحقاً أن الأم قد مُنعت من دخول شقتها وتوجهت إلى مجلس رعاية المقاطعة طلباً للمساعدة. ثم ظهرت في وحدة رعاية الأطفال في اليوم التالي وساعدت في رعاية الطفلين في المستشفى.

في حالة أخرى، ترك ثلاثة أطفال مع حارس بنائية. وبعد تسعة أيام، أبلغ الحارس الشرطة التي نقلت الأطفال بدورها إلى المستشفى.

2. قُدِّر أن 12 طفلاً، أي ما يقرب من 31%، تلقوا رعاية سيئة من قبل مقدمي رعاية غير البالغين وغير كفاء ولكن من دون هجرهم بشكل متعمد. قرر القائمون على رعاية هؤلاء الأطفال، بعد فترات متفاوتة، إرسال الأطفال إلى المستشفى بدلاً من متابعة رعايتهم لفترة أطول. وفيما يلي نماذج توضيحية من بعض سجلات المرضى: ترك أربعة أطفال في رعاية "جلسة أطفال" بينما ذهبت الأم "للبحث عن شقة"، وعندما لم تعد، أُرسِل الأطفال إلى المستشفى.

هُجِر طفلان أربع مرات سابقاً. في كل مرة، كان الأطفال يُتركون لفترات طويلة تحت إشراف "جلسة أطفال" غير بالغة.

هناك ثلاثة مرضى من عائلتين تتطلب حالتهم تعليقاً خاصاً. في إحدى الحالات، وصلت الأم بعد ثلاث ساعات من دخول طفلها المستشفى وأصررت على أنها لم تهجر طفلها. في حالة أخرى، ظهرت الأم في غضون 45 دقيقة، وأدلت بتصريحات مماثلة. ومع ذلك، فإنها أخذت طفلاً واحداً فقط من أطفالها إلى المنزل، وعادت بعد 24 ساعة لتأخذ طفلها الثاني. شمل المسح هؤلاء الأطفال الثلاثة بحكم تشخيصهم المرضي، حيث أنهم قد يمثلون الأنماط الأقل خطورة من طيف متلازمة الطفل المهجور.

3. أحضر سبعة أطفال إلى المستشفى، أي ما يقرب من 18%، بسبب مرض الأبوين أو اعتقالهما وعدم وجود راعي مسؤول. فيما يلي نستعرض بعض النماذج:

توفي أحد الآباء محروفاً في اليوم السابق لدخول المرضى إلى المستشفى. عُثِر على الأم لاحقاً في منزل والدتها، لكنها لم تكن متاحة لرعاية أطفالها.

في حالتين، قُبِض على الأمهات ودخلن السجن. أحضر أطفالهن إلى المستشفى بسبب عدم توفر الإشراف الكافي.

قُبِلَ طفلان لأن أمهاتهما كانتا تعانيان من نوبات ذهانية تستلزم دخولهن مستشفى الأمراض النفسية.

4. قُدِّر وضع ثلاثة مرضى فقط، من نفس العائلة، بالهجر المتعمد مما أدى إلى بقائهم في وضع يهدد حياتهم. عثرت الشرطة على هؤلاء الأطفال الثلاثة غير الخاضعين لأي

إشراف، الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثلاثة أشهر وستين ونصف، بعد أن أبلغهم الجيران بوجود ثلاثة أطفال يكون في إحدى الشقق. ولذلك، نادرًا ما يهجر الآباء أطفالهم بشكل كامل.

التاريخ السابق

توفرت بعض المعلومات القليلة عن تاريخ ثلاث حالات فقط، تمثل تقريبًا 7%.

هؤلاء الأطفال كان لديهم ملفات طبية سابقة، أحدهم كان بسبب عملية لضيق باب المعدة و الاثنان الاخرون بسبب التخلي عنهم سابقًا. فيما يخص الطفلين الاخرين، تلك المعلومات عن تاريخهم السابق لم تكن متوفرة عندما تم العثور عليهم أول مرة.

جدول 6. ملخص النتائج المعملية

الفحص	عدد المرضى الذين تم فحصهم	المدى	المتوسط	عدد المرضى الذين لم يتم فحصهم أو تسجيلهم	%
هيموجلوبين	23	13.8-6.4	11.2	7	18
هيماتوكريت	9	39-29%	32		
كرات الدم البيضاء	29	16900-5500	9300	10	26
الخلايا المنجلية	16	طبيعي	---	17 زنجي	52
تحليل البول	31	طبيعي	---	8	21
تحليل السل	15	طبيعي	---	24	62

التاريخ العائلي

تم معرفة معلومات أكثر عن التاريخ العائلي للأطفال بواسطة قسم الخدمة الاجتماعية. تم التأكد من عمر اثنين فقط من الأمهات بينما لم يتم التوصل لعمر أي من الآباء. تاريخ الأمراض التناسلية مجهول بالكامل. الثلاث أطفال كانوا أطفالاً غير شرعيين.

الحالة الاجتماعية و الاقتصادية كانت معروفة في الغالب للآباء ذوي السجلات المعادية للمجتمع. ثلاثة منهم كانوا مدعّمين بتمويل خيري، ثلاثة كانوا في السجن، اثنين من الأمهات كانوا في فترة تجربة بعد السجن، اثنين من الأمهات كانوا يعانون

من مرض نفسي, واحد من الاباء مات متأثراً بحروق, و واحد فقط من الاباء كان يعمل و لدى أسرته منزل مناسب.

لا توجد معلومات عن نسب الاباء و الأمهات و لا عن كونهم قد مروا بتجربة التخلي عنهم أثناء الطفولة أم لا.

الفحص البدني

قياسات النمو. أغلب قياسات الوزن و الطول و قطر الرأس كانت أقل من النسب المئوية الخمسين لمنحنى النمو الخاص ب"ستوارت و معاونيه" في بوسطن. في العموم, كانت متوسطات القياسات عند الأولاد المهجورين أقل في النسب المئوية من متوسطات القياسات عند البنات المهجورين, و لكن ليس لهذه الاختلافات أي دلالة احصائية. نتائج الفحص البدني تم مقارنتها بنتائج جموعة أخرى من المرضى المتطابقين في الجنس و العمر الذين تم حجزهم للقيام بعمليات جراحية اختيارية. نتائج المجموعتين كانت متقاربة لبعضها البعض باستثناء أن الأولاد في المجموعة الثانية كانوا أطولو قطر رأسهم كان أكبر من الأولاد المهجورين. و وزن الرضع الأولاد في المجموعة الثانية كان أثقل من الرضع الأولاد المهجورين.

كل الأطفال المهجورين كانوا تحت المتوسط في قياسات النمو. و لكن الوزن لم يتم قياسه في ربع المرضى, و الطول لم يتم قياسه في ثلثين الأطفال, و قطر الرأس لم يتم قياسه لنصف المرضى تقريباً. قياسات النمو عند الأولاد كانت أقل من قياسات النمو عند البنات و لكن تلك الاختلافات ليس لها دلالة احصائية.

على الرغم من التأكيد في برامج تدريب ضابط منزل الأطفال على تقدير التطور العقلي للمرضى, تم الملاحظة أن تقديرات العمر الزمنية تم متابعتها في 38% فقط من الحالات, و 18% فقط من الحالات تم تدوين تطورها العقلي. مما يثير القلق أيضاً أن 10% من بين 4 أطفال لم يكن لديهم سجل أنه تم فحصهم بدنياً.

اضطرابات جسدية

كانت نتيجة الفحص البدني ل50% من الأطفال المفحوصين طبيعية. بينما عانى باقي الأطفال من اضطرابات جسدية مختلفة و بعضهم كان يعاني من أكثر من عرض, مقسمين كالتالي: كان هناك 6 أطفال يعانون من عدوى بالجهاز التنفسي العلوي منهم

طفل يعاني من التهاب بالأذن الوسطى. 3 كانوا يعانون من فتق سري. 2 كانوا يعانون من أنيميا نقص الحديد. 1 كان يعاني من نفخة قلبية تتماشى مع عيب خلقي بالقلب. 6 أطفال من 4 عائلات أظهروا علامات تدل على الإهمال البدني. 3 أطفال كلهم من عائلة واحدة كانت لديهم ندبات تدل على تعرضهم للعنف و الضرب.

أغلب الأطفال المهجورين كانوا يتمتعون بصحة عامة جيدة أو يعانون من اضطرابات جسدية طفيفة. و يمكن أن نعتبر أنهم لم يتعرض أحد من الأطفال للعنف الجسدي قبل أن يتم هجرهم.

جدول 7. التصرف الاجتماعي

عدد المرضى		
مؤقت	دائم	
0	6	العودة للوالدين الاثنين
0	*17	العودة للأم
**1	3	العودة للأب
+*3	2	المؤسسات
0	**5	بيوت الرعاية لم يتم التسجيل

البيانات المعملية

باستثناء طفل في بعض الأحيان يعاني من نقص في مستوى الهيموجلوبين, كانت نتائج التحاليل المعملية طبيعية. (الجدول 6)

لسوء الحظ, خمس الأطفال لم يتم عمل تحليل الهيموجلوبين و الهيماتوكريت أو تحليل البول. أكثر من نصف الأطفال الزوج لم يكن هناك تدوين لنتائج تحليل الخلايا المنجلية. في سجلات ثلثين من الأطفال لم تتوفر نتائج تحليل السل. تم خضوع 14 مريض للفحص بالأشعة. فحص الصدر تم ل13 مريض, فحص البطن تم لمريضين, فحص الجمجمة و العظام تم ل3 أطفال كانوا تعرضوا للضرب. الاضطراب الوحيد الذي تم العثور عليه هو تضخم للقلب لمريض واحد كان يعاني من مرض وراثي بالقلب. كل النتائج الأخرى كانت في الحدود الطبيعية.

ادارة مشاكل العلاج

احتاج 18 من أصل 39 طفل للعلاج بشكل أو بآخر. معظم العلاجات كانت: نقاط للأنف, مراهم للتسلخات, فيتامينات أو حديد لأنيميا نقص الحديد. تم اعطاء طفلين فقط مضادات حيوية.

مدة الإقامة بالمستشفى

تراوحت مدة الإقامة بالمستشفى من 3 ساعات الى 55 يوم, متوسط مدة الإقامة كان 14.6 يوم. طفل واحد فقط صاحب العيب الخلقى بالقلب كانت اقامته بالمستشفى مبررة حيث كان يحتاج الى تقييم طبي للقلب. كل الأطفال الآخرين كانت اقامتهم بالمستشفى لأسباب متعددة بالاشتراك مع وكالات مختلفة منهم: 25 مريض من الخدمة الاجتماعية, 13 مريض من وكالات للأطفال, 8 مرضى من قسم الشرطة, و مريضين من المحكمة. و لذلك يتعرض الطفل المهجور لمدة إقامة بالمستشفى طويلة نسبياً في انتظار اجراءات التصرف الاجتماعي.

التصرف الاجتماعي

أكثر من نصف المرضى عادوا الى عائلاتهم بشكل دائم (الجدول 7). هذه الفئة تضمنت طفل انتظر خروج والدته من السجن في مؤسسة مؤقتة. كان هناك وجود لأب لنصف هذه الفئة, مما يمثل ربع العدد الكلي

باقي الأطفال تم ارسالهم الى مؤسسة للرعاية المؤقتة أو الدائمة, أو تم وضعهم في رعاية دائمة لبيوت الاحتضان. في ما يتعلق بأربع أطفال يمثلون 10% من العدد الكلي, لم يتم تدوين مصيرهم المجتمعي.

المناقشة و التعليقات

أغلب الصعوبات التي واجهت للبحث بأثر رجعي يمكن نسبها الى قلة المعلومات المتوفرة, ضعف التسجيل, و عدم الاهتمام الواضح بشكل كبير من قبل الأفراد المنوطين برعاية هؤلاء الأطفال.

الرضيع و الطفل الصغير المهجور من والديه لديه فرصة كبيرة أن يعطيه الطبيب المسؤل عن رعايته اهتمام أقل من المطلوب. يأتي الأطفال في المعتاد الى المستشفى بسبب أي مرض مصحوبين بأحد أو كلا الوالدين, مما يجعل أخذ التاريخ المرضي و الفحص البدني الشامل وجويًا على النائب المقيم. هذا الموقف و الجهد الطبي لا يتضمن الطفل المهجور الذي يحصل على اهتمام طبي أقل. توجد أسباب عديدة لقلة الاهتمام بجانب عدم توافر المعلومات الكافية عن تاريخ الطفل. في المعتاد, يصل الطفل المهجور في يوم الجمعة وسط الموسم الشتوي المزدهم بأطفال مرضى آخرين يتم علاجهم, فتكون حالته "غير مثيرة للاهتمام" كالباقين و تقل فرصه في أن يناظره طالب الطب. الفحص و تسجيل المعلومات للطفل المهجور بواسطة الأطباء المقيمين في المستشفيات المزدهمة العامة يكون أقل شمولاً عن باقي المرضى. في عطلة نهاية الأسبوع, يتم ملئ مرور طبيب الأطفال المختص بحالات المرضى الآخرين.

هكذا هو الحال أيضا في قسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى الذي يعاني من قلة عدد العاملين و زيادة حمل العمل للعامل الواحد, مما يؤدي الى صعوبة الحصول على المعلومات و ايجاد مكان مناسب لهؤلاء الأطفال.

قد يحصل هؤلاء الأطفال على خدمة طبية و معملية غير كافية ظناً أن مشكلتهم اجتماعية أكثر من صحية. و لذلك عند النظر بموضوعية و قسوة, يتضح أن عائلة الطفل لم تكن الوحيدة التي قامت بهجره, و لكن تم هجره من مؤسسات المجتمع المختلفة أيضا بدرجة أو بأخرى.

لاصلاح بعض الأمور التي تم وصفها, قام المؤلفون بتقديم اثنين من التوصيات المهمة. أولا, يتوجب على الأطباء الذين يقومون بتقديم الرعاية للأطفال المهجورين أن يقوموا بتقديم خدمة مستمرة موضوعية لتجنب المعايير المزدوجة للممارسات الطبية التي تؤدي الى سوء التعامل مع المشكلات المجتمعية. ثانيا, الوكالات الاحترافية و العامة يجب تشجيعهم على تطوير برامج أفضل للعناية بالأطفال المهجورين في محاولة لتقليل دخول المستشفى دون داع, و لاحتضانهم في بيئة عاطفية أفضل و هو أقل ما يستحقونه.

شكر وامتنان

يعرب المؤلفون عن امتنانهم ل: آن شالاكيس للتحليل الإحصائي ؛ السيدة ماريان بينيو والسيدة مارلين فارينو للمساعدة في أعمال السكرتارية ؛ والدكتور فرانكلين بيرلي، رئيس قسم طب الأطفال في كلية نيو جيرسي للطب، لتشجيعه ونقده البناء ونصائحه.

المراجع

1. Bain, K.: Commentary; the physically abused child. Pediatrics 31: 895, 1963.
2. Harper, F. V.: The physician, the battered child, and the law. Ibid. p. 899.
3. McHenry, T., Giradny. B. R. and Elmer E.: Unsuspected trauma with multiple skeletal injuries during infancy and childhood. Ibid. p. 903.
4. Fontana, V. J., Donovan, D. and Wong, R. J.: The "maltreatment syndrome" in children. New Eng. J. Med. 269: 1389, 1963.
5. Amer. Acad. Pediat. Committee on Infant and Preschool Child: Maltreatment of children; the physically abused child. Pediatrics 37: 377, 1966.
6. Elmer, E. and Gregg, G. S.: Developmental characteristics of abused children. Ibid. 40: 596, 1967.
7. Sussman, S. J.: Skin manifestations of the batteredchild syndrome. J. Pediat. 72: 99, 1968.
8. Touloukian, R. J.: Abdominal visceral injuries in battered children. Pediatrics 42: 642, 1968.
9. Bakwin, H.: Homicidal deaths in infants and children. J. Pediat. 57: 568, 1960.
10. Adelson, L.: Slaughter of the innocents; a study of forty-six homicides in which the victims were children. New Eng. J. Med. 264: 1345, 1961.
11. Elmer, E.: Failure to thrive; pediatrics and society ; role of the mother. Pediatrics 25: 717, 1960.
12. Green, M. and Beall, P.: Paternal deprivation; a disturbance in fathering; a report of nineteen cases. Ibid. 30: 91, 1962.
13. Patton, R. G. and Gardener, L. I.: Influence of family environment on growth; the syndrome of "maternal deprivation." Ibid. 30: 957, 1962.
14. Silver, H. K. and Finkelstein, M.: Deprivation dwarfism. J. Pediat. 70: 317, 1967.
15. Jenkins, G. T., MEDLARS searcher, National Library of Medicine: Personal communication, January 7, 1969.