

پزشکی قانونی

مقدمه و تاریخچه :

بکار گرفتن علوم پزشکی و رشته پزشکی و رشته های وابسته به آن را در خدمت قانون ، پزشکی قانونی می نامند که استفاده از آن موجب هر چه صحیح تر اجرا شدن عدالت می گردد . در تمدنهای ابتدایی که جوامع بشری به صورت قبیله ای بوده مردان روحانی قبیله طبابت نیز می کردند و در مواقع ضروری داوری و قضاوت نیز بعهده این افراد بوده و طبعا روحانی طبیبی که قضاوت هم می کرد پزشک قانونی نیز بشمار می رفت . بعدها طبابت از روحانیت جدا شد . در تمدن بابل قدیم ، حمورابی در حدود ۲۲۰۰ سال قبل از میلاد ، قوانین مشروحی تدوین کرد که به پزشکی قانونی و نظام پزشکی در آن توجه خاصی شده بود . در دوران او پزشکان خاصی از طرف دولت انتخاب می شدند تا وظیفه پزشکی قانونی را بعهده بگیرند . در مصر باستان قوانین مدرنی برای طب قانونی پزشکی وجود داشت و پزشکان مجبور به رعایت موازین طبی که در مدارس پزشکی به آنان درس داده می شده بودند . در یونان پزشکی قانونی اندکی دیرتر از سایر جوامع باستانی نظیر ایران مشروع به رشد کرد ولی با ظهور پزشکان نامداری همچونسقراط ، طب پیشرفت زیادی نمود ولی تشریح و کالبد گشایی ، گناه عظیمی به شمار می رفت و ممنوع بود رومیان قدیم در طب پیشرفت بسیار زیادی نمودند و ذکر شده است ژولیوس سزار پس از به قتل رسیدن مورد تشریح واقع و علت فوت مورد بررسی واقع شده است .

در ایران معاصر اولین مورد از کالبد گشایی مربوط به زمان ناصرالدین شاه قاجار است که مربوط به تشریح جسد یکی از اساتید اتریشی دار الفنون بوده است که شرح آن در روزنامه وقایع اتفاقیه آن زمان آمده است .

در حال حاضر وظایف پزشکی قانونی بعهده سازمان پزشکی قانونی کشور است که از سازمانهای تابع قوه قضائیه است .

اعتیاد

اعتیاد یک اصطلاح عامیانه و غیر علمی بسیار متداول است. سازمان بهداشت جهانی استفاده از واژه Drug Dependence یا وابستگی دارویی را توصیه کرده است و روانپزشکان آن را پیچیده ترین بیماری روانی می دانند. سازمان ملل اعتبار به مواد مخدر را بصورت مسمومیت تدریجی و یا حادی تعریف کرده است که به بعثت استعمال مدام یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور است. مواد مخدر به کلیه ترکیبات شیمیایی و گیاهی گفته می شود که باعث تغییر در کارکرد مغز می شوند. معتاد به شخصی گفته می شود که حداقل سه ویژگی از پنج ویژگی زیر را داشته باشد:

- ۱- تمایل دائم و تلاش های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده مخدر
- ۲- مختل شدن فعالیت های اجتماعی، شغلی و تفریحی
- ۳- تداوم مصرف مواد مخدر علیرغم آگاهی از عوارض آن
- ۴- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف که سبب بروز رفتارهای مواد جویانه می گردد
- ۵- تحمل افزایش تدریجی ماده مصرفی برای دستیابی به علائم آن ماده

اعتیاد پدیده ای با ابعاد گوناگون اقتصادی - اجتماعی فرهنگی سیاسی - بهداشتی که علاوه بر ایجاد آسیب های جدی در قشر جوان - باعث افزایش جرم و جنایت - ابتلا به بیماری های خطرناک و از هم گسیختگی بنیان های خانوادگی می شود مصرف مواد مخدر قدمت تاریخی دارد.

علل اعتیاد شامل علل فردی - اجتماعی - خانوادگی - بین المللی و جغرافیایی و تاریخی است.

علل اجتماعی ناهنجاری های اجتماعی پدیده های خلق الساعه نیستند از این رو نمی توان پیکان انتقاد را به یک عامل یا مقطع خاص نشانه رفت- در تبدیل یک فرد بهنجار به انسانی هنجار شکن عوامل مختلفی موثرند که در مورد اعتیاد باید به مواردی اشاره کرد- بین گرایش به مواد مخدر و امید و شادی رابطه معکوسی وجود داد- اعتیاد دارای آسیب شناسی خاص خود می باشد و بر مبنای این آسیب شناسی برخورد با اعتیاد، برخوردی پیشگیرانه است- و شیوه پلیسی- تنبیهی منسوخ شده است.

در علل اجتماعی بیکاری- نداشتن برنامه ریزی صحیح و مناسب برای پر کردن اوقات فراغت جوانان- نامناسب بودن فضای اماکن بازپروری و عوامل دیگری نقش دارند.

علل خانوادگی- اختلاف و نزاع والدین در محیط خانواده- اعتیاد والدین و اعضای خانواده به مواد مخدر عدم پای بندی والدین به مسائل اخلاقی- آزادی های بی حد و حصر فرزندان که منجر به عدم کنترل آنها می شود- ایجاد روش های سخت و دشوار

تربیتی و حساسیتهای بی مورد- جدایی و طلاق والدین که منجر به بی پناهی نوجوانان و جوانان می شود.

علل فردی شامل نداشتن احساس امنیت در زمینه های خانوادگی- شغلی- تحصیلی- وجود مشکلات روحی روانی نظیر افسردگی- رفتارهای پرخطرانه- احساس ندامتهای شدید- عدم شناخت از عواقب اعتیاد- انحرافات جنسی- بیکاری- اختلافات شخصیتی می باشد.

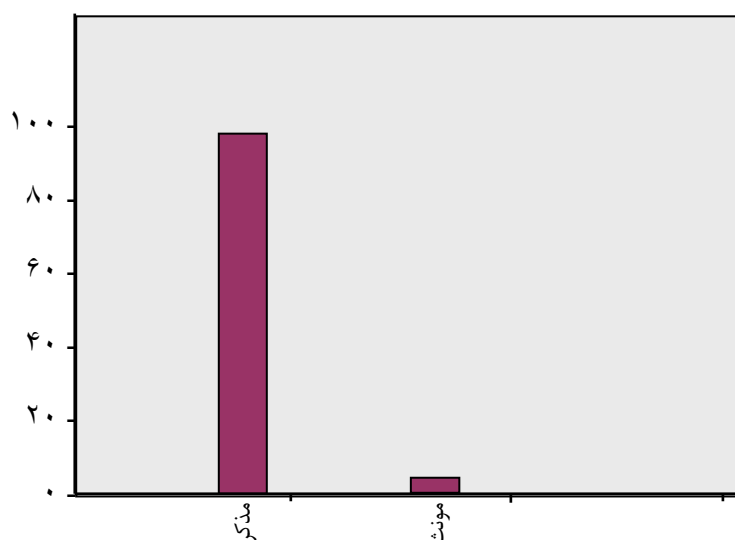
جدول شماره ۱

توزیع فراوانی مطلق و نسبی برحسب جنس معتادین خود معرف

جنس	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
مذکر	۵۸۱	۹۸/۶
مونث	۸	۱/۳
جمع	۵۸۹	%۱۰۰

با توجه به جدول فرق مشخص می شود که اعتیاد در ایران بیشتر در مردان وجود دارد و گروه کوچکی از زنان به این ماده اعتیاد پیدا نموده اند.

نمودار شماره ۱- جنس معتادین خود معرف



جدول شماره ۲

توزیع مطلق و نسبی برحسب سن مراجعه کنندگان به واحد معتادین خود معرف

سن	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
کمتر از ۱۵ سال	-	-
۱۵ تا ۱۹	۳	۰/۳
۲۰ تا ۲۴	۴۵	۷/۶
۲۵ تا ۲۹	۱۱۴	۱۹/۳
۳۰ تا ۳۴	۱۰۸	۱۸/۳
۳۵ تا ۳۹	۱۱۰	۱۸/۶
۴۰ تا ۴۴	۱۱۳	۱۹/۱
۴۵ تا ۴۹	۵۱	۸/۶
۵۰ تا ۵۴	۱۹	۳/۳
۵۵ تا ۵۹	۱۹	۳/۳
بالای ۶۰ سال	۸	۱/۳

جدول فوق میزان فراوانی افراد معتاد خود معرف برحسب سن را نشان می دهد که براساس آن گروه های سنی ۲۵-۴۴ در اولویت اول قرار دارند. در این میان گروه های سنی (۲۵-۲۹ و ۳۰-۳۴) بدلائل مسائل نظیر فشار خانواده (پدر، مادر، همسر)، اطلاع ناگهانی از اعتیاد فرزند یا همسر، مطلع شدن کارفرمایان و مسئولین ادارات و کارخانجات از اعتیاد کارکنان و ... به مرکز ترک اعتیاد جهت درمان مراجعه می نمایند. در گروه های سنی (۳۹ تا ۲۵ و ۴۴ تا ۴۰) وضعیت بد اقتصادی در اثر هزینه مصرف چندین ساله مواد مخدر، عدم تأمین هزینه اعتیاد نسبت به سالهای قبل، عدم لذت و نشئگی از مواد مخدر همانند سالهای جوانی و بزرگ شدن فرزندان و آگاهی آنان از مسائل و مشکلات اعتیاد و ترس والدین از الگو پذیری فرزندان از آنها و ... از جمله عواملی هستند که موجب می شود که معتادین این گروه سنی بیشتر جهت ترک اقدام نمایند.

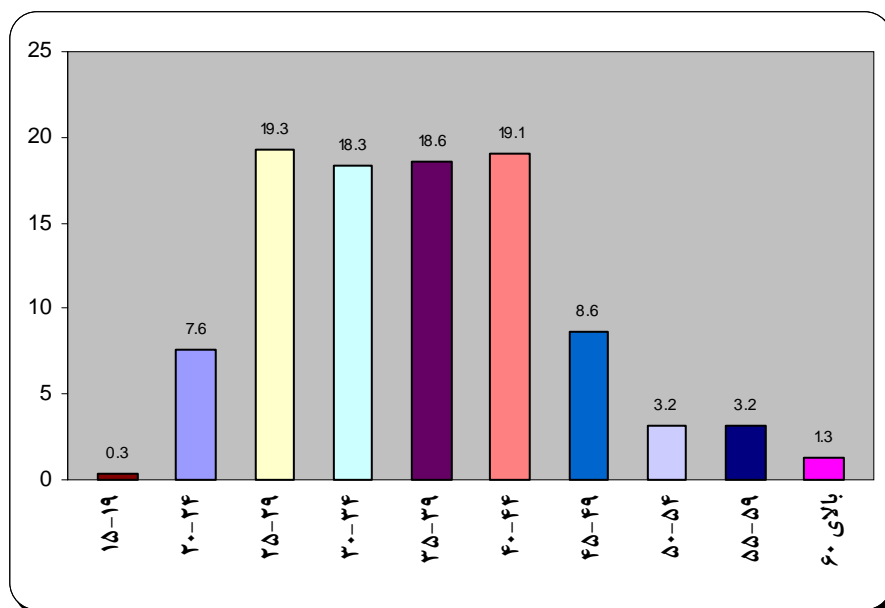
جدول شماره ۲

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب وضعیت تأهل

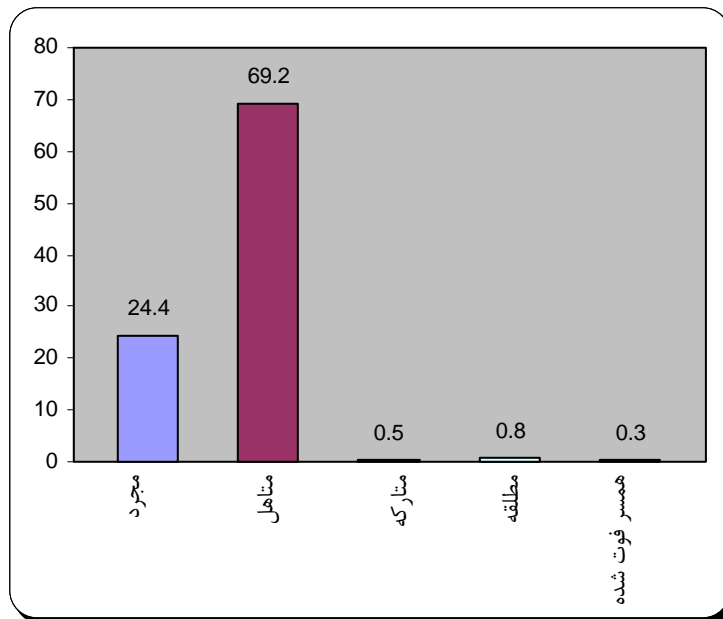
وضعیت تأهل	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
مجرد	۱۴۴	۲۴/۴
متأهل	۴۰۸	۶۹/۲
متارکه	۳۰	۰/۵
مطلقه	۵	۰/۸
همسر فوت شده	۲	۰/۳

جدول فوق نشان می دهد که متأهلین با ۶۹/۲ درصد بیشترین فراوانی را در بین مراجعین مرکز به خود اختصاص داده اند. با توجه به این مسئله افراد مراجعه کننده (۶۰ تا ۲۰ سال) به مرکز معتادین خود معرف، با تعداد متأهلین همخوانی دارند. این افراد اکثراً در سنین جوانی و میان سالی نقرار دارند. همچنین با توجه به مصاحبه هایی که در مرکز توسط روانشناس و مددکار بعمل می آید تعداد زیادی از مراجعین بعد از ازدواج اقدام به مصرف دائمی مواد مخدر نموده اند.

نمودار شماره ۲- سن معتادین خود معرف



نمودار شماره ۳- وضعیت تأهل معتادین خود



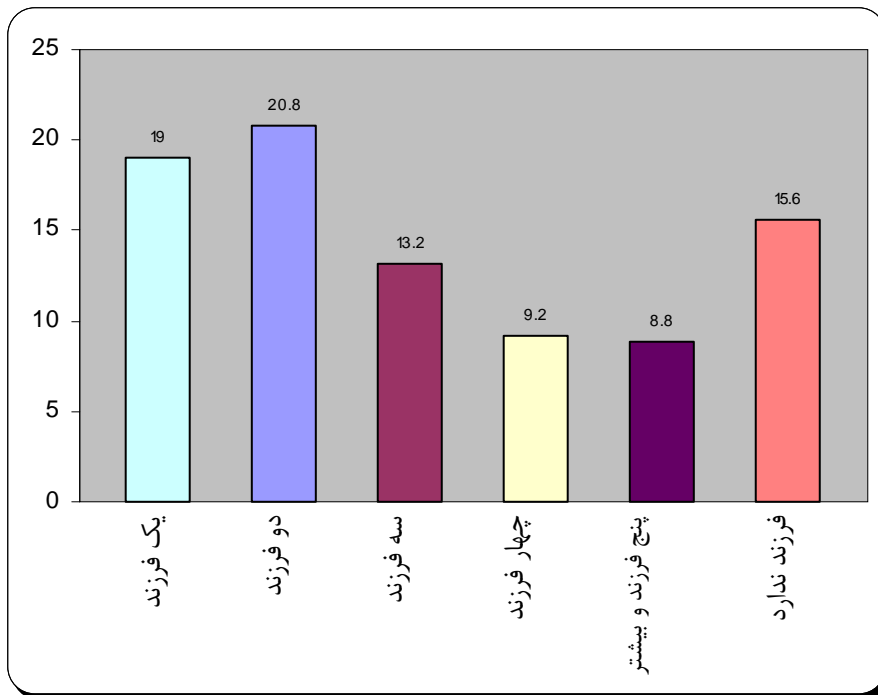
جدول شماره ۴

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب تعداد فرزندان معتادین

درصد فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	تعداد فرزندان
۱۹	۱۲۲	یک فرزند
۲۰/۸	۱۲۳	دو فرزند
۱۳/۲	۷۸	سه فرزند
۹/۲	۵۶	چهار فرزند
۸/۸	۵۲	پنج فرزند و بیشتر
۱۵/۶	۹۲	فرزند ندارد

در این جدول بیشترین افراد متأهل با ۲۰/۸ درصد دارای دو فرزند و کمترین آن با ۸/۸ درصد دارای ۵ فرزند و بیشتر می باشند.

نمودار شماره ۴- تعداد فرزندان معنادین خود معرف



جدول شماره ۵

توریع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معنادین خود معرف برحسب میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
بیسواد	۳۰	۵
خواندن و نوشتن	۲۸	۴/۷
ابتدائی	۱۵۱	۲۵/۶
سیکل	۱۷۹	۳۰/۳
دیپلم	۱۵۳	۲۵/۹
فوق دیپلم	۲۴	۴
لیسانس	۲۱	۳/۵
فوق لیسانس	۳	۰/۵

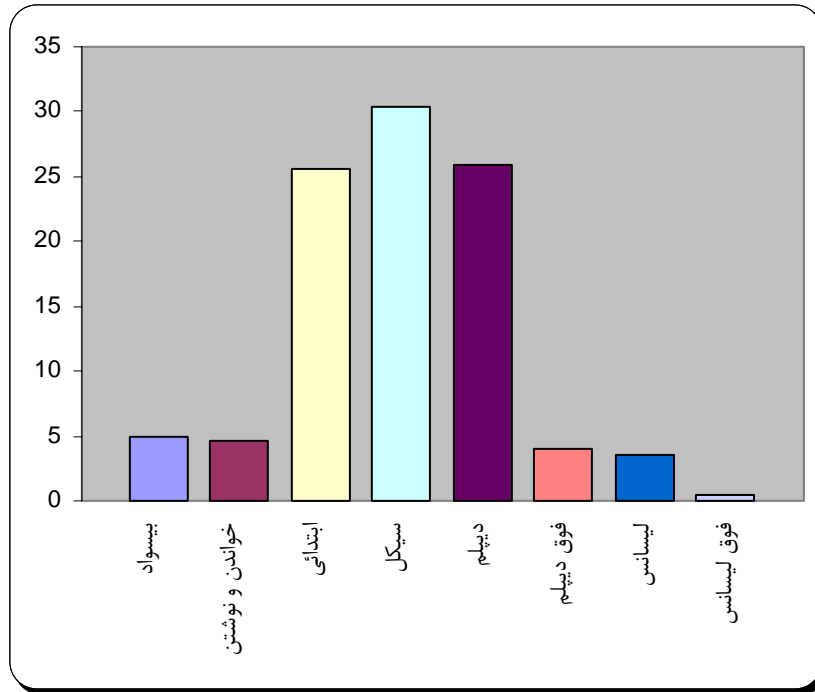
با توجه به جدول فوق مشخص می شود که ۶۵/۶ درصد مراجعین به این مرکز دارای تحصیلات سیکل به پائین هستند به نظر می رسد که عوامل مختلفی که باعث کم سوادی افراد می گردند نقشی هم در ایجاد و توسعه اعتیاد در سطح جامعه داشته باشند که این امر لزوم برنامه ریزی و آگاه سازی قشر محصلین بخصوص در مدارس راهنمایی و دبیرستان را در رابطه با خطرات و مشکلاتی که اعتیاد در پی دارد مشخص می سازد.

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب نوع شغل

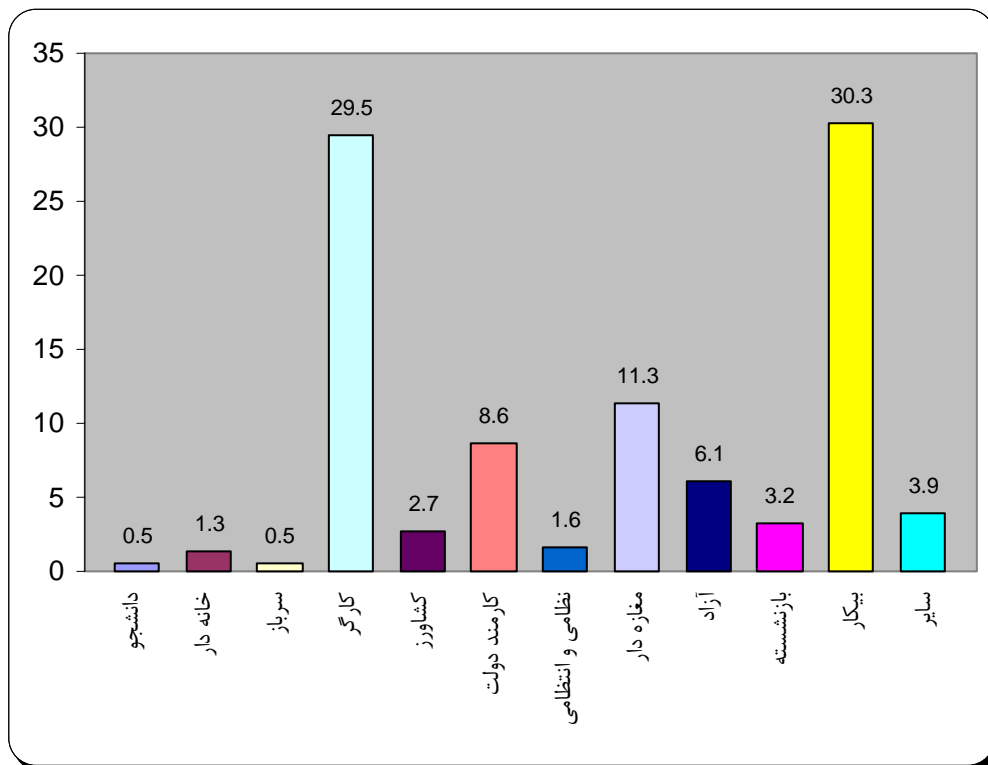
درصد فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	شغل
-	-	دانش آموز
۰/۵	۳	دانشجو
۱/۳	۸	خانه دار
۰/۵	۳	سرباز
۲۹/۵	۱۷۴	کارگر
۲/۷	۱۶	کشاورز
۸/۶	۵۱	کارمند دولت
۱/۶	۱۰	نظامی و انتظامی
۱۱/۳	۶۷	مغازه دار
۶/۱	۳۶	آزاد
۳/۳	۱۹	بازنشسته
۳۰/۳	۱۷۹	بیکار
۳/۹	۲۳	سایر

این جدول نشان می‌دهد که بیشترین افراد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد معتادین خود معرف مربوط به افراد بیکار با ۳۰/۳ درصد و کارگران ساده با ۲۹/۵ درصد می باشد. که بعد از این دو گروه کاسبها (مغازه داران) دارای بیشترین فراوانی با ۱۱/۳ درصد می باشد در رابطه با گروه کارگران و کاسبها می توان اظهار داشت، عدم ثبات شغلی، آلوده بودن برخی از محیطهای کارگری به مواد مخدر، وجود همکاران معتاد از جمله عوامل اصلی وجود اعتیاد در این قشر می باشد.

نمودار شماره ۵- میزان تحصیلات معتادین خود معرف



نمودار شماره ۶- شغل معتادین خود معرف



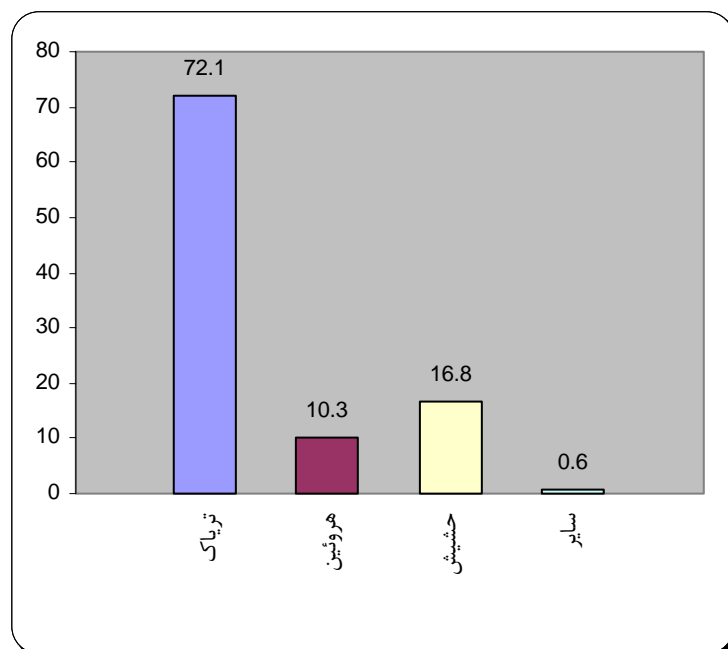
جدول شماره ۷

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب اولین ماده مورد مصرف

اولین ماده مورد مصرف	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
تریاک	۴۲۵	۷۲/۱
هروئین	۶۱	۱۰/۳
حشیش	۹۹	۱۶/۸
سایر	۴	۰/۶

جدول فوق اولین ماده مورد مصرف مراجعه کنندگان به مرکز را نشان می دهد طبق این جدول اولین ماده مورد مصرف اکثر معتادین خود معرف مربوط به تریاک با ۷۲/۱ درصد می باشد و بعد از آن حشیش با ۱۶/۸ و در نهایت هروئین با ۱۰/۳ درصد قرار دارد. به نظر می رسد علت درصد مصرف زیاد تریاک بین افراد، نشأت گرفته از عواملی نظیر استفاده از تریاک به عنوان یک مخدر تفننی، مسکن سنتی، داشتن بار منفی کمتر و نیز در دسترس قرار داشتن این ماده باشد.

نمودار شماره ۷- اولین ماده مورد مصرف



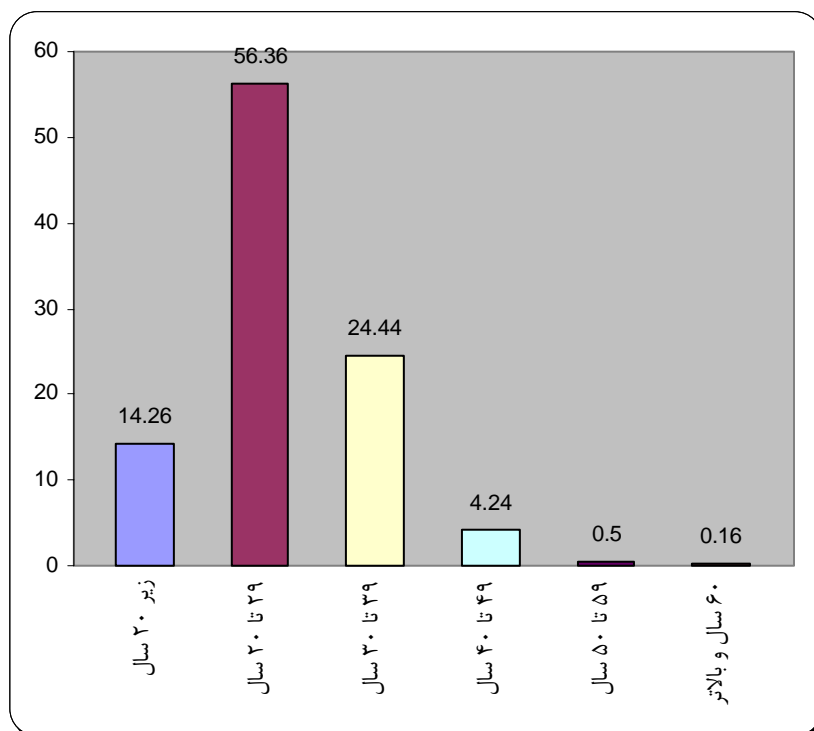
جدول شماره ۸

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب اولین ماده مورد مصرف

درصد فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	سن شروع اعتیاد
۱۴/۲۶	۸۴	زیر ۲۰ سال
۵۶/۳۶	۳۳۲	۲۰ تا ۲۹ سال
۲۴/۴۴	۱۴۴	۳۰ تا ۳۹ سال
۳/۳۴	۲۵	۴۰ تا ۴۹ سال
۰/۵	۳	۵۰ تا ۵۹ سال
۰/۱۶	۱	۶۰ سال و بالاتر

در این جدول مشاهده می شود که پرخطرترین سن برپا اعتیاد جوانان سن ۲۹ تا ۲۰ سال است که لزوم آگاه سازی جوانان در این سن بی نهایت ضروری می باشد.

نمودار شماره ۸- سن شروع اعتیاد معتادین خود معرف



جدول شماره ۹

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب نوع ماده مورد مصرف فعلی

نوع ماده مورد مصرف	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
تریاک	۲۷۱	۴۶
هروئین	۲۹۱	۴۹/۴
حشیش	-	-
داروهای روان گردان	-	-
سایر مواد	۲۷	۴/۵

جدول فوق نشان دهنده این مطلب است که در مصرف مواد مخدر حالت ایستائی و سکون وجود ندارد و بعد از اینکه فرد مقدار معینی ماده مخدر مصرف کرد پس از سپری شدن مدتی دیگر حالتهای نشئگی و ارضاء اولیه به فرد دست نمی دهد و مجبور به استفاده بیشتر از نظر مقدار و تعداد دفعات می نماید و در نهایت مجبور به استفاده از مواد مخدر قویتر می شود. بطوری که در جدول شماره ۷ تنها ۶۱ نفر از مراجعین هروئین مصرف می نموده اند در حالیکه هم اکنون ۳۹۱ نفر از مراجعین اقدام به مصرف هروئین می نمایند که با ۴۹/۴ درصد بیشترین مراجعه کنندگان به این مرکز افراد معتاد به هروئین تشکیل می دهند.

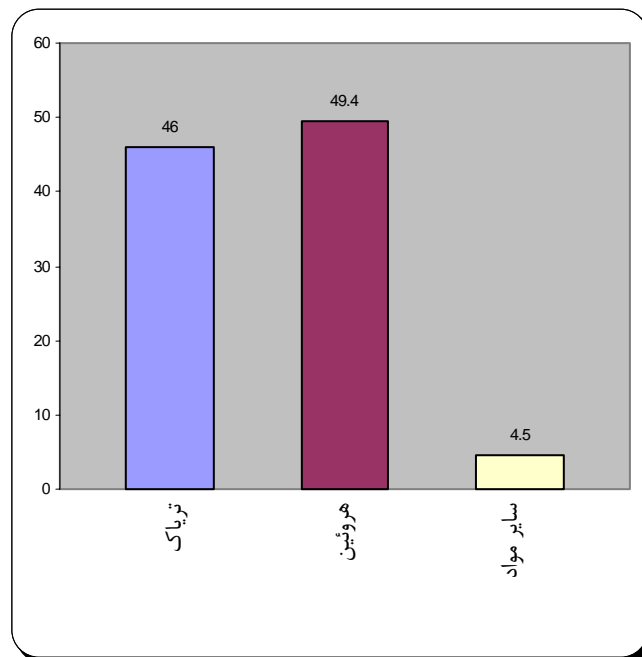
جدول شماره ۱۰

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب وضعیت مسکن

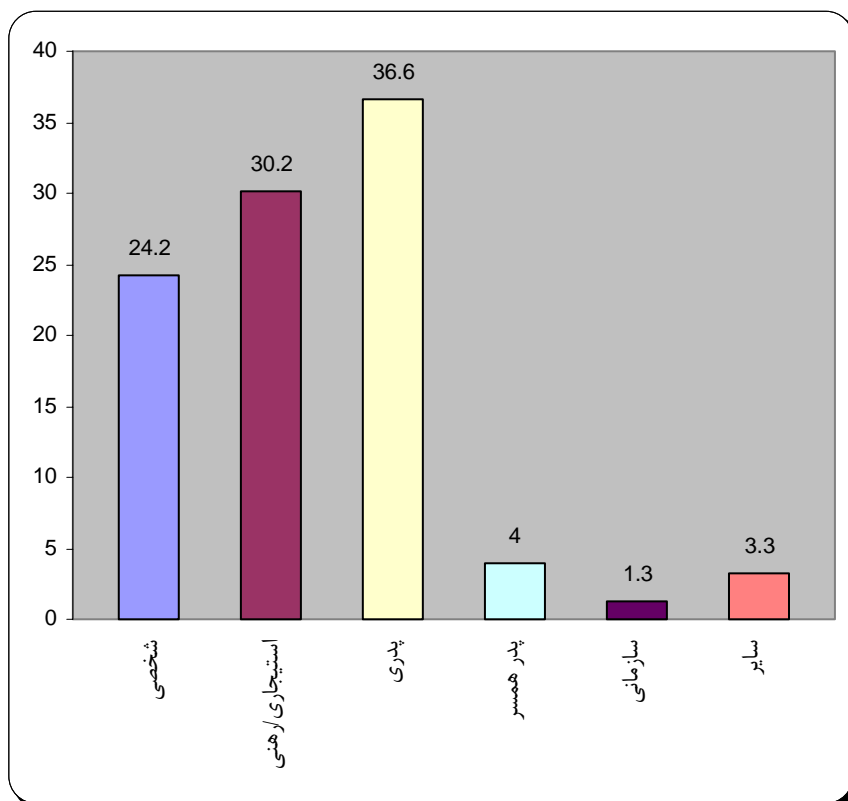
وضعیت مسکن	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
شخصی	۱۴۳	۲۴/۲
استجاری / رهنی	۱۷۸	۳۰/۲
پدری	۲۱۶	۳۶/۶
پدر همسر	۲۴	۴
سازمانی	۸	۱/۳
سایر	۲۰	۳/۳

با توجه به جدول فوق مشخص می شود که فقط در حدود یک چهارم مراجعه کنندگان دارای مسکن شخصی می باشد که این خود نشان دهنده این نکته می باشد که غالب معتادین دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی مناسبی نمی باشند و به نظر نمی رسد که سطح بالای اقتصادی به عنوان یک عامل، نقش عمده ای داشته باشد.

نمودار شماره ۹ - نوع ماده مورد مصرف فعلی



نمودار شماره ۱۰ - وضعیت مسکن معتادین خود معرف



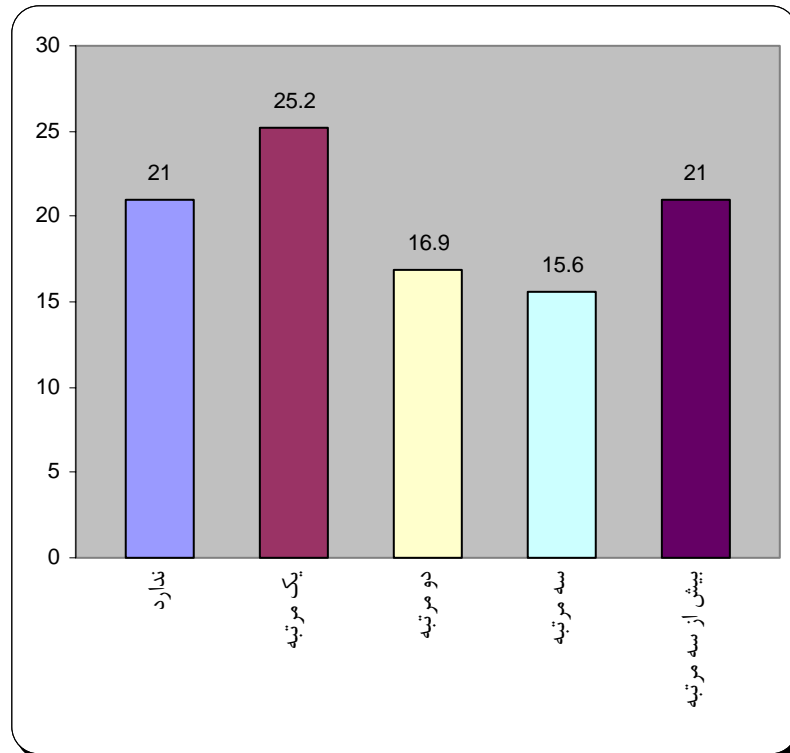
جدول شماره ۱۱

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب سابقه ترک اعتیاد

سابقه ترک	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
ندارد	۱۲۴	۲۱
یک مرتبه	۱۴۹	۲۵/۲
دو مرتبه	۱۰۰	۱۶/۹
سه مرتبه	۹۲	۱۵/۶
بیش از سه مرتبه	۱۲۴	۲۱

جدول فوق نشان می دهد که بیش از سه چهارم معتادین مراجعه کننده به مرکز خود معرف سابقه ترک ناموفق در منزل و مراکز بازپروری داشته اند. این خود نشان دهنده لزوم درگیر شدن سیستم های حمایتی و درمانی مختلف جهت کمک به ترک موفق معتادین می باشد.

نمودار شماره ۱۱- سابقه ترک معتادین خود معرف



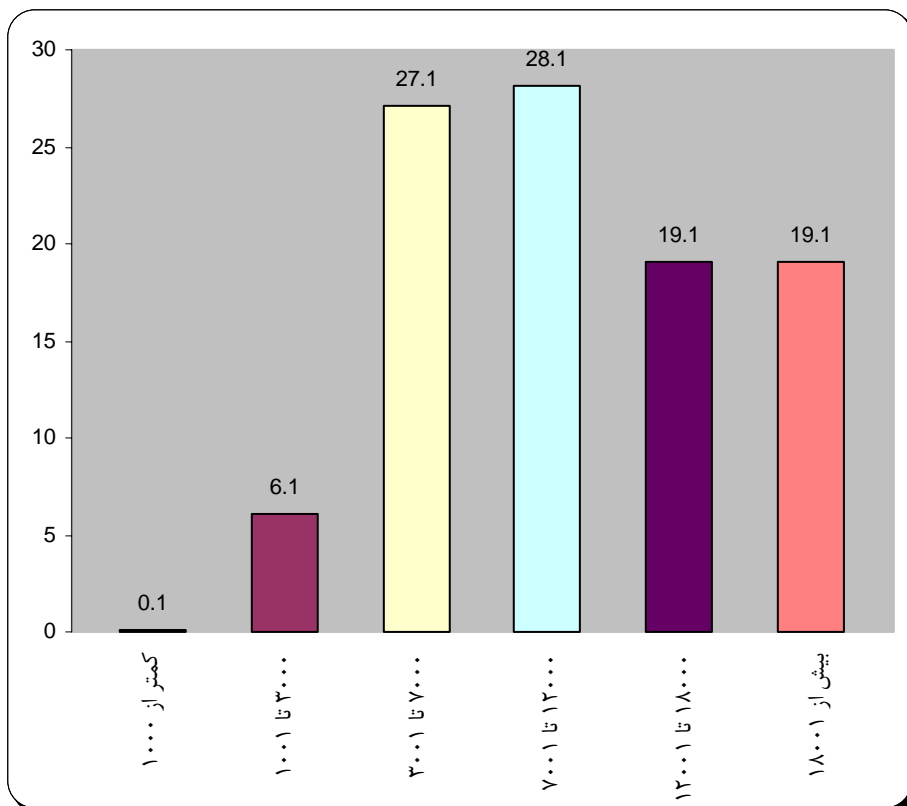
جدول شماره ۱۲

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب متوسط مخارج تهیه مواد مخدر در طی یک هفته (تومان)

مخارج	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
کمتر از ۱۰۰۰	۱	۰/۱
۱۰۰۱ تا ۳۰۰۰	۳۶	۶/۱
۳۰۰۱ تا ۷۰۰۰	۱۶۰	۲۷/۱
۷۰۰۱ تا ۱۲۰۰۰	۱۶۶	۲۸/۱
۱۲۰۰۲ تا ۱۸۰۰۰	۱۱۳	۱۹/۱
بیش از ۱۸۰۰۱	۱۱۳	۱۹/۱

با توجه به جدول فوق بیشترین مخارج مربوط به ۱۲۰۰۰ تا ۷۰۰۱ تومان در هفته می باشد که نشان دهنده متحمل شدن خانواده معتادین و افراد درگیر اعتیاد با مخارج سنگین اعتیاد می باشد.

نمودار شماره ۱۲- متوسط مخارج تهیه مواد در طی یک هفته در معتادین خود معرف (تومان)



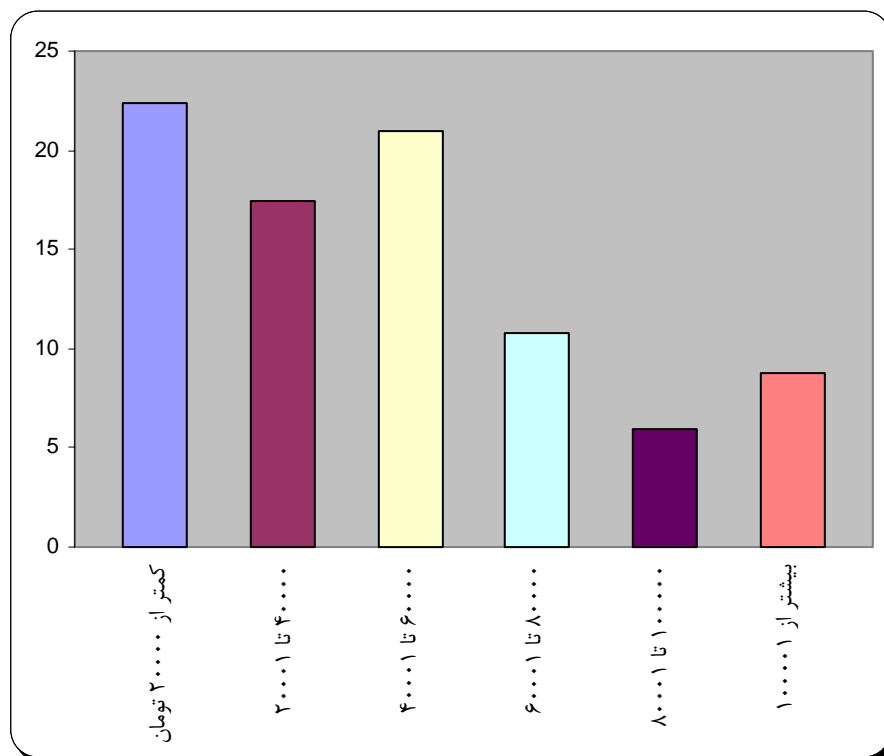
جدول شماره ۱۲

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب میزان درآمد ماهانه (تومان)

درآمد ماهانه	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
کمتر از ۲۰۰۰۰ تومان	۱۳۳	۲۲/۴
۲۰۰۰۱ تا ۴۰۰۰۰	۱۰۳	۱۷/۴
۴۰۰۰۱ تا ۶۰۰۰۰	۱۲۴	۲۱
۶۰۰۰۱ تا ۸۰۰۰۰	۶۴	۱۰/۸
۸۰۰۰۱ تا ۱۰۰۰۰۰	۳۵	۵/۹
بیشتر از ۱۰۰۰۰۰۱	۵۲	۸/۸

با توجه به این جدول بیشترین فراوانی مربوط به درآمد کمتر از ۲۰۰۰۰ تومان می باشد. و کمترین آن مربوط به ۱۰۰۰۰۰۱ با ۸/۸ درصد می باشد.

نمودار شماره ۱۲- میزان درآمد ماهیانه (تومان)



جدول شماره ۱۴

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب طریقه مصرف مواد مخدر

طریقه مصرف	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
تدخین	۲۹۶	۵۰/۲
خوردن	۱۵۳	۲۵/۹
تزریق	۹۲	۱۵/۶
نوشیدن	-	-
انفیه	۴۸	۸/۱
استنشاق	-	-

جدول فوق نشان می دهد که حدود ۵۰٪ معتادین از روشهای غیر از تدخین استفاده می کنند. که این خود نشان دهنده شدت بالای اعتیاد در میان مراجعه کنندگان به این مرکز می باشد، همچنین ۱۵/۶ درصد مراجعه کنندگان به مرکز از روش تزریق استفاده می نمایند که با توجه به امکان انتقال بیماریهای مختلف به خصوص نشر ویروس HIV، هپاتیت و نظایر آن لزوم پی گیری و کنترل مناسب این گروه از بیماران جهت جلوگیری از انتشار بیماری ایدز و ... بسیار مهم می باشد.

جدول شماره ۱۵

توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی معتادین خود معرف برحسب دفعات مصرف

دفعات مصرف	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
روزانه چهار مرتبه یا بیشتر	۹۷	۱۶/۴
روزانه دو تا سه مرتبه	۴۴۹	۷۶/۲
روزانه یک مرتبه	۴۲	۷/۱
دو تا شش مرتبه در هفته	۱	۰/۱

با توجه به جدول فوق بیش از ۹۰٪ مراجعه کنندگان به مرکز در طی روز حداقل دو تا سه مرتبه از مواد مخدر استفاده می کنند که این خود نشان دهنده شدت اعتیاد فرد می باشد، و مسلم است که مصرف چند باره مواد مخدر در طی روز تداخل زیادی با توانائی کار کردن و ارتباط بین فردی در فرد معتاد خواهد داشت که تمام این موارد لزوم بکارگیری تمامی نیروها و امکانات ممکن جهت نجات معتادین را به ما نشان می دهد.

اکستازی: (MDMA) (METHYLEN DIIXY METHAM PHETAMINE ۲ و ۴)

جزو داروهای شیمیایی است که دارای خواص و اثر محرک زایی و توهم زایی است. اغلب بصورت قرص و یا کپسول تولید و توزیع میگردد. قرص های موجود در بازار از ترکیب غیر متعارف ساخته شده و تقلبی و دست ساز هستند و بدلیل درجه خلوص متفاوت و ترکیبات شیمیایی نا مشخص تاثیرات این گونه داروها متغیر و نامعلوم است.

این قرص به نام قرص شادی (ADAMS-DOVES-E) نیز شناخته میشود. تظاهرات مصرف اکستازی پس از ۲۰ تا ۴۰ دقیقه بروز و ۴ تا ۵ ساعت در یک حد حفظ و سپس بتدریج اثرات آن کاهش می یابد. مصرف اکستازی حس ملایمی از سرخوشی، آرامش (احساس رضایت از وضع موجود) افزایش انرژی بدن، احساس اعتماد (نزدیکی و تعلق به دیگران) احساس عشق و یکدلی، احساس گرمی و وابستگی به دیگران برخی پیشنهاد های عضوی ایجاد میکند. اثرات منفی، اختلالات بینایی (بصورت تیره و نار شده)، حرکات غیر طبیعی چشم، افزایش ضربان قلب، افزایش بیش از حد دمای بدن، حمله های وحشت زدگی همراه اضطراب، تشویش، نگرانی، اختلال خواب و کابوسهای شبانه، تغییر در درک زمان، بیقراری و تحریک پذیر، تندخویی، اختلال در مکانیسم نعوظ و نرسیدن به اوج لذت جنسی، عدم تمرکز، افسردگی و بدبینی، تسریع در بروز آلزایمر. مصرف طولانی مدت اکستازی میتواند باعث تغییرات شیمیایی در مغز و در نتیجه آن اختلالات خلقی، بهم خوردن نظم خواب و سوءظن های بیمار گونه و ایجاد علائم جنون گردد. افزایش درجه حرارت که سندرم سروتونین مربوط است ایجاد میگردد سبب ولع زیاد برای نوشیدن آب میگردد. مصرف مکرر این دارو بر روی توانایی های شناختی و بویژه حافظه بلند مدت فرد تاثیر میگذارد که ناشی از اثرات تخریبی بر روی بخشهایی از مغز است.

کوکائین :

از گیاه کوکا بدست می آید این گیاه در آمریکای لاتین کشت میشود کوکائین به شکل نمک هیدروکلوراید قابل حل در آب برای انفییه یا تزریق بکار میرود. قیمت این ماده گران بوده و مصرف آن تقریباً بین افراد طبقات بالای اجتماع شیوع دارد.

کراک :

شکلی از کوکائین است که برای تدخین از آن استفاده میشود. هیدروکلوراید کوکائین را با جوش شیرین گرد مخمر و آب مخلوط کرده و کراک به دست می آورند وقتی که آب این ترکیب بخار شود یک تکه کریستال حاصل میشود که آن را در پیپ مخصوص گرم کرده و تدخین می نماید. بعلت قیمت کمتر به این ترتیب کوکائین نیز برای افراد کم در آمد وارد لیست شده است.

وقتی کوکائین تزریق شود ۱۰ تا ۱۵ ثانیه بعد به جریان خون مغز میرسد و در تدخین بعد از ۶ تا ۸ ثانیه انگیه شایعترین شیوه مصرف کوکائین است سر خوشی بعد از ۳ تا ۵ دقیقه ظاهر میشود افزایش انرژی ، احساس لذت بیشتر از روابط جنسی، تمرکز بیشتر و خود اتکایی را تجربه می کنند. تغییرات رفتاری مانند خود بزرگ بینی، رفتار ستیزه گرانه ، بیقراری روانی، حرکتی، آسیب به قضاوت فرد، آسیب به عملکرد شغلی و اجتماعی از عوارض آن است . مصرف طولانی باعث افسردگی، تمرکز ضعیف و اختلالات پارکینسونی میشود .

پیامدهای اعتیاد :

در سه بعد قابل بررسی است :

۱- اعتیاد و جرم شناسی

۲- اعتیاد و بیماری

۳- اعتیاد و مرگ و میر

اعتیاد و جرم شناسی :

فرد معتاد دچار و وابستگی شدید جسمی- روانی به ماده مخدر می گردد قطع مصرف سبب بروز علائم شدید روانی (اضطراب ، بیقراری و تحریک پذیری ، لرزش ، تشنج - اختلال در خواب ، سر درد) علائم گوارشی ، درد شدید عضلانی، کمر درد ، درد اندامها ، تعرق شدید ، خمیازه های شدید و بسیاری علائم دیگر میگردد تحمل این علائم کاملا دردناک بوده . ترس از بروز این علائم سبب ایجاد رفتارهایی در فرد میگردد که اصطلاحا رفتارهای مواد جوانه گفته میشود بدست آوردن مواد مخدر برای جلوگیری از علائم محرومیت مهمترین دغدغه فرد مواد و هزینه لازم برای اینکار ارتکاب جرم به سهولت صورت میگردد .

مصرف مواد مخدر سبب ایجاد تغییرات روحی ، توهمات و اختلالات خلقی و شخصیتی در فرد میگردد . ممکن است فرد دچار روحیات ماجرا جوانه گردد . توهمات بینایی ایجاد شده ممکن است موجب اختلالات رفتار گردد . دوگانگی شخصیت و نیز تلقین پذیرد خود بزرگ بینی، احساس نفرت از دیگران و به صورت خلاصه عدم تعادل روانی میتواند سبب ایجاد حوادث ناگوار شود . مردان معتاد بیشتر به سرقت ، ضرب و جرح ، قتل دست میزنند و زنان معتاد بیشتر در دام فحشا گرفتار میشوند

بیماریهای ناشی از اعتیاد :

الف : بیماریهای حاد مانند عفونتهای پوستی ، آلودگیهای ویروسی (هپاتیت و ایدز)
ب: بیماریهای مزمن مانند بیماریهای کبدی ، قلبی ، ریوی و سرطانها نظیر(سرطان کبد و

ریه)

مرگ ناشی از مواد مخدر :

الف : مرگ در ارتباط با حمل و نقل مواد مخدر چه به صورت درگیری ، زد و خورد با نیروی انتظامی ، مجازات مرگ ناشی از مسمومیت حین حمل و نقل (گاهی برای حمل و نقل مواد مخدر را در بسته های کوچک پلاستیکی بسته بندی میکنند و از طریق خوردن این بسته کمک در انتقال آنها می نمایند که در صورت باز شدن یکی از بسته ها مسمومیت و مرگ در پی خواهد داشت .

ب: مرگ در اثر مصرف مواد مخدر که بدلیل مسمومیت در اثر مصرف زیاد - بعثت بیماری و روش های غیر بهداشتی مصرف (گرفتاریهای کبدی ، ریوی ، قلبی و ..) مرگ ناشی آزار های تحت نفوذ مواد مخدر مانند حوادث ، تصادفات ، خودکشی ، آتش سوزی در منزل ، مرگ ناشی از عوارض تزریق مواد مخدر . متوسط عمر در مردان معتاد به صورت تزریقی ۸/۱ سال پس از شروع تزریق و در زنان ۶/۵ سال پس از تزریق می باشد .

مرگ شناسی

مرگ از نظر مذهبی، عرفانی، فلسفی و علمی تعاریف گوناگونی دارد. از نظر پزشکی قانونی مرگ عبارت است: از بین رفتن قطعی و برگشت ناپذیر اعمال قلبی، عروقی، تنفسی و مغزی. در هنگام حدوث مرگ ممکن است ابتدا قلب از کار افتد و سپس مرگ سلولهای مغزی ایجاد شود و یا اینکه بالعکس ابتدا مرگ سلولهای مغزی پیش آید و این امر منجر به از کار افتادن اعمال قلبی تنفسی گردد. با این حال وقفه اعمال حیاتی و حس و حرکت را همیشه نمی توان دلیل قطعی مرگ دانست، زیرا گاهی خفیف شدن بیش از حد اعمال حیاتی که نشانگر مرگ ظاهری است با مرگ قطعی اشتباه می شود ضمن آنکه باید توجه داشت که بعضی از بافتهای بدن حتی تا چند ساعت پس از مرگ زنده میمانند. الیاف عضلانی دهلیز راست قلب حتی ۲۴ ساعت پس از فوت حرکات انقباضی داشته و تا ساعتها پس از مرگ ممکن است سلولهای پوششی دستگاه تنفسی و یا اسپریمهارا بطور زنده یافت. لذا مرگ نسبی مدتها پس از مرگ قطعی بوقوع می پیوندد. با توجه به عدم توقف تمامی اعمال حیاتی در هنگام مرگ، مراحل گوناگونی برای مرگ در نظر گرفته شده است.

مرگ ظاهری:

در این حالت با وجود آنکه شخص حیات دارد به علت سطحی شدن حرکات تنفسی و ضعیف شدن تپش قلب، شلی عضلات، از بین رفتن هوشیاری، تشخیص زنده بودن فرد بسیار دشوار است. اغلب موارد مرگ ظاهری مربوط به حوادث و اتفاقات عمومی نظیر حوادث جنگی، سیل، زلزله، آتش سوزی، زیرا آوارماندن، غرق شدگی، برق گرفتگی می باشد. اگر وقفه

اعمال حیاتی برای حدود ۴-۵ دقیقه بطول بکشد و خون به میزان کافی به سلولهای مغزی نرسد ضایعات مغزی دایمی شده و مرگ قطعی حاصل خواهد شد. بدین جهت شناسایی این مرحله از مرگ برای نجات شخص اهمیت بسیار دارد.

مرگ قطعی:

در این حالت اعمال حیاتی بطور کامل و برگشت ناپذیر متوقف شده اند و به طور حتم مرده است جریان خون و تنفس متوقف شده اند مردمک هر دو چشم متسع بوده و ثابت گریده اند. اگر بیمار در یک مرکز مجهز فوت نماید با آزمایش الکتروآنسفالوگرافی و یا نوار قلب می توان مرگ حقیقی را باور کرد در غیر این صورت پزشک باید حداقل چندین دقیقه وضع قلب و تنفس شخص را معاینه نماید در صورتی که با صرف چهارالی پنج دقیقه وقت برای شنیدن صدای قلب، صدای از قلب نشنید و حرکات تنفسی نیز احساس نشد می تواند اظاهر نظر کند که قلب و تنفس از کار افتاده است در گذشته از راههای زیر برای اثبات مرگ استفاده نمود که در حال حاضر منسوخ شده است.

۱- فرو کردن سوزن با سرنگ از فضای بین دنده ها داخل قلب که هم اثر تحریکی بر عضله قلب دارد. شاید بدین وسیله بتوان قلب از حرکت مانده را به تحریک واداشت و همچنین اگر قلب حرکت داشت به بالا و پایین رفتن سوزن میتوان به حرکات آن پی برد. این آزمایش بنام مبتکر آن میدل درف نامیده میشود

۲- تزریق داخل وریدی محلول ۵ گرم فلئورسین آمونیاک در ۲۰ گرم آب مقطر در صورت حیات در ظرف نیم ساعت ملتحمه چشم بزرگ سبز پوست بزرگ زرد در خواهد آمد.

۳- تزریق اتر که در صورت مرگ قطعی از محل تزریق خارج میشود و در هنگام حیات در بدن پخش می شود.

۴- معاینات چشمی و مشاهده تغییرات عروق داخل چشم نظیر Segmentation گلبولهای قرمز.

۵- اگر وسایل و مواد شیمیایی فوق وجود نداشته باشد قطع شریان رادیال در مچ دست یا یکی از شریانهای سطحی دیگر و مشاهده خونریزی یا عدم آن مرگ را از حیات مشخص میسازد

تغییرات ایجاد شده پس از مرگ در بدن :

۱- کبودی نعشی یا کبودیهای پس از مرگ یا Lividity پس از مرگ و از کار افتادن دستگاه گردش خون، خون موجود در عروق را کد مانده و تحت تاثیر قوه جاذبه به نقاط پایین تر بدن منتقل میگردد و با تجمع در زیر پوست قسمتهای زیرین بدن کبودیهای پس از مرگ را تشکیل می دهد. علت این امر چند پدیده است که از جمله آنها می توان به قابل نفوذ شدن جدار عروق اشاره کرد. در حالت عادی خون فقط از مویرگهای خاصی تراوش می کند بعد از مرگ خاصیت تراوایی عروق تغییر کرده و بعلت تخریب گلبولهای قرمز، هموگلوبین به داخل

خون آزاد شده و تبدیل خون به يك مایع سیال ، خون به راحتی داخل بافتها سرزیر شده و در زیر پوست تجمع می یابد. در حالت عادی مایع فوق به رنگ قرمز تیره (بنفش رنگ) می باشد. در سه حالت مایع فوق برنگ قرمز روشن است که عبارتند از مسمومیت با گاز زغال - سیانور و سرمازدگی - مایع فوق در نواحی از بدن که تحت فشار نیستند می یابد . در حالتی که جسد به پشت خوابیده باشد ، مایع در خلف تنه و رانها تجمع می یابد اما نزول فوق تابع قوه جاذبه است . بنابراین در دار آویختگی اگر جسد چند ساعت بالای دار باقی بماند کبودی نعشی در قسمتهای تحتانی بدن در ساعدها و ساق پاها تشکیل می شود . کبودی نعشی پدیده ای است که پس از مرگ ایجاد می شود و باید با کبودیهائی که قبل از مرگ و بدلیل مختلف و از جمله ضربه تشکیل می شود افتراق داده شود کبودی نعشی با فشار دست براحتی جابجا می شود ولی رنگ کبودی قبل از مرگ تغییری نمی کند - اگر بر روی پوست شکاف کوچکی ایجاد شود، خون کبودی نعشی براحتی شسته می شود ولی کبودی های قبل از مرگ خون لخته شده است و خون لخته شده به بافتهای اطراف چسبیده است براحتی شسته نمی شود و برای کندن آن نیاز به فشار زیادی است در صورتیکه در افتراق کبودی نعشی از کبودی قبل از مرگ شك و تردید وجود داشته باشد می توان از آزمایشات آسیب شناسی کمک گرفت . کبودی نعشی معمولا در عرض ۶ تا ۱۲ ساعت کامل می گردد . بعد از آن که کبودی نعشی تشکیل شده تغییر موقعیت دادن جسد به جابجایی کامل خون منجر نمی شود ولی در صورت جابجایی در ساعات ابتدایی تغییر موقعیت داده شود کبودی نعشی تغییر می دهد و مشاهده دوگانگی در تشکیل کبودی نعشی در موارد جنایی می تواند کمک کننده باشد .

۲- سختی جسد rigidity : پس از مرگ تارهای عضلانی دچار کوتاهی، سختی و انقباض می گردند. به نظر میرسد پدیده فوق به دلیل فرو رفتن رشته های تشکیل دهنده تارهای عضلانی که اکتین و میوزین نام دارند، می باشد. در حالت عادی اکتین و میوزین با صرف انرژی که Atp است از در هم رفتن بازی مانند و عضله قوام طبیعی خود را حفظ می کند - پس از مرگ انرژی در اختیار سلولهای عضلانی قرار نمی گیرد و اکتین میوزین در هم فرو رفته و انقباض عضلانی ایجاد می شود که این انقباض تا هنگام فساد عضلانی پا بر جا می ماند.

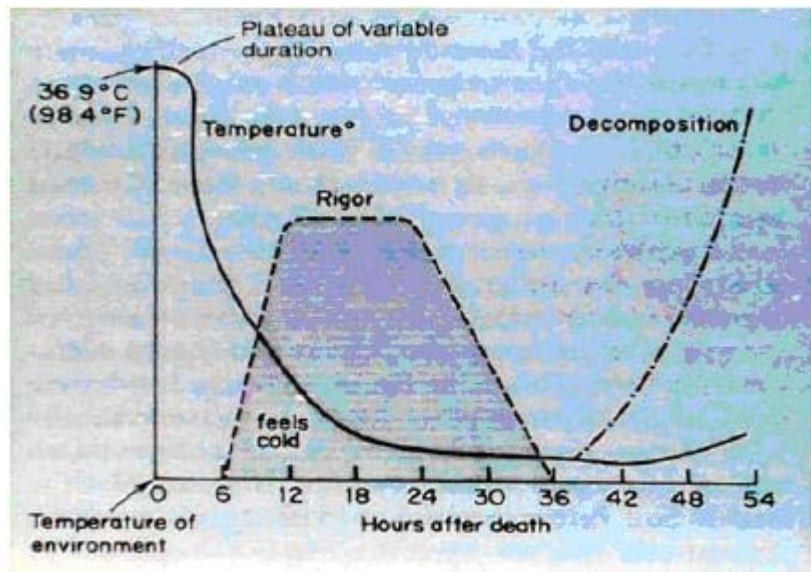
روز سختی جسد از پلکها شروع شده و به ترتیب صورت فك تحتانی و گردن را فرا می گیرد و سپس به تنه و اندام ها میرسد. سختی جسد معمولا در عرض ۶ ساعت بر قرار میشود تا ۱۲ ساعت در تمام بدن مستقر میشود ۱۲ ساعت پا بر جا و ۱۲ ساعت بعد از بین میرود.

۳- سردی جسد : در هنگام حیات بدن دارای يك ثبات داخلی است و در اثر فعالیتهای بیوشیمیایی که صورت می پذیرد دمای بدن در محدوده خاصی محفوظ می ماند - پس

از مرگ منبع انرژی ATP از میان رفته و فعالیت های بیوشیمیایی طبیعی مربوط به زمان حیات متوقف می شود . و در نتیجه پدیده های فوق دمای بدن شروع به کاهش می کند . معمولاً در شش ساعت اول پس از مرگ هر ساعت ۱/۵ درجه و شش ساعت دوم هر ساعت ۱ درجه از دمای بدن کم می شود اما واقعیت آن است که سرعت کاهش دما به عوامل متعددی وابسته است از جمله دمای محیط خارجی ، وجود جریان هوا در اطراف جسد وضعیت بدن ، چاقی ، لاغری ، لباس و میزان پوشش بدن. در شیرخواران بدلیل آنکه بدن دارای سطح بدن بیشتری است دمای بدن سریعتر از دست می رود . در صورتیکه علت مرگ خونریزی در ساقه مغز (قسمتی از مغز که مرکز کنترل دمای بدن در آن قرار دارد) عفونتها شدید ، گرما زدگی باشد سرعت کاهش دمای بدن کم می گردد. در مواردی نظیر سرما زدگی و غرق شدگی سرعت کاهش دمای بدن بیشتر می شود .

۴- فساد نعشی : فساد ایجاد شده پس از مرگ حاصل چندین پدیده است ، پس از مرگ فساد در ساختمان سلولها از لیزوزیم آغاز می گردد . لیزوزیم در درون سلولها می باشد و محتوی آنزیم هایی هست که در هضم عناصری نظیر قند و تولید انرژی به سلول کمک میکند . بعد از مرگ دیواره لیزوزیم متلاشی شده و آنزیمها بدون سلول ریخته و باعث نابودی دستگاههای مختلف سلول و فساد سلولی می گردد. عامل دیگر فساد فعالیت باکتریها می باشد باکتریها بصورت طبیعی در داخل دستگاه گوارش انسان وجود دارند. بیشترین تعداد باکتری در قسمتی از روده بزرگ بنام سکوم ساکن می باشند تحت تاثیر فعالیت این میکروبا و ترکیب آنها با هموگلوبین ، ماده ای بنام سولفوهموگلوبین ایجاد می گردد که ترکیبی سبز رنگ بوده و اولین علامت فساد نیز تشکیل این لکه سبزرنگ بوده که در یک چهارم تحتانی سمت راست شکم ایجاد می شود این علامت حدود ۴۸ ساعت پس از مرگ ایجاد و پس از آن نیز به قسمتهای دیگر گسترش می یابد و تمامی شکم را دربر گرفته و پس از آن نیز به قسمتهای دیگر گسترش می یابد.

مرحله بعدی تولید گاز و ایجاد تاولهایی در سطح پوست میباشد که حاوی مایع آبکی به رنگ قرمز می باشد تفاوت این تاولها با تاولهای سوختگی فقدان واکنش حیاتی (قرمزی و التهاب) در کف تاول و اطراف تاول می باشد. علاوه بر آن تاول سوختگی محتوی مقادیر زیاد پروتئین و احتمالاً گلبولهای سفید می باشد در اثر تولید گاز حفره های بدن متورم شده و شکم و قفسه سینه برجسته می گردد و بدلیل فشار بالای داخل بدن مایع خونابه ای شکل از قسمتهایی مانند بینی و دهان خارج می شود. در نهایت تحت تاثیر فعالیتهای میکروبا و تشکیل لارو و عوامل عفونی مختلف بافت نرم بدن از میان رفته و بدن متلاشی می شود.



بررسی چه مرگهائی برعهده پزشکی قانونی است:

- ۱- مرگهائی غیرعادی مانند مرگهائی ناشی از حوادث خودکشی ها، قتل و...
- ۲- مرگی عادی در شرایط غیرعادی مانند در مکانهای عمومی
- ۳- مرگی که به هر علت شکایت به دنبال داشته باشد. مانند مرگ در بیمارستان در صورتیکه اولیاءدم از بیمارستان شاکی باشند

دارآویختگی :

عبارت ست از آویزان شدن فرد در حالی که فشار وزن شخص آویخته شده موجب فشردن شدن مجاری تنفسی و عروق خونی و آسیب مغزی گردد و فوت نماید. برای فوت لازم نیست فرد در فضا معلق باشد ممکن است فرد از ناحیه پاها یا زانو ها بازمین در تماس باشد و مرگ اتفاق افتد.

علت فوت در دار آویختگی:

- ۱- مسدود شدن مجاری تنفسی
- ۲- شکستگی ستون فقرات و ضایعات نخاعی
- ۳- مسدود شدن عروق که خون رسائی به مغز را به عهده دارند.
- ۴- شوک وقفه ای در اثر تحریک عصب واگ ایجاد می شود .

علائم دار آویختگی :

معاینه ظاهری در ناحیه گردن در صورتیکه گره طناب در پشت گردن واقع شده باشد خونمردگی نواری شکل به صورت یک شیار مشاهده می شود که از جلو گردن شروع و به سمت بالا و عقب کشیده می شود و در پشت گردن محو می شود. (در محل قرار گرفتن گره طناب) - وجود خون مردگی نواری شکل به معنای وقوع دار آویختگی در هنگام حیات است - عدم وجود خونمردگی نشان دهنده وقوع مرگ قبل از پدیده دار آویختگی است . عبارت دیگر فرد به دلیل دیگری فوت نموده یا به قتل رسیده است و پس از آن که به دار آویخته شده است یا آنکه با احتمال بسیار کمتر فرد در اثر شوک وقفه ای فوت نموده است.

در معاینه ظاهری در ناحیه پلک ها یا ملتحمه آثار خونریزهای نقطه ای شکل ممکن است دیده شود ، آثار کبودی در قسمت های انتها یی بدن (دست ها یا پاها) دیده میشود . کبودی نعشی در صورتیکه جسد چند ساعت بالای دار باشد در ساعدها، دستها، ساق پاها، پاهاتشکیل شده است. در کالبدشکافی در ناحیه گردن در زیر پوست گردن و در لابلا عضلات گردن آثار خونمردگی زمان حیات - شکستگی در غضروفهای ناحیه گردن - شکستگی در استخوان لامی دیده می شود - در موارد مشکوک باید کالبد شکافی کامل بر روی ناحیه جمجمه و بررسی از نظر وقوع ضربه های مغزی - بررسی از نظر خونریزیهای داخلی، بررسی تجاوزات

جنسی در خانم ها بررسی بارداری و نیز آزمایشات سم شناسی و بررسی الکل خون صورت می پذیرد.

خفگی بابت:

عموما جنبه جنایی دارد. فرد قاتل طنابی به دور گردن مقتول پیچیده و میکشد. فرد در اثر مسدود شدن راههای تنفسی، مسدود شدن عروق به مغز، شوک و قه ای فوت مینماید. در ناحیه گردن خونمردگی نواری شکل تشکیل میشود که عموماً بر محور گردن است و کامل است برخلاف خونمردگی داراویختگی که مایل است و روبه بالا و عقب گردن کشیده و بدلیل محوشدن در پشت گردن شیار ناقص است.

خفگی گردن :

دراثر فشار دست به گردن یا فرد در اثر فشار دست قاتل به گردن، فوت مینماید. علت فوت مسدود شدن راههای تنفسی یا عروق یا به وقوع پیوسته است. معمولاً برای به قتل رساندن زنان و کودکان یا افراد مسن ناتوان به کار میرود. در ناحیه گردن آثار خونمردگی، زمان حیات در محل فشار انگشتان دست قاتل مشاهده میشود. آثار زخم و خونمردگی در ناحیه صورت و نیز سایر نواحی مشاهده می شود. در اثر فشار مقتول بر روی زمین ممکن است در نواحی کتفها نیز آثار سائیدگی و زخم مشاهده شود.





سوختگیها در اثر تماسی عوامل فیزیکی و مکانیکی داغ و یا عوامل شیمیایی با بدن ایجاد می شوند.

برای بررسی شدت سوختگی از دو فاکتور استفاده می شود :

۱- درجه سوختگی

۲- درصد سوختگی

سوختگی ها به ۴ درجه تقسیم می شوند :

۱- سوختگی درجه یک :

لایه های سطحی پوست قرمز می شود ، این سوختگی زمانی ایجاد می شود که درجه حرارت از ۷۵ درجه کمتر باشد و مدت تماس کوتاه باشد

۲- سوختگی درجه دو :

در این حالت تاولهای سوختگی ایجاد می شوند ، پوست زیر و اطراف تاول قرمز رنگ است و مایع درون تاول دارای گلبولهای سفید و پروتئینهای خون خواهد بود . (تاولهای بعد از مرگ حاوی میکروب هستند و گلبول سفید در مایع آنها وجود ندارد)

۳- سوختگی درجه سه :

در این حالت بافت نرم زیر پوست و عضلات و وترها دچار سوختگی می شوند .

۴- سوختگی درجه چهار :

در این حالت بافت های نرم کاملاً عمقی و استخوانها دچار آسیب می شوند . در صورتی که سوختگی با آتش ایجاد شود پوست زغالی و سیاه می شود .

برای تعیین سطحی که دچار سوختگی شده از درصد سوختگی استفاده می شود:

سر و گردن ۹% - قسمت قدامی قفسه سینه ، تنه و گردن ۱۸% - قسمت خلفی کمر و باسنها ۱۸% - هر یک از دستها ، ساعد و بازوها ۹% - هر یک از رانها ، ساق پا و پا ۱۸% ، دستگاه تناسلی ۱% - مجموعاً ۱۰۰%

در کشور ما ، سوختگی های بالای ۴۰% در بالغین با امکانات بیمارستانی ما خطر جانی دارد و احتمال فوت است .

شیوه های تشخیص مرگ در کانون آتش :

۱- تغییرات پوستی ، در فرد زنده در اثر سوختگی در پوست تغییرات التهابی ایجاد می شود مثل قرمزی پوست و ایجاد تاولها ، در مواردی که مشکوک باشد قطعاتی از محل های سوختگی به آزمایشگاه آسیب شناسی ارسال می شود . بررسی دهان و مجاری تنفسی از

نظر وجود دوره و نیز بررسی خون از نظر وجود گاز CO اقدامات دیگری است که باید انجام شود را به آزمایشگاههای پاتولوژی می فرستند .

۲- فرد زنده ای که دچار سوختگی شود در اثر تنفس گازهای داغ و دوده ها وارد بینی ، حنجره ، نای و مجاری تنفسی تحتانی او می شود . سپس در حین معاینه جسد و کالبد شکافی آثار سوختگی در لایه های سطحی این قسمت ها و نیز آثار دوده در حنجره ، نای و ریه دیده می شود . در قسمت های تحتانی و دستگاه تنفسی نیز آزمایشهای آسیب شناسی می تواند وجود این تغییرات را ثابت کند .

۳- در خون فردی که در کانون سوختگی قرار گرفته میزان گاز CO بالا خواهد بود . در مواردی که مشکوک است آزمایشات سم شناسی و بررسی الکل خون نیز کمک کننده است .

غرق شدگی

خفگی در آب میتواند جنبه اتفاقی، خود کشی یا جنایی داشته باشد. در اینجا ممکن است غرق شدگی در زمان حیات یا پس از مرگ اتفاق افتد. هنگامیکه فرد زنده در داخل آب غرق می گردد علت مرگ ممکن است ورود آب به داخل مجاری تنفسی و محروم شدن فرد از اکسیژن باشد که منجر به خفگی می گردد. ممکن است در اثر غوطه ور شدن به داخل آب و وارد آمدن ضربه به سر فرد دچار ضربه مغزی یا آسیب های دیگری گردد-ممکن است به علت تفاوت شدید دمای آب با بدن یا ورود ناگهانی آب به داخل حنجره فرد دچار شوک وقفه ای گردد. همچنین ممکن است فرد به دلیل اختلالات آب و املاح (الکترولیت) دچار عوارض ناشی از آن و حتی مرگ گردد.

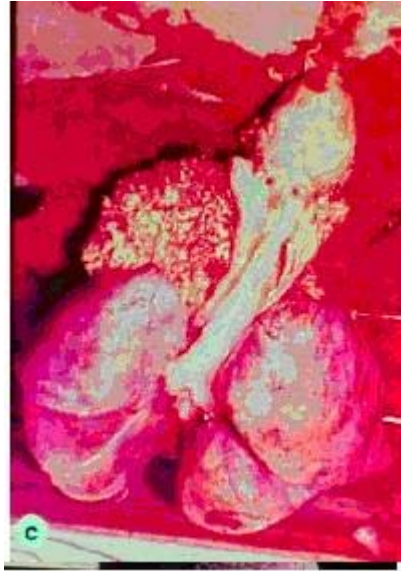
پس از غوطه ور شدن بدخل آب مقادیر زیادی آب وارد مجاری تنفسی و ریه ها می گردد. در نهایت مقادیر زیادی آب وارد حبابچه های ریوی (الوئولها) می گردد. دیواره الوئولها دارای منافذ بسیار ریزی بوده که در حالت عادی امکان تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن با خون از طریق این منافذ با خون برقرار می گردد.

در هنگامیکه آب وارده حبابچه ها می گردد املاح موجود در خون و آب با یکدیگر به تبادل می پردازند . آب دارای نمک و در نتیجه سدیم و کلر بوده که با املاح موجود در خون دارای غلظت متفاوتی می باشد . این تبادل بر اساس خواص اسمزی صورت می پذیرد. در اثر تبادلات انجام شده ماهیت آب وارد شده به داخل ریه تغییر می کند. ورود پروتئین موجود در خون و نیز سلولهای خونی به داخل ؛ آب باعث تبدیل آب به یک مایع غلیظ دارای رگه های از خون، کف آلود می گردد که در هنگام خروج جنازه از آب در اثر خروج آب از دهان و بینی توده زیادی کف آلود قارچ مانند در جلو دهان و بینی تشکیل می گردد که وارد کردن فشار به قفسه سینه و شکم باعث افزایش مایع خروجی می گردد. ممکن است توده فوق آغشته به مواد استفراغی نیز باشد. با شروع فساد کف سریعاً بد بو و قهوه ای و گاهی به صورت مایع حباب دار دیده می شود و با ادامه فساد نشی معمولاً این کف از بین میرود.

تمامی تبادلات ذکر شده و تغییرات اتفاق افتاده در صورتی به وقوع می پیوندد که فرد در قید حیات باشد . در صورتیکه پس از مرگ جسد به داخل آب انداخته شود تغییرات فوق به وقوع نمی افتد و مایع کف آلود در اطراف دهان و بینی دیده نمی شود . در صورتی نیز که فرد به دلیل شوک وقفه ای فوت کند ، مایع کف آلود مشاهده نمی گردد. در چنین مواردی کالبد گشایی و آزما یشات آسیب شناسی می تواند در تشخیص موثر باشد. در کالبد شکافی ممکن است در دهان و مجاری تنفسی، مواد موجود در آب مانند قارچ های آبی یا ذرات شن و ماسه دیده شود. ریه ها متورم و حجیم و سفت بوده، خونریزیهایی نقطه ای شکل در ریه دیده می شود.

در موارد مشکوک بررسی آسیب شناسی ، سم شناسی، بررسی الکل خون، بررسی تجاوزات جنسی بررسی ضایعات دهان و دندان و در صورتیکه احتمال خفگی قبل از سقوط در آب وجود داشته باشد بررسی لباس و مشاهده وجود پارگی لباس در مواردی که مشکوک به خودکشی می باشد بررسی مسائل روحی و روانی گاهی کمک کننده است .





ضرب و جرح

ضرب و جرح از نظر پزشکی قانونی عبارت است از آسیب های حاصله از برخورد عوامل مکانیکی، فیزیکی، شیمیایی و روانی بودن انسان که بطور مستقیم یا غیر مستقیم بوجود می آیند.

منظور از ضرب و جرح کلیه عوارض ناشی از برخورد عوامل مکانیکی، فیزیکی و شیمیایی با بدن است. ضرب و جرح می تواند جنبه جنایی داشته باشد یا ناشی از حوادث کاری باشد و یا اتفاقی باشد. در ضرب و جرح جنایی، ضرب و جرح بطور عمد و به قصد جنایت بوجود می آید مثل ضرب و جرح های ناشی از چاقو یا گلوله.

ضرب و جرح اتفاقی به دنبال حوادث زلزله، تصادف و بوجود می آید.

تعریف ضرب

ضرب به آسیب هایی اطلاق می شود که بدون از هم گسیختگی نسجی باشد مثل قرمزی ، تورم ، کبودی و خونریزی در مقابل بدون ایجاد شکستگی .

تعریف جرح

جرح آسیب هایی است که همراه با از هم گسیختگی نسجی باشد . ضرب و جرح از نظر پزشکی قانونی عبارت است از آسیب های حاصله از برخورد عوامل مکانیکی ، فیزیکی ، شیمیایی و روانی بودن انسان که بطور مستقیم یا غیر مستقیم بوجود می آیند .

انواع ضرب و جرح :

- ۱- ضرب و جرح اتفاقی که در اثر سوانح و اتفاقات گوناگون بطور غیر عمدی بوجود می آید ضایعات ناشی از تصادفات نیز جزو این گروه است .
- ۲- ضرب و جرح ناشی از کار
- ۳- ضرب و جرح جنایی

آثار جرح

- بر حسب اینکه عمق ضایعه ایجاد شده چقدر باشد . آثار جرح به انواعی تقسیم می شود.
- ۱- حارصه آسیب هایی که لایه های سطحی پوست را در بر می گیرد مثل خراشیدگی، سائیدگی و زخم های سطحی که نیاز به بخیه نداشته باشد.
 - ۲- دامیه : آسیب هایی که تمام ضخامت پوست را در بر می گیرد و زخم ایجاد شده نیاز به بخیه دارد مثل بریدگی و پارگی ایجاد شده در پوست.
 - ۳- متلاحمه: آسیب هایی که از عمق پوست گذشته و باعث ایجاد ضایعه در عضله می شود مثل بریدگی های عمیق
 - ۴- سمحاق: ضایعاتی که علاوه بر پوست و عضله عروق و وتر ها هم درگیر می کند.
 - ۵- موضعه: ضایعاتی که از وراي آنها پیوست استخوان مشخص است و پیوست نیز دچار ضایعه شده است.
 - ۶- هاشمه : شکستگی های ایجاد شده در استخوان ها ی جمجمه و بعضی از استخوان های صورت بدون جابه جایی.
 - ۷- منقله: شکستگی در همان استخوان ها همراه با جابه جایی.
 - ۸- مامومه: ضایعات وارد شده به جمجمه که در طی آن پرده های منتر آسیب می بینند اما بافت مغز سالم است.
 - ۹- دامغه: ضایعاتی از جمجمه که همراه با آسیب نسج مغزی باشد.

- ۱۰- جائفه: آسیب های وارد شده به قفسه سینه یا شکم که در طی آنها پرده های جنب یا پرده های صفاقی دچار آسیب می شوند.
- ۱۱- نافذه: اگر گلوله ای یا آلت جرح از يك طرف يکي از اندام ها وارد آن شود و از طرف دیگر خارج شود.
- ۱۲- دو جائفه یا جائفین: اگر گلوله از يك سمت شکم یا قفسه سینه وارد و از طرف دیگر خارج شود .

مواردی که در گواهی ضرب و جرح ذکر می شود:

- ۱- نوع ضایعات ایجاد شده و محل آن ها و تطبیق آن با قانون دیات.
- ۲- آلت جرح: یعنی ضایعه ناشی از اصابت چه چیزی بوده.
- ۳- زمان ایجاد جرح.
- ۴- مدت درمان .
- ۵- نقض عضو.
- ۶- خودزنی . آیا ضایعه حاصل منازعه است یا خود زنی.
- ۷- پاسخگویی به سؤالات مطرح شده به وسیله مراجع قضایی.

آلت ضرب و جرح

این آلات چند گروهند:

- ۱- عوامل طبیعی : اعضاء بدن که در حالت دفاع بکار میروند مثل دست و پا .
- ۲- عوامل اتفاقی : مواردی که در هنگام منازعه در دسترس فرد قرار می گیرد مثل سنگ و چوب و
- ۳- آلات از پیش تهیه شده: شامل اجسام سخت . اجسام برنده . اسلحه های اتشین . مواد منفجره . عوامل فیزیکی . شیمیایی یا استرس های روانی.

خونمردگی

خونمردگی عبارتست از خونریزی ایجاد شده در داخل بافت های بدن ، چه این بافت پوستی باشد یا عضلانی. مسئله مهم در برخورد با خونمردگی تشخیص خونمردگیهای مربوط به زمان حیات از کیودیهای ایجاد شده در جسد است:

در هنگام حیات خون دارای خاصیت انعقادی است بنابراین خونریزی ایجاد شده در بافتها لخته شده و به نسوج اطراف میچسبد و جدا کردن آن کاری است دشوار و به راحتی شسته نمی شود. در حالی که کبودی های ایجاد شده در جسد با فشار دست برطرف میشود و به راحتی شسته میشود. در صورت تردید در تشخیص ، بافت مورد نظر را به آزمایشگاه پاتولوژی میفرستند.

تشخیص خونمردگی زمان حیات در تشخیص جنایات و تجاوزات اعم از ازاله بکارت یا لواط رل اساسی دارد.

تاریخ وقوع خونمردگی (زمان حادثه)

تاریخ وقوع خونمردگی از رنگ آن فهمیده می شود. خونمردگی در روزاول بنفش مایل به قرمز است و در روزهای دوم و سوم کبود تیره میشود و در روزهای بعدی آبی تیره می شود و بعد رنگ آن به سبز میل می کند و در روزهای آخر رنگ مایل به زرد پیدا میکند. گاهی شکل خونمردگی در تشخیص آلت جرح کمک کننده است. مثلا در ضایعه بوسیله زنجیرخونمردگی ها مثل دانه های تسبیح هستند و در صورت اصابت کابل و شلاق خونمردگی نواری شکل است و زخم خونمردگی در اثر گاز گرفتگی غالبا مشخص است.

پارگی در اثر اصابت جسم سخت

در اثر اصابت جسم سخت به بدن پارگی ایجاد می شود. این ضایعه در نواحی که زیر پوست مستقیما" استخوان قرار دارد مانند جمجمه ایجاد می گردد. تفاوت پارگی از بریدگی با جسم برنده این است که انتها و ابتدای بریدگی شکل منظمی دارد و لبه های آن منظم است ولی در پارگی لبه ها نا منظمند و در آنها خونمردگی دیده می شود و در عمق پارگی بقایایی از جسم سخت مشاهده می شود.

خود زنی با جسم سخت:

در بعضی نقاط که زیر پوست استخوان وجود دارد کشیدن جسم سخت مثل لبه سکه می تواند ایجاد قرمزی کند که باید آن را از ضرب و جرح و منازعه تشخیص داد:
۱- شدت قرمزی و خونمردگی در چنین ضایعاتی از ابتدا تا انتها یکسان است و در صورتیکه در هنگام اصابت جسم سخت در محل اصابت شدیدتر و هر چه دور شویم شدت کمتر می شود.

۲- عرض ضایعه ایجاد شده در هنگام خودزنی در تمام طول مسیر یکسان است و لی در منازعه محل اصابت جسم سخت عریض تر از سایر قسمت هاست.

۳- در خودزنی ضایعات می تواند بصورت متعدد و به شکل موازی یا متقاطع باشد

جسم برنده :

انواع جسم برنده عبارتند از:

- ۱- جسم برنده و نوک تیز مثل چاقو و خنجر
- ۲- جسم برنده و سنگین مثل شمشیر یا تبر
- ۳- جسم برنده و تیز مثل تیغ موکت بری

- ۴- سایر اجسام برنده مثل شیشه ، حلبی
 ۵- جسم نوک تیز مثل درفش یا نیزه

اجسام سخت

در اثر اصابت جسم سخت به بدن معمولا ضایعه ایجاد شده از نوع ضرب است و باعث کبودی و خونمردگی و... می شود. در صورت اصابت جسم سخت به نقاطی از بدن که در زیر پوست مستقیما استخوان قرار دارد مثل ساق پا و جمجمه ، باعث ایجاد پارگی در پوست (جرح) میشود. در بعضی موارد در اثر اصابت جسم سخت آثار ظاهری ایجاد نمیشود اما ممکن است آسیب شدیدی ایجاد شده باشد مثلا اگر جسم سختی به شکم برخورد کند ممکن است در سطح شکم ضایعه ای دیده نشود ولی ارگانهای داخلی شکم دچار ضایعات شدید شده و در اثر خونریزی داخلی شدید منجر به مرگ شود.

جسم برنده و نوک تیز:

در این ضایعات بر حسب آنکه چاقو دو لبه باشد یا یک لبه شکل ظاهری تا حدی متفاوت است . ضایعات ایجاد شده بوسیله چاقو ابتدا عمق و سپس سطحی می گردد. گاهی عمق ضایعه ایجاد شده بوسیله چاقو از طول آن بیشتر است.

تشخیص ضربه چاقو از خودزنی:

در ضایعات ناشی از چاقو تعداد ضایعات در یک نقطه از بدن معمولا بیش از یکی یا دو تا نخواهد بود. و تعدد ضایعات نشان دهنده خود زنی است مگر اینکه شخص قدرت دفاع نداشته باشد مثلا فرد مسن یا مست باشد.

جسم برنده و سنگین:

در صورت اصابت آن علاوه بر ایجاد بریدگی ، ضایعات شدید یا نقص عضو ایجاد می شود.

جسم نوک تیز:

در هنگام اصابت زخم ایجاد شده در سطح بدن کاملا مختصر است اما به علت فرو رفتن در داخل بدن می تواند سبب ایجاد ضایعات مرگبار شود.

خودکشی با اجسام برنده:

به منظور خودکشی بیشتر شکم مورد اصابت قرار می گیرد و ابتدا ضایعه سطحی و سپس عمیق می شود که علت آن وجود شک و تردید برای خود کشی و ترس از درد می باشد.

خودکشی می تواند با ایجاد بریدگی در دست و حتی ایجاد بریدگی در گردن باشد .

تفاوت خود زنی با اجسام برنده و اصابت چاقو

در اصابت چاقو ضایعات کوتاه و عمیق هستند. در خودزنی با جسم برنده ضایعات طویل و سطحی هستند. در اصابت چاقو ابتدا ضایعه عمیق و سپس سطحی می شود. در خود زنی با جسم برنده ابتدا ضایعه سطحی است و سپس عمیق می شود. ضایعات چاقو بصورت پراکنده در قسمت‌های بدن قرار دارد. در خودزنی ضایعات بصورت موازی و متقاطع و بصورت متمرکز در یک قسمت بدن قرار دارد. در اصابت چاقو بین بریدگی های موجود روی لباس هماهنگی وجود دارد در صورتیکه این هماهنگی ممکن است در خود زنی نباشد.





جراحات ناشی از برخورد گلوله به بدن

از نظر پزشکی قانونی در این قبیل جراحات باید محل ورود، مسیر گلوله و محل خروج گلوله بررسی شود.

محل ورود گلوله

محل ورود گلوله بسته به فاصله دهانه اسلحه از بدن اشکال مختلفی ایجاد می کند:

۱- مواقعی که دهانه اسلحه به بدن چسبیده یا در فاصله اندکی (۶-۲) از بدن واقع شود. در محل ورود نسوج بدن متلاشی شده و به علت ورود گازهای داغ و دوده ها لبه سوراخ دچا سوختگی می شود. گازها میتوانند وارد زیر پوست شوند و پوست را از بافت های زیرین جدا کنند، اگر سوراخ ورودی با متلاشی شدن نسوج همراه نباشد و به شکل پارگی های منظم نباشد و مدور باشد قطر آن از کالیبر گلوله ممکن است بیشتر باشد.

۲- در حالتی که دهانه اسلحه تا محل ورود گلوله بین چند سانتیمتر تا ۷۵ سانتیمتر باشد سوراخ محل ورود گلوله مدور است و قطر آن بعلت جمع شدن نسوج نرم معمولا کمتر از کالیبر گلوله است. گاهی گلوله بطور مایل وارد بدن می شود که در این صورت سوراخ ورودی بیضی شکل خواهد بود.

جراحات ناشی از برخورد گلوله به بدن

از نظر پزشکی قانونی در این قبیل جراحات باید محل ورود، مسیر گلوله و محل خروج گلوله بررسی شود.

حلقه ساییدگی و سوختگی:

نوک تیز گلوله در برخورد با نسوج نرم بدن ابتدا در آن فرو رفته و حالتی ماندانگشت دستکش در آن بوجود می آورد و سپس پوست را سوراخ کرده و وارد آن می شود در هنگام فرورفتن پوست بطرف داخل در اثر تماس گلوله علاوه بر سائیده شدن سلولهای سطحی این سلولها دچار سوختگی نیز می شوند و در اطراف محل ورود يك حلقه سائیده و سوخته به جا می ماند.

حلقه پاك کننده :

در هنگام فرو رفتن گلوله بداخل بدن ذرات دوده باروت و گازها و پارافین بر روی پوست باقی می ماند و در خارج از حلقه سائیدگی و سوختگی يك حلقه پاك کننده ایجاد می شود . اگر در محل ورود گلوله حلقه مشاهده شود با ذره بین می توان ذرات باروت را تشخیص داد. اگر با ذره بین هم مشاهده نشود لازم است بافت به آزمایشگاه آسیب شناسی فرستاده شود.

منطقه خالكوبي شده :

معمولا در فاصله يك تا ۷۵ سانتیمتر و اغلب در فواصل کمتر از يك متر بعلت برخورد ذرات رنگین و داغ باورت در پوست بدن نقاط تیره رنگی دیده می شود که شبیه خالكوبي های

نقطه ای شکل است گاهی در خارج منطقه خالکوبی شده گازهایی همراه با گلوله در پوست تغییر رنگ به شکل سایه روشن پدید می آورند. در نقاطی که زیر پوست بلافاصله استخوان وجود دارد خونمردگی شدید در اطراف محل ورود دیده می شود.

در موارد یکه گلوله به نقاط پوشیده بدن اصابت می نماید. پس از سوراخ کردن لباس و سوزاندن آن ، قسمتی از الیاف موجود در لباس را کنده و وارد سوراخ محل ورود می نمایند. در این مورد مقایسه لباس و مقایسه سوختگی و سوراخ شدگی آن محل ورود گلوله کمک زیادی به تشخیص می نماید.

۲- در حالتی که فاصله شلیک بیشتر از یک متر باشد. تمام این مشخصات وجود دارد به جز آنکه بعلت پخش شدن دوده هاو گازها و و برخورد آن به بدن منطقه خالکوبی و سایه روشن دور آن دیده نمی شود.

در اصابت گلوله به جمجمه و استخوان های پهن مانند کتف و لگن تشخیص محل ورود و قطر گلوله آسانتر است. در محل ورود معمولاً قطر سوراخ برابر کالیبر گلوله است زیرا بافت سفت است و به هم نمی آید تا سوراخ ورودی در کوچکتر باشد. در محل خروج استخوان متلاشی شده و اغلب بزرگتر از سوراخ محل ورود است.

در بسیاری موارد محل ورود گلوله دیده نمی شود. در صورتیکه محل خروج گلوله وجود دارد که در این حالت باید به بینی و دهان و گوشها توجه نموده ، گلوله هایی که در دهان شلیک می شود اغلب به قصد خود کشی است و معمولاً از سقف دهان و از جمجمه خارج می شود.

سوراخ خروجی

در مواردی که اسلحه چسبیده به بدن باشد یا از فاصله های بسیار کوتاه شلیک شود معمولاً سوراخ ورودی بزرگ تر از سوراخ خروجی است. در فاصله های بیشتر اغلب سوراخ خروجی بزرگ تر است. عدم وجود حلقه های پاک کننده و سائیدگی و دیده نشدن خالکوبی و منطقه سایه روشن به تشخیص سوراخ خروجی کمک می کند. وجود بقایای بافت ها و نسوج داخلی بدن که همراه با گلوله از بدن خارج شده برای تشخیص سوراخ خروجی کمک کننده است. گاهی چند محل ورود و یک محل خروج داریم در این حالت یا چند گلوله در بدن باقی مانده است و یا دو چند گلوله از یک محل خارج شده اند. گاهی چند محل خروجی داریم در صورتیکه فقط یک گلوله به بدن اصابت کرده است در اینصورت گلوله به استخوان اصابت کرده است و قطعات استخوانی ایجاد شده به شکل ترکش عمل کرده اند. گاهی بدون آنکه گلوله در بدن باشد سوراخ خروجی ظاهری دیده نمی شود. در این موارد باید نواحی مانند چشم ها، دهان گوشها، بینی را بررسی کرد.

لباس نیز به تشخیص خروجی کمک کننده است. زیرا در محل خروجی در لباس سوختگی وجود ندارد و جهت رشته های از هم گسیخته البسه نیز رو به خارج است. و در سوراخ ورودی ممکن است قطعاتی که از لباس کنده شده و یافت شود که در سوراخ خروجی چنین نیست.

مسیر گلوله در بدن:

معمولا مسیر گلوله در بدن خط مستقیمی است که محل ورود را به محل خروج وصل می نماید. در مواردی که چند گلوله به یک نقطه اصابت کرد و از نقاط نزدیک به هم خارج شوند تعیین مسیر دشوار است. گاهی گلوله وارد بدن می شود ولی سوراخ خروج وجود ندارد در این صورت با استفاده از خونمردگی های ایجاد شده که عبور گلوله در نسوج به وجود می آورد به دنبال گلوله می گردد. در بعضی موارد گلوله در ابتدای ورود خود به یکی از استخوان ها برخورد می نماید و به علت در هم شکستن استخوان می تواند تکه هایی ایجاد شود که شبیه ترکش عمل می نماید و به احشای داخل بدن آسیب رساند که در این موارد تشخیص مسیر اصلی گلوله دشوار است. گاهی دیده شده است که گلوله فرد آسیب مرگباری ایجاد نمی کند ولی این قطعات کوچک باعث ایجاد آسیب های مرگباری می گردد.

در هنگام قتل با اسلحه سئوالاتی ممکن است مطرح شود که پزشک قانونی با همکاری مقامات قضایی و کارشناسان اسلحه باید پاسخگو باشند. آیا اسلحه به دست آمده در صحنه جنایت می تواند عامل جنایت باشد مقایسه قطر سوراخ ورودی و کالیبر گلوله در بررسی پوکه فشنگ.

۲- در صورتیکه اسلحه به دست نیاید از روی قطر محل ورود یا پوکه و گلوله نوع اسلحه تعیین می شود .

۳- فاصله تیر انداز با مجروح چقدر بوده است ؟

۴- آیا اسلحه به تازگی مورد استفاده قرار گرفته است

۵- شناسایی وضعیت تیر انداز و مصدوم در هنگام تیر اندازی که با تشخیص محل ورود مسیر و خروج و فاصله تیر انداز تا مصدوم و زاویه برخورد گلوله با سطح بدن می توان این موضوع را بررسی کرد.

۶- آیا گلوله مستقیما به شخص اصابت کرده و یا گلوله کمانه کرده و سپس به او برخورد نموده است در این موارد گلوله پس از برخورد به یک سطح سخت، خمیده شده و تغییر شکل می دهد و سپس به بدن اصابت می نماید در نتیجه محل ورود گلوله با کالیبر آن تناسب ندارد.

۷- در مواردیکه چند گلوله به بدن اصابت نموده کدام یک زودتر به بدن برخورد نموده است اگر گلوله به استخوانهای پهن برخورد نماید پاسخ آسان است زیرا در استخوانهای پهن گلوله در محل ورود با شکستن استخوان در آن ایجاد ترک خوردگیهایی مانند اشعه ستاره می

نماید و اگر گلوله دیگری برخورد نماید ترك خوردگی هاي آن پس از رسیدن به ترك خوردگیهاي ناشی از گلوله اول متوقف می شوند.

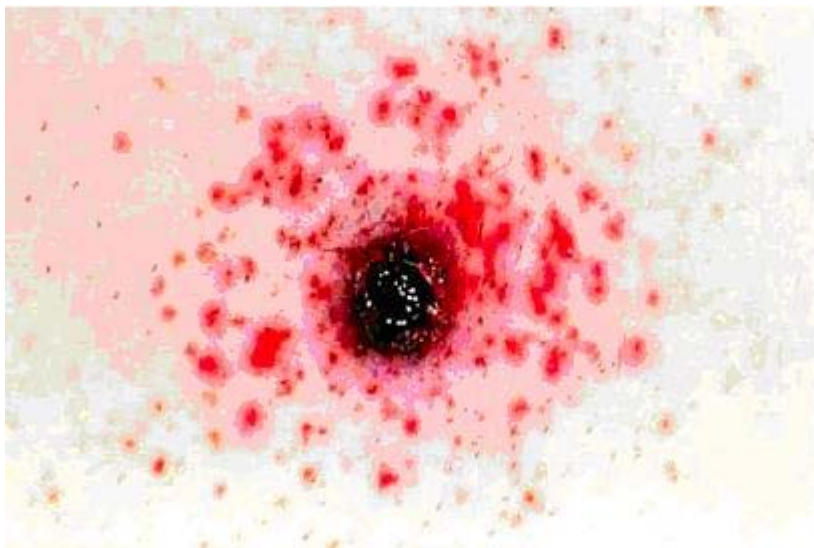
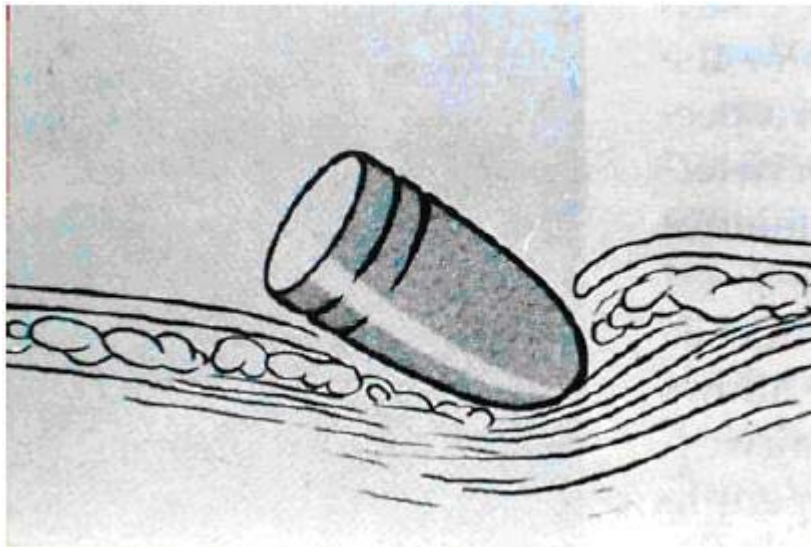
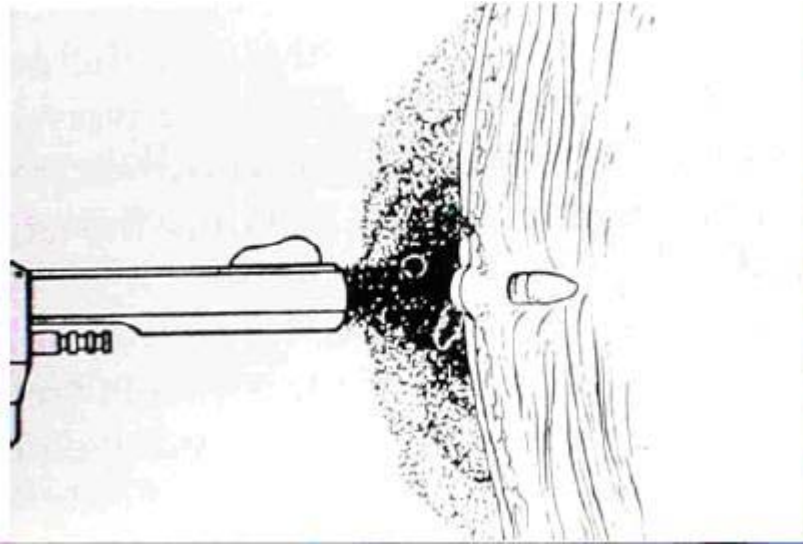
۸- در مواردیکه چند گلوله با کالیبر های مختلف و از سلاحهای گوناگون به بدن اصابت نموده کدامیک کاری تر می باشد و سبب وخامت حال وی می گردد.

۹- گلوله توسط شخص دیگری شلیک شده و قتل است یا خودکشی می باشد در خودکشی سلاح در دست مقتول است، آثار انگشتان او بر روی اسلحه است، در دست او بقایای ناشی از شلیک مانند دوده های نیم سوخته یا سوخته وجود دارد، آثار ضرب و جرح نداریم. در خود کشی معمولا فرد نقاط برهنه خود را مورد هدف قرار دهد مانند قلب و شکم معمولا لباسهای خود را باز کرده و به خود تیر اندازی می کند .

خود زنی با گلوله :

گاهها" افراد نیروهای مسلح برای آنکه خود را مجروح جلوه دهند و از انجام خدمت سرباززند و مدتی استراحت نمایند ممکن است خودزنی نمایند، مامورین انتظامی محافظ مکانهای تجاری که در سرقت ها شریک بوده اند نیز ممکن است اقدام به خودزنی کنند . گلوله از فاصله بسیار نزدیک شلیک شده و آثار دوده بر روی برخی از انگشتان باقی می ماند، زخم ها سطحی است.







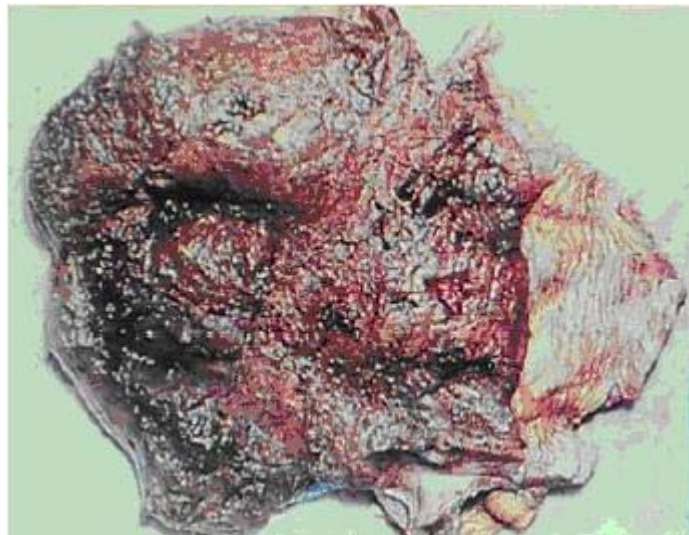
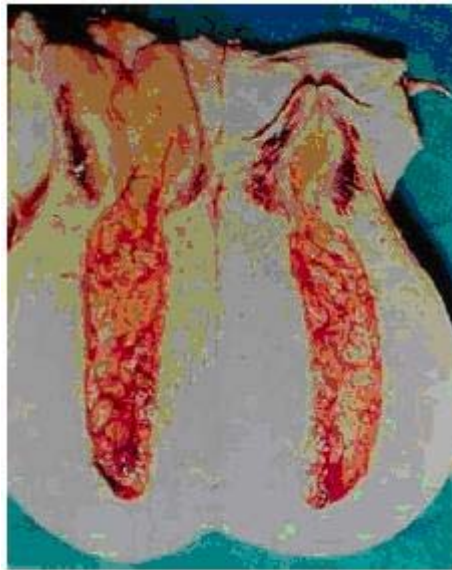
سقط جنین

در مباحث حقوقی سقط جنین به اخراج عمدی حمل یا جنین گفته می شود که ناظر بر تعریف سقط جنین جنایی می باشد. اکثر موارد سقط جنین سقطهای است که بدون هیچگونه عمدی و صرفاً به دلایل بیماری مادر یا اختلالات ژنتیکی یا بیماریهای جنین و یا عوامل دیگری ایجاد می شود. بعبارت سقطی بیمار گونه که معمولاً نیز بر خلاف میل مادر اتفاق می افتد و غالباً نیز مادر جهت درمان در بیمارستان بستری و تحت درمان واقع می شود.

سقط درمانی: سقط جنینی است که با مجوز دستگاه قضایی و پس از تایید پزشکی قانونی انجام می شود که فقط درمانی است و بعلت خطر جانی که بارداری برای مادر ایجاد نموده است و قبل از سن و اوج روح صورت می گیرد این موارد غالباً برای پیشگیری از بارداری مجدد، لوله های رحمی مادر نیز بسته می شود. در مواردی نیز که جنین دارای تلاسمی ماژور باشد یا دچار انتقالی باشد و یا در پاره ای از بیماری های نادر دیگر که با حیات منافات دارند در صورتیکه جنین قبل از چهار ماهگی باشد تا ۲۰ روزگی نطفه، تا ۴۰ روزگی علقه، با

شصت روزگی که چنین به صورت يك توده عضلاني است مضغه - تا ۸۰ روزگی که بافت استخواني ایجاد شده عظام و در حالي که بافت عضلاني و اسکلتی رشد کرده ولي روح در آن دمیده نشده ۱۰۰ روزگی در نظر گرفته می شود.

در صورتیکه سن چنين قبل از چهار ماهگی باشد تا ۲۰ روزگی نطفه تا ۴۰ روزگی علقه با شصت روزگی که چنين بصورت يك توده عضلاني است مضغه - تا ۸۰ روزگی که بافت استخواني ایجاد شده عظام و در حالي که بافت عضلاني و اسکلتی رشد کرده ولي روح در آن دمیده نشده ۱۰۰ روزگی در نظر گرفته می شود .





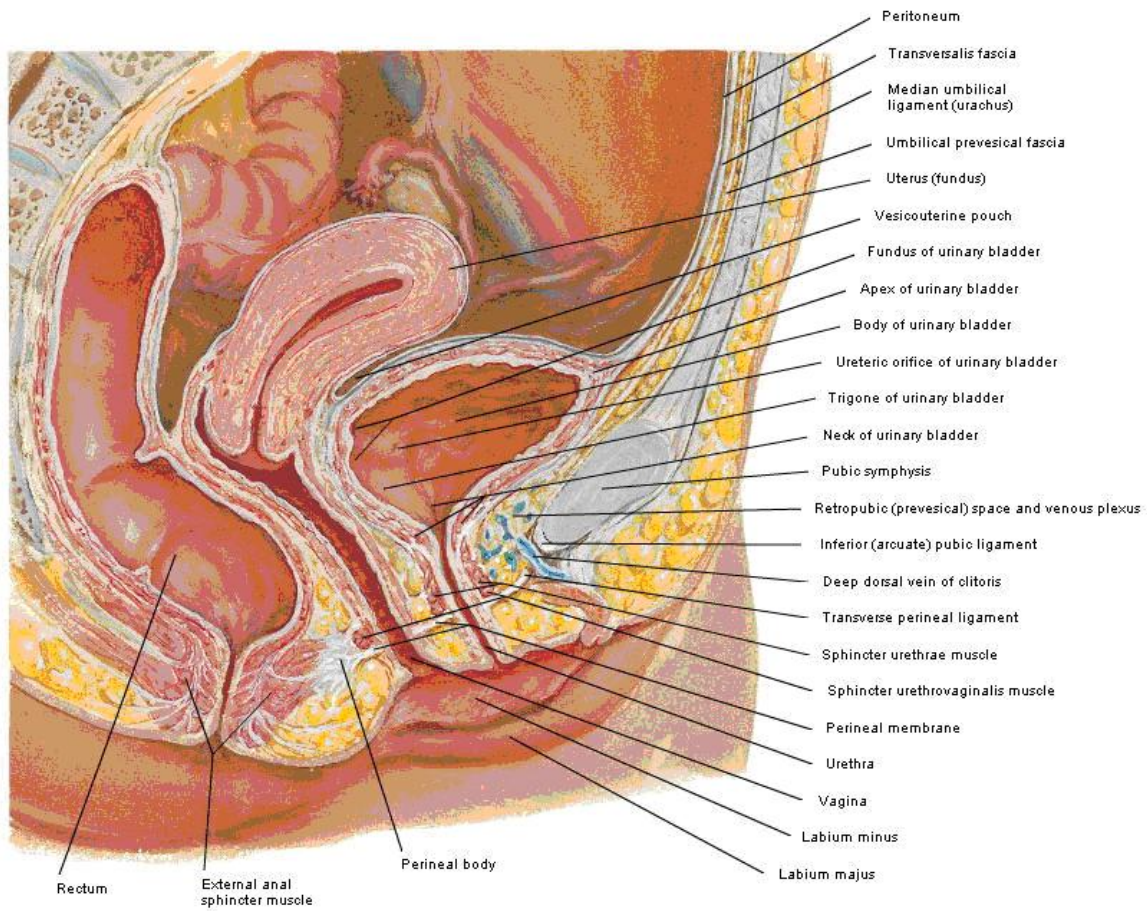
عقیمی و ناتوانایی جنسی

عقیمی به زوجی نا باور گفته می شود که به مدت یکسال و به صورت معمول دارای روابط جنسی باشد اما بارداری اتفاق نیفتد، مفهومی که عقیمی در گذشته داشته در حال حاضر تغییر یافته که علت آن درمان بسیاری از موارد است که در گذشته غیر قابل درمان بوده اند. عدم باروری در پنجاه درصد موارد مربوط به جنس مؤنث و در پنجاه درصد موارد مربوط به جنس مذکر می باشد.

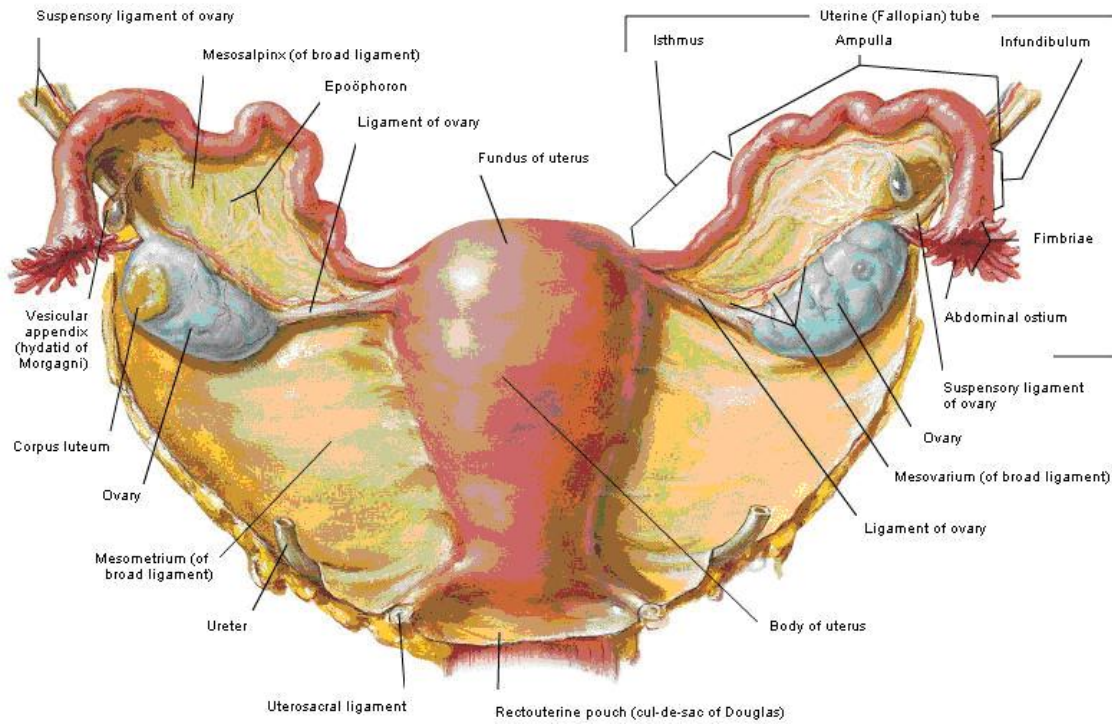
ناتوانی جنسی:

ناتوانی جنسی در آقایان در مباحث حقوقی تحت عنوان عنین شناخته می شود که بدلائل گوناگون ایجاد می شود از جمله دلایل ایجاد چنین عارضه ای مسائل روحی، روانی، بیماریهای داخلی نظیر قند خون، ضایعات نخاعی و داروها ایجاد می شود. ناتوانی جنسی با معاینه و انجام تستهای خاص نظیر NPT تشخیص داده می شود.

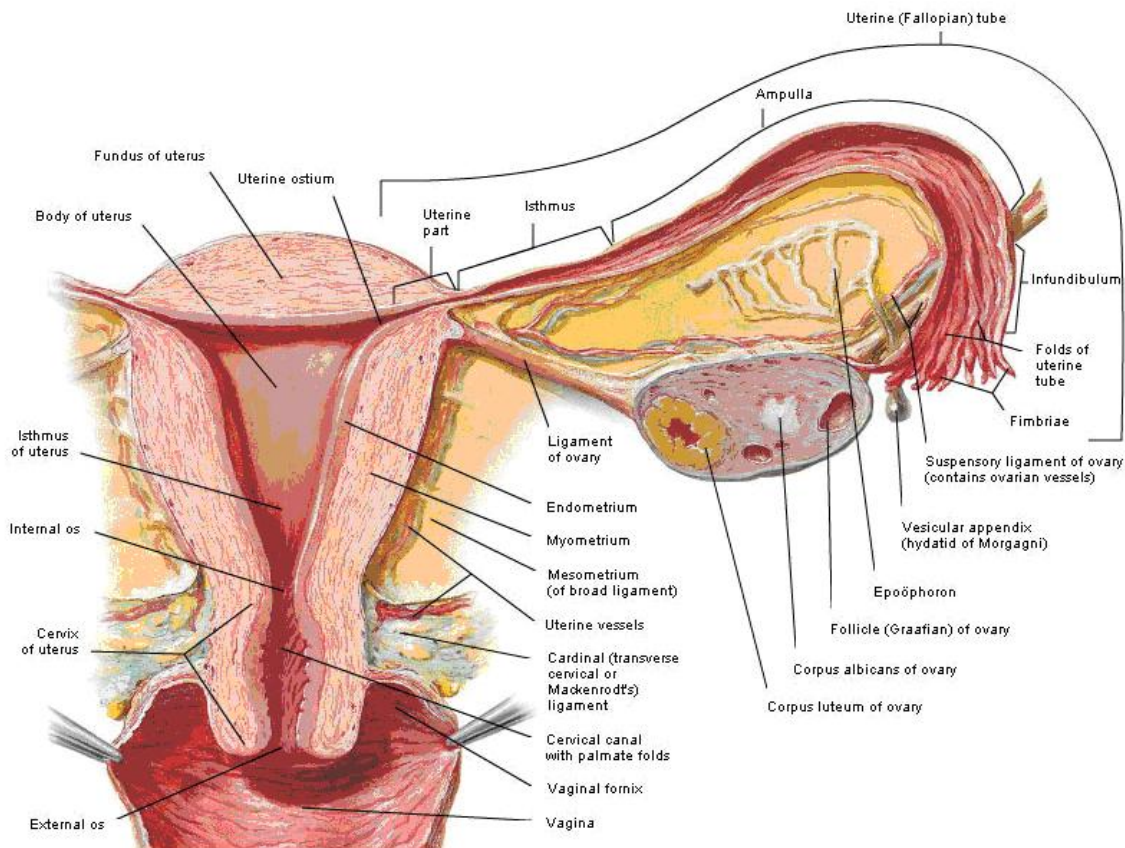
Urinary Bladder - Orientation and Supports Midsagittal Section



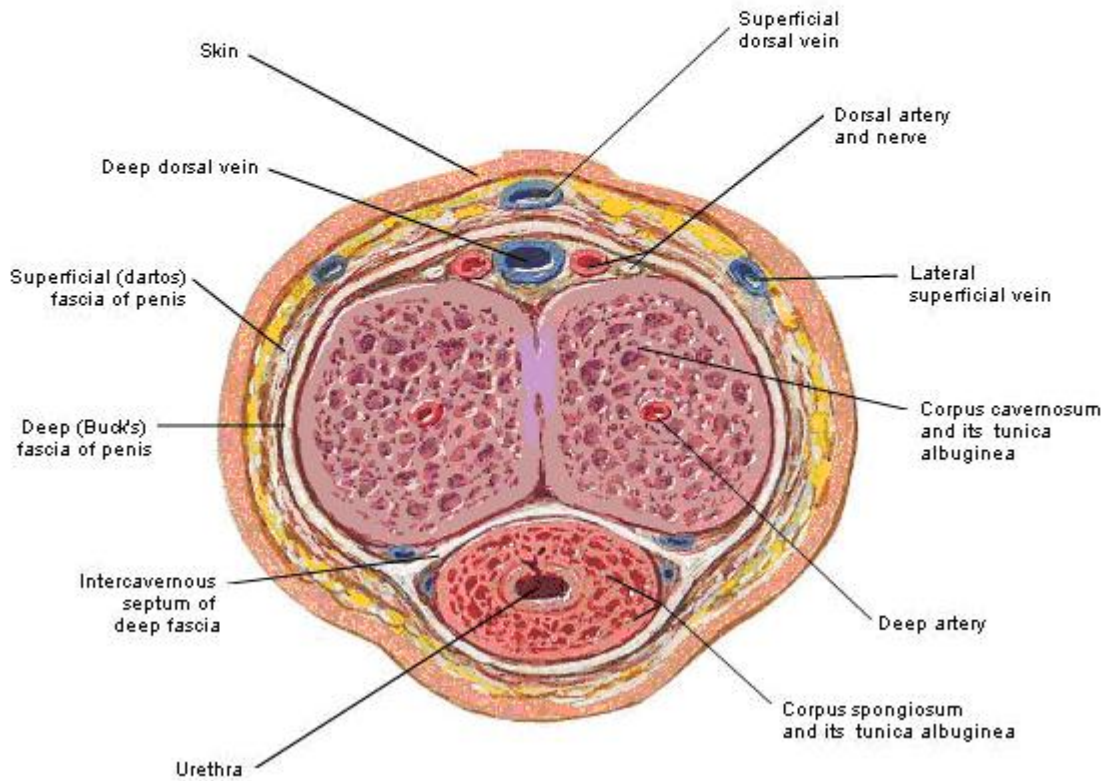
Uterus and Adnexa Posterior View



Uterus and Adnexa Frontal Section



Section through Body of Penis

**خودکشی**

از نظر ارسطو: خودکشی عملی است که به وسیله شخص برای معدوم ساختن خودش انجام می گیرد در حالی که این عمل به منظور فداکاری نمی باشد. خودکشی از جنبه های مذهبی ، اخلاقی ، فلسفی ، روانپزشکی و جامعه شناسی قابل بحث است .

دورکیم: هر نوع مرگی که بطور مستقیم یا غیر مستقیم از عمل خودفرد در عین آگاهی از نتیجه آن ناشی می شود.

دورکیم خودکشی را به سه گروه تقسیم کرد:

- ۱- خودخواهانه
- ۲- دیگر خواهانه
- ۳- خودکشی ناشی از بی هنجاری

۱- فرد رابطه ای قوی با هیچ گروه اجتماعی ندارد، فقدان وابستگی خانوادگی توضیحی است برای آسیب پذیر بودن افراد مجرد نسبت به افراد متاهل، در مناطق روستایی وابستگی های شدید اجتماعی بیشتر است به همین علت میزان خودکشی پایین تر است .

۲- گروهی است که استعداد به خودکشی آنها از وابستگی شدید اجتماعی ناشی می شود . دورکیم برای مثال نوعی خودکشی در ژاپن که در بعضی از طبقات اجتماعی قدیمی به نام هاراگیری مرسوم بوده را مثال میزند.

۳- این نوع خودکشی را بیشتر کسانی مرتکب می شوند که وابستگی آن ها با جامعه دچار آشفتگی است مانند افرادی که طلاق گرفته و همچنین کسانی که وضع اقتصادی آنها تغییر شدید ناگهانی پیدا کرده است این بی ثباتی اجتماعی واز هم گسیختگی ارزش های اجتماعی را نیز در بر می گیرد. دورکیم خودکشی را نه یک پدیده صرفا فردی که حاصل جمع عوامل مختلف نظیر مسائل خانوادگی، اجتماعی، دینی و بسیاری از مسائل دیگر می دانست، از دید گروهی دیگر از جامعه شناسان خودکشی تحت تاثیر خلاء اجتماعی پیرامون فرد ایجاد می شود و هر جامعه ای دارای عوامل خودکشی زایی است که از طرق مختلف عمل می کند.

روانکاران و روانپزشک: بسیاری معتقدند که خودکشی و دیگر کشتی هر دو اعمال پرخاشگرانه ای هستند که از محرومیت ناشی شده اند. پرخاشگری در خودکشی متوجه خود و در حالت دیگرکشی متوجه دیگران می شود.

گروهی از روانپزشکان خودکشی را قتل وارانه می دانند . دردیگرکشی خشم فرد متوجه دیگری است اما در خودکشی خشم خودمتوجه درون می شود یا به عنوان بهانه ای برای مجازات خود مورد استفاده قرار می گیرد.

مسائل فیزیولوژیک و ژنتیک در يك مطالعه بر روی ۵۱ زوج دوقلوي تك تخمکي ۹ مورد خودکشی توأم مشاهده شده در حالی که در دوقلوهاي دو تخمکي يك مورد نیز مشاهده شده.

۱- کمبود سروتونین در بیماران افسرده که اقدام به خود کشتی کرده اند.

۲- در بیمارانی که با وسایل خشن اقدام به خودکشی کرده بودند مثل اسلحه گرم یا پریدن از بلندی در مقایسه با افرادی که اقدام به خودکشی نکرده یا با وسایل غیر خشن اقدام به S_HIAA خودکشی کرده اند میزان

۵- هیدروکسی ایندولول استیک اسید در مایع مغزی نخاعی پایین تر بوده.

خودکشی را باید از نظر جسمانی، روانی، اجتماعی مورد بررسی قرار داد.

باید بین خودکشی واقعی و اقدام به خودکشی تفاوت قائل شد. هدف از اقدام به خودکشی

همواره نابودی خویش نیست- قصد خودکشی اهداف دیگری دارد

۱- درخواست و تقاضای کمک

۲- تهدید و اخطار به فرد دیگر

۳- اقدام به خودکشی نشانگر حالات حاد و سردرگمی و ناتوانی در برابر یک موقعیت اجتماعی و هیجانی است که به دنبال یک بلای ناگهانی یا حادثه مصیبت بار برای فرد ایجاد شده

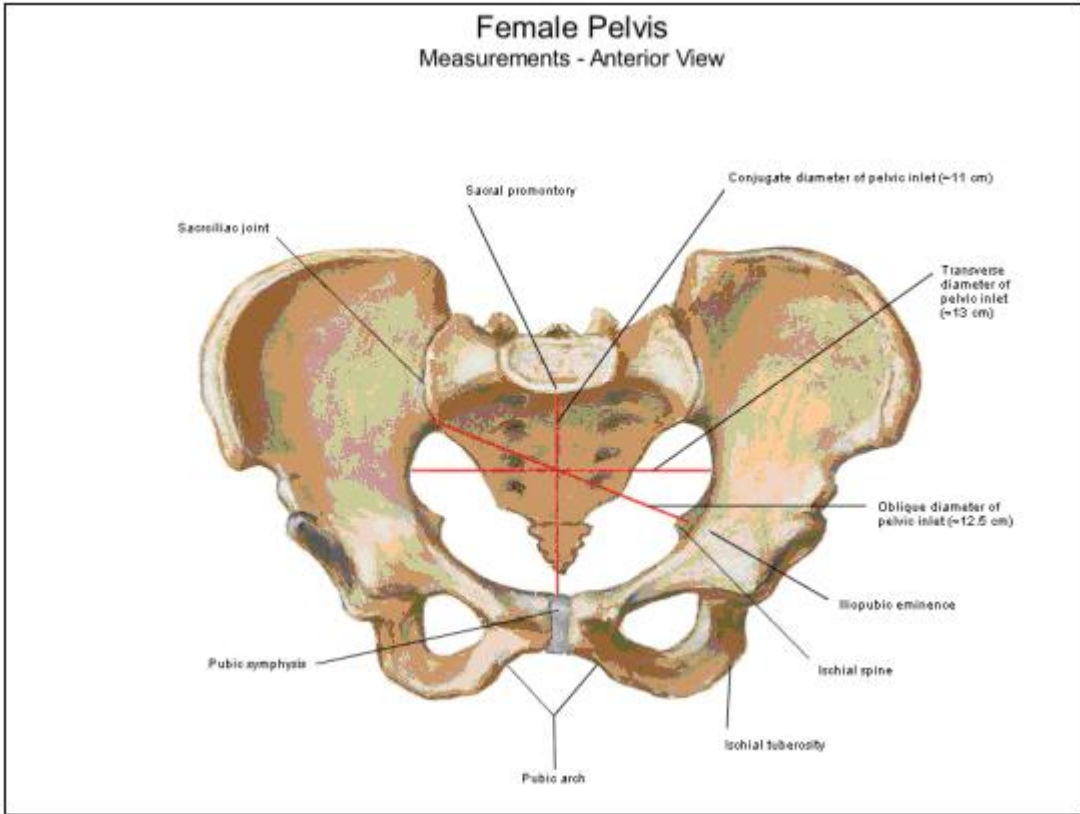
۴- در مقابل یک موقعیت دشوار فرد چون خود رامستوجب شکست می داند گزینه تهاجم را علیه خود منحرف می سازد .

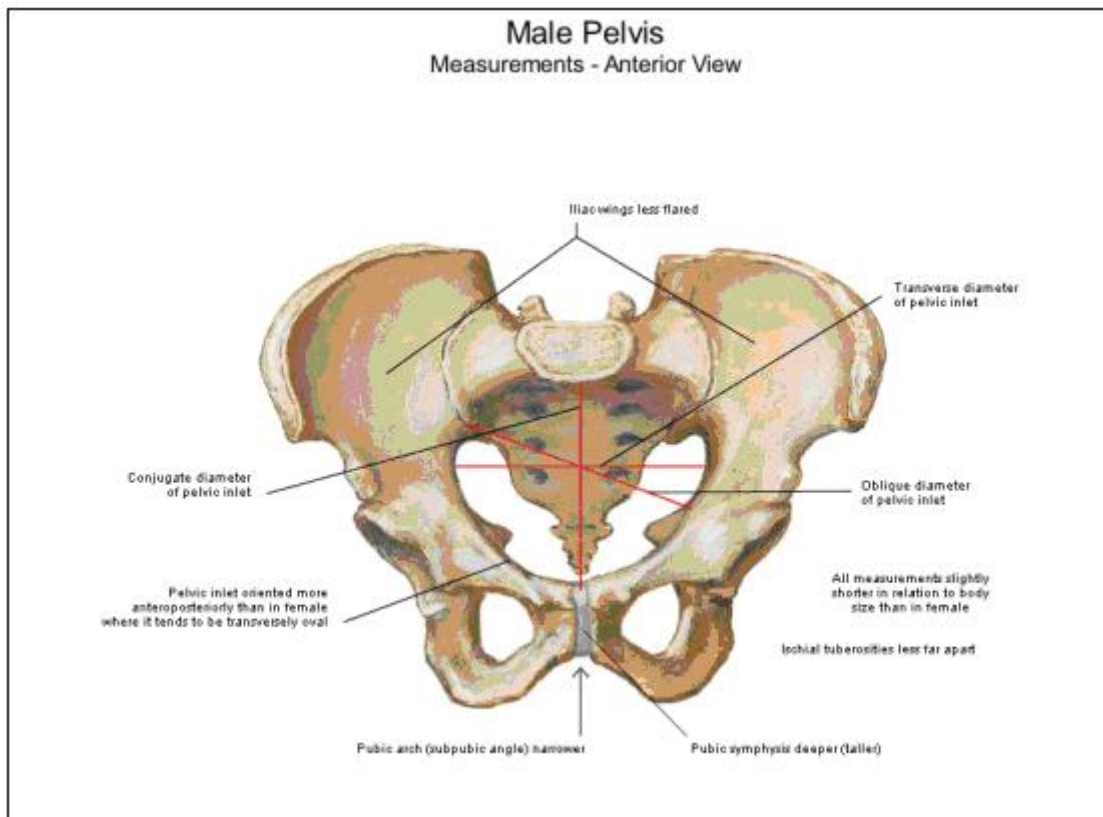
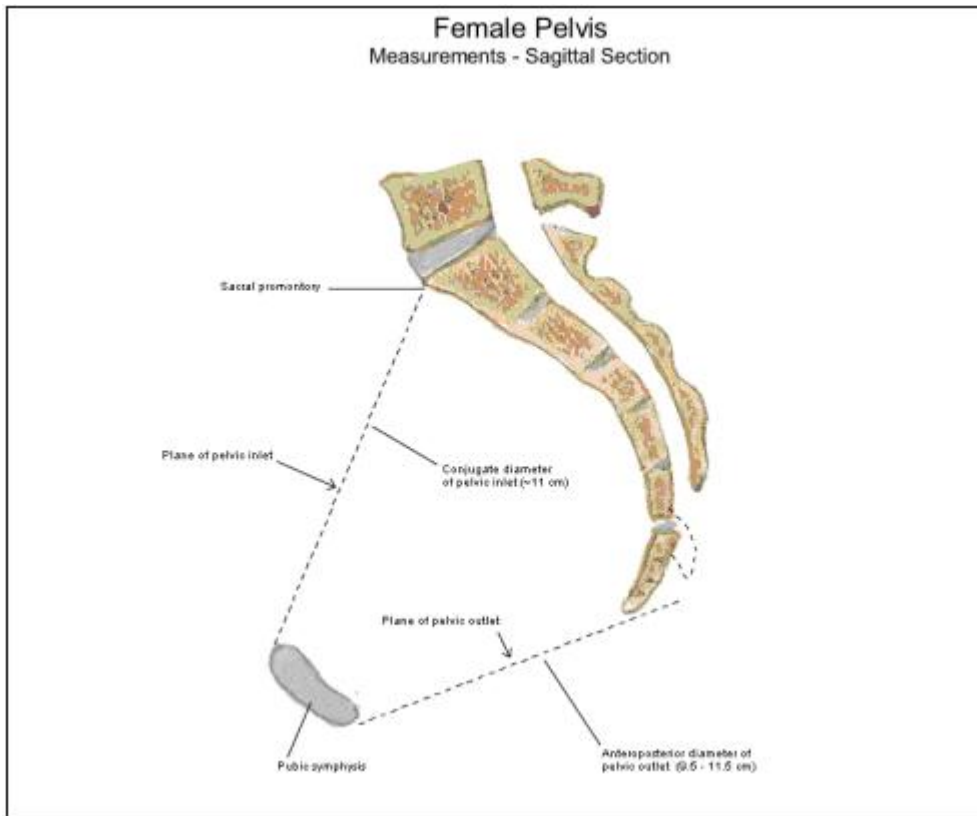
تعداد اقدام به خودکشی ها ۱۰-۸ برابر خودکشی های موفق است و هفتاد درصد این اقدامات را خانم ها انجام می دهند. اکثر اقدام به خودکشی ها توسط زنان جوان افسرده صورت می گیرد. دلایل خودکشی می تواند عوامل دیگری نظیر تنهایی ، شکست در زندگی، تحصیل، عشق، مشکلات اقتصادی نظیر بیکاری ، ورشکستگی ، بیماری های روانی نیز باشد.

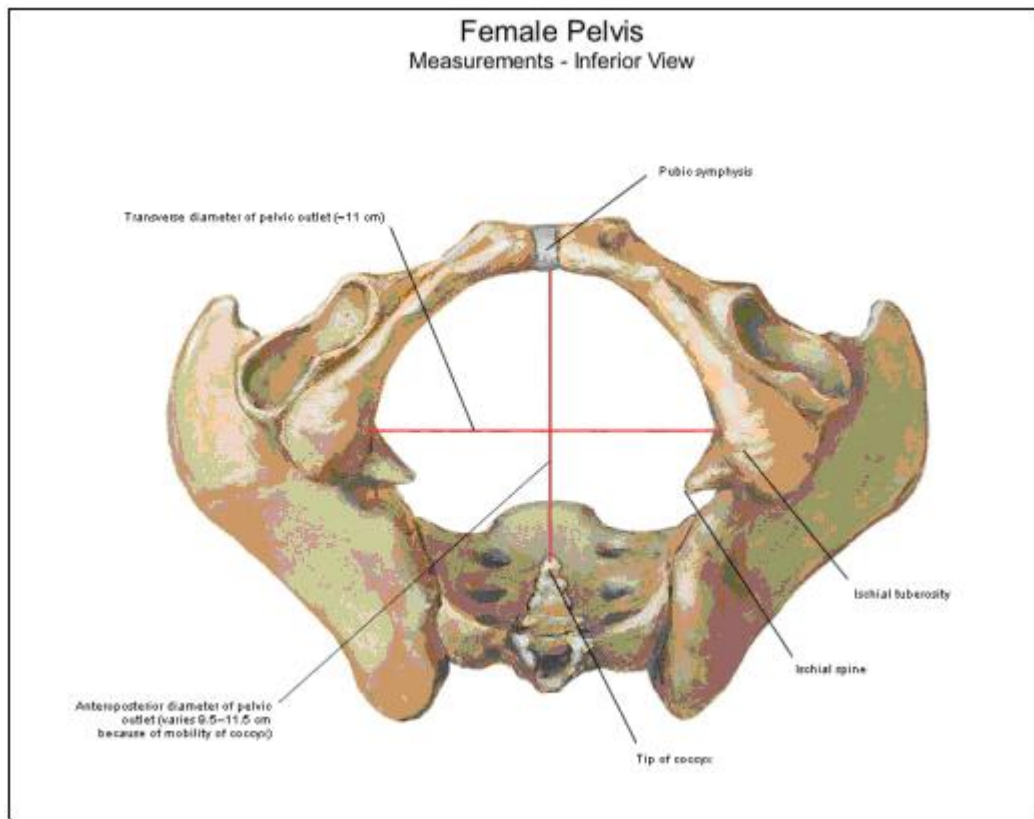
تشخیص جنسیت با بررسی استخوانهای لگن در ۹۵ درصد موارد امکان پذیر است

تفاوتهای مهم استخوانهای لگن در زن و مرد

مرد	زن	
به شکل مثلث	به شکل چهارگوش مربع	تنه استخوان عانه Public body
به شکل با زاویه ۷ حاده کمتر از هفتاد درجه	به شکلی U و کمانی شکل با زاویه بالاتر از صد درجه	قوس زیر استخوان عانه Subpubil arc
امتداد شاخه ی استخوانی زاویه بازتری ایجاد می نماید	ابتدا شاخه ی استخوانی زاویه تنگ تر ایجاد می کند	شاخه عانه ای نشیمنگاهی Ischiopubic ramus
بلندتر	کوتاهتر	ارتفاع التصاق استخوانهای عانه Symphysis pubic
بزرگ و بیضی مایل به مثلثی	کوچک و مثلثی شکل تر	سوراخ سدادی Obturator Foramina
تنگ و عمیق تر - بلند و باریک	کوتاهتر- پهن تر و باز تر در قسمت بالا وسعت بیشتری دارد	استخوان ایلیاک (لگن خاصره) Iliac bone
دراز و باریک و ممکن است گاهی بیشتر از پنج قسمت باشد	کوتاهتر و پهن و در قسمت فوقانی انحنای کمتری دارد و پنج قسمتی است	ساکروم (Sacrom)
به شکل قلب	مدور و لویبایی شکل	تنگه فوقانی لگن
برجستگی چندان مشخصی ندارد	کاملاً به جلو برجسته است	قسمت بالای ساکروم در محاذات مفصل ساکروایلیاک یا Poromontory

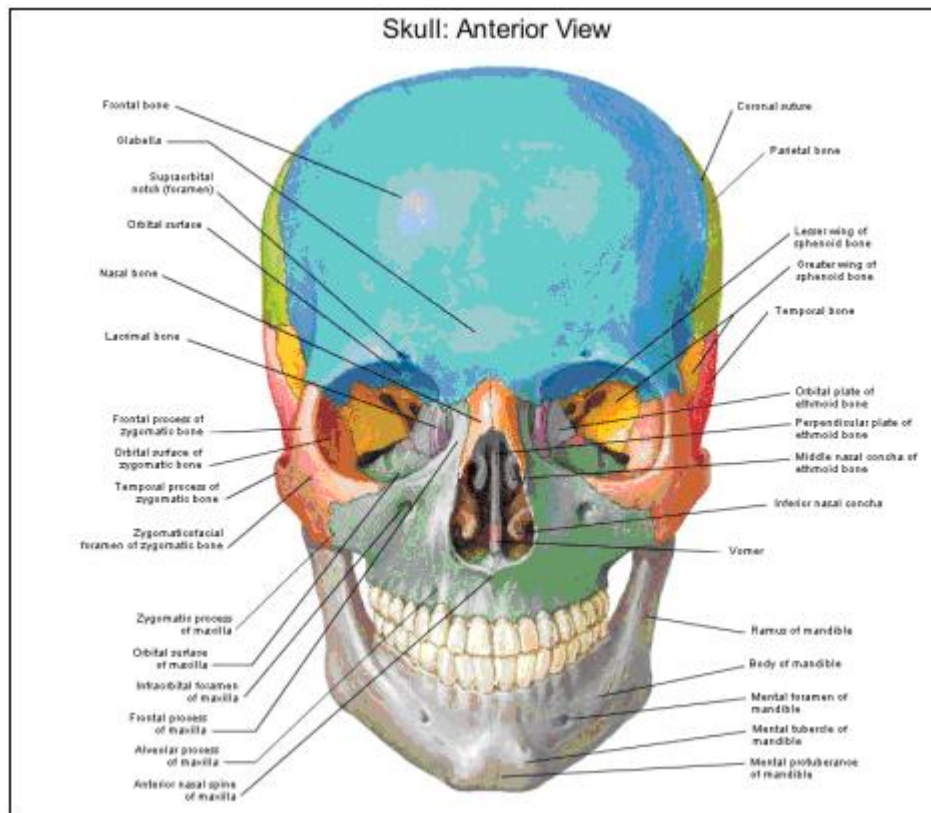
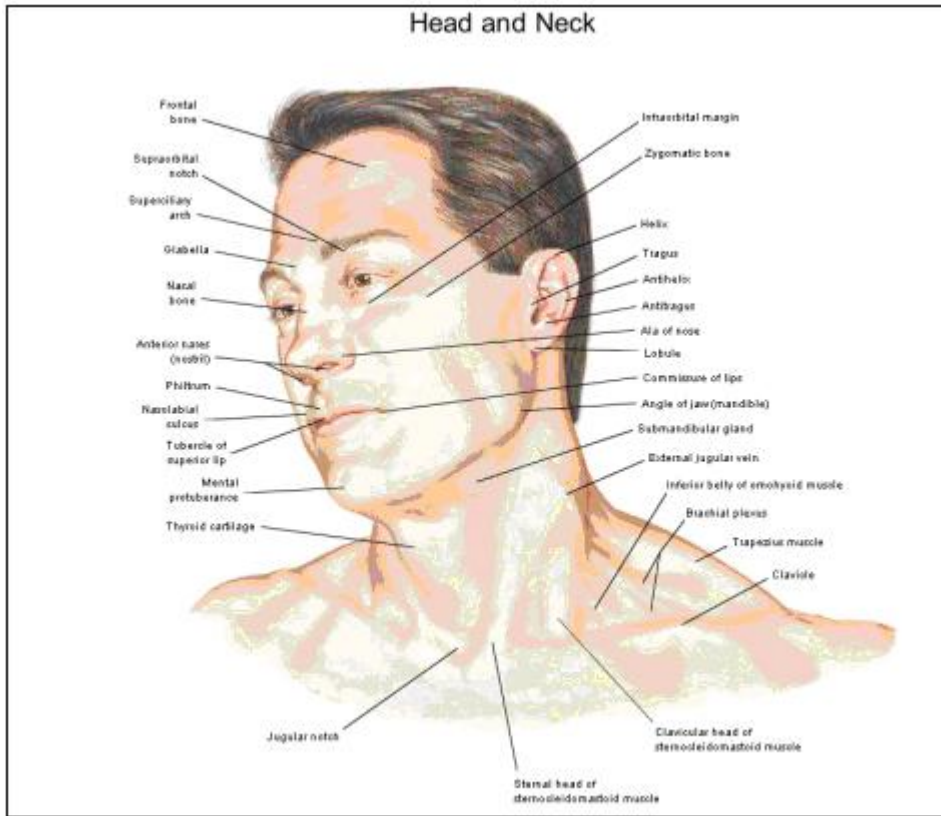




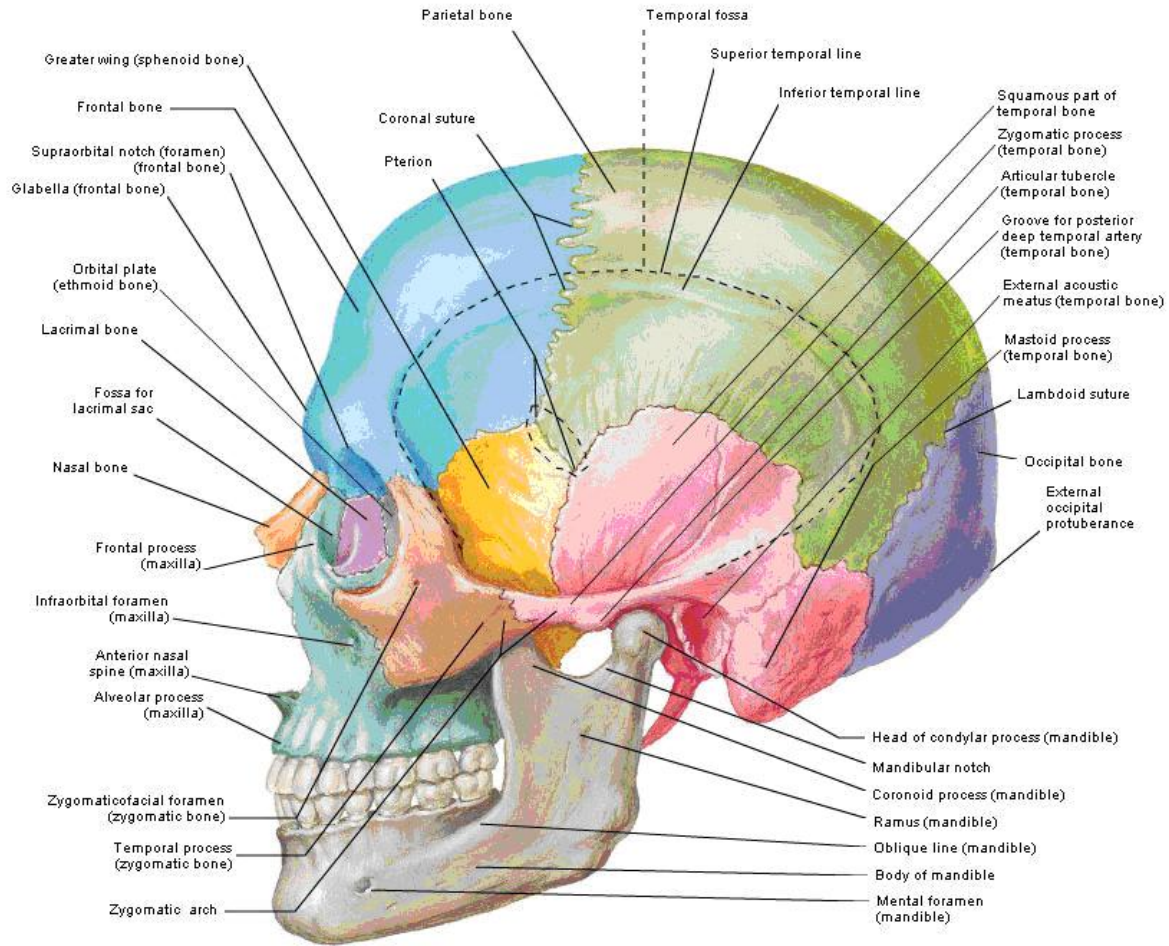


تفاوت حجمه زن و مرد در ۹۲ درصد موارد امکان تشخیص با استخوان حجمه امکان پذیر است

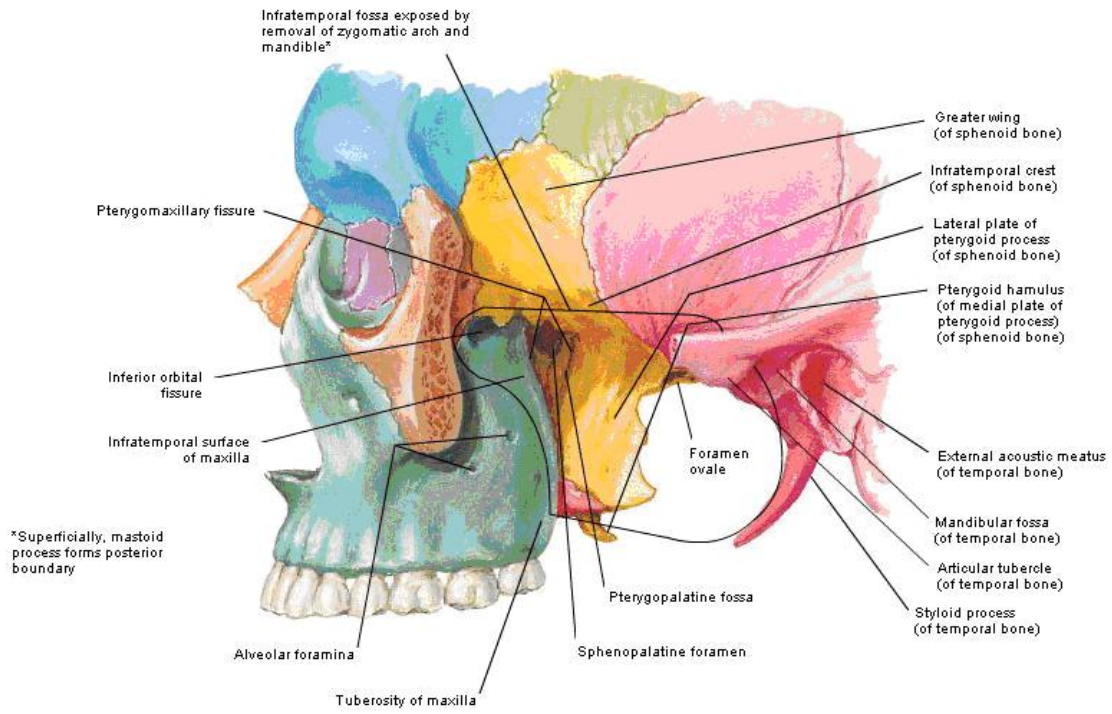
مرد	زن	وضع پیشانی
پیشانی به سمت بالا و عقب امتداد یافته و در محل ابروها برجستگی وجود دارد و کلا بر آمدگی برویسه بینی مسلط است	پیشانی تقریباً راست در امتداد بینی رو به بالا می رود در محل ابرو برجستگی وجود ندارد در کل بر آمدگی ندارد	مفصل استخوانهای پیشانی و بینی
زاویه دار است	بدون زاویه واضح است	لبه کاسه استخوانی چشم
کلفت است	ظریف و نازک است	رواند ماستوئید (Mastoid Process)
دراز و دارای قاعده پهن	ظریف و کوتاه	برجستگی های استخوان پس سری
بر آمده و مشخص	نا مشخص	چانه
عریض و پهن تر	قوسی شکل	سوراخ ماگنوم
بزرگ	کوچک	



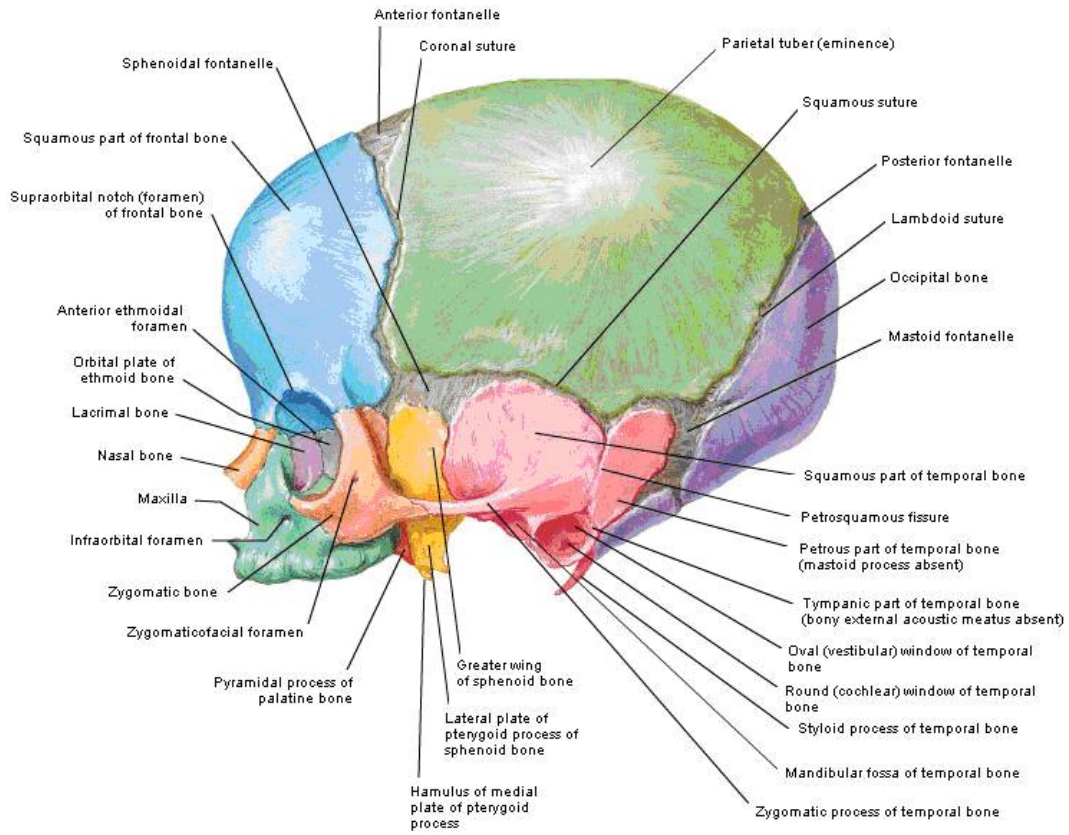
Skull Lateral View



Skull - Infratemporal Fossa Exposed Lateral View

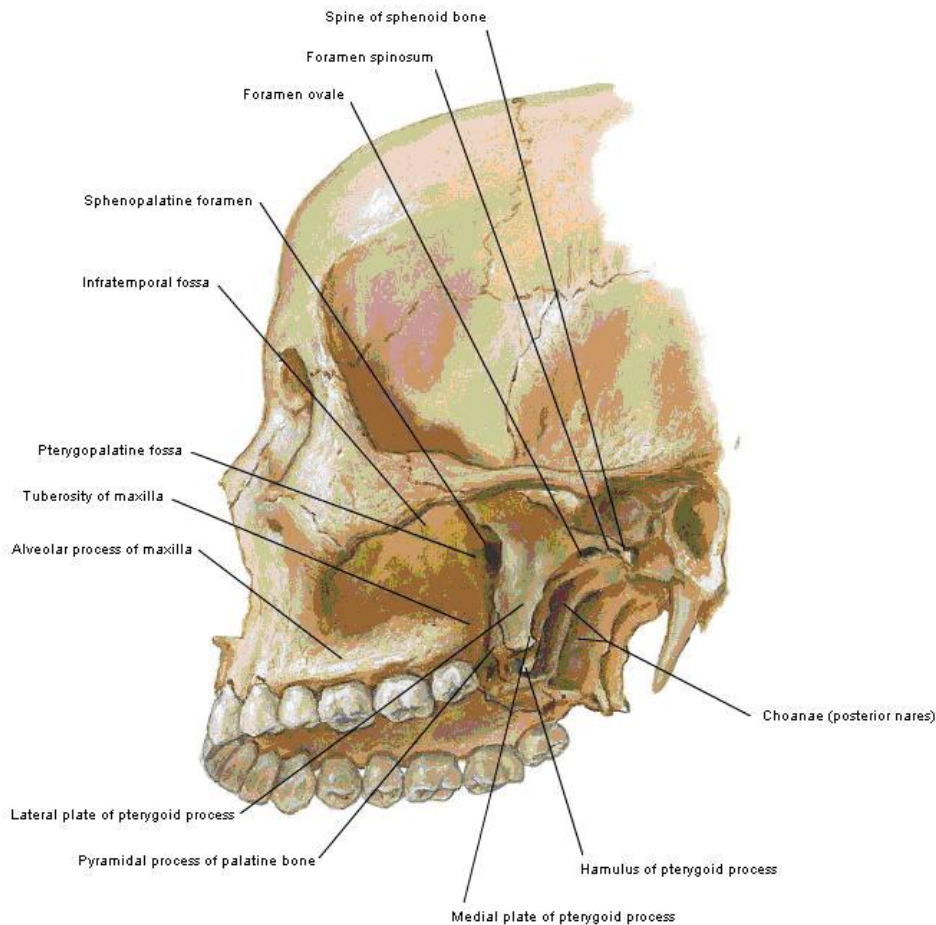


Skull of Newborn
Lateral View



Bony Framework of Head and Neck - Mandible Removed

Lateral View



اختلالات روانی :

۱- اسکیزوفرنی. بیماری که قبل از ۲۵ سالگی شروع می شود و تمام عمر دوام می آورد- در تمام طبقات اجتماعی دیده می شود. اصطلاح اسکیزوفرنی به معنای روان از هم گسیخته است که اولین بار توسط بلولر به کار رفت. حداکثر موارد شروع بیماری در مردان بین ۱۵-۲۵ سالگی و در زن ها بین ۲۵ تا ۳۵ سالگی است که احتمالاً تفاوت سنی مربوط به تعصب های اجتماعی در مورد رفتار زنان است. شروع بیماری قبل از ۱۰ سالگی و بعد از ۵۰ سالگی بی نهایت نادر است. بین دو جنس از نظر شیوع اسکیزوفرنی تفاوتی وجود ندارد. تقریباً ۵۰ درصد بیماران اسکیزوفرنی در یک پی گیری ۲۰ ساله اقدام به خودکشی نمودند و ده درصد آنها در اقدام خود موفق بوده اند. اسکیزوفرنی پر هزینه ترین بیماری روانی است که بعلت هزینه مستقیم درمان، فقدان کارایی و هزینه مربوط به خدمات مورد نیاز این بیماران است.

علت بیماری :

علت بیماری معلوم نیست . عمده ترین روش توجیه مدل استرس ، استعداد مزاجی است. بر اساس این مدل فرد دارای آسیب پذیری ذاتی (استعداد مزاجی) است که تحت تاثیر استرس امکان بروز پیدا می کند.

میزان بروز	گروه
۱	جمعیت
۸	خواهر یا برادر غیر دو قلوی بیمار
۱۲	دو قلوی دو تخمکی یک بیمار
۱۲	کودک دارای پدر یا مادر اسکیزوفرن
۴۰	کودکی که هر دو والدین اسکیزوفرن باشد
۴۷	دو قلوی یک تخمکی بیمار اسکیزوفرن

نقش عوامل ارثی در ایجاد بیماری اگر به میزان بروز بیماری در جمعیت عادی عدد ۱ را نسبت دهیم در افراد دیگر شانس بروز بیماری بصورت زیر است .

علائم بیماری

از نظر رفتاری فرد ممکن است کاملا رفتار تحریکی و خشن داشته باشد یا آنکه کاملا بی روح و یا رفتار توأم با منفی کاری باشد .

هذیان : DELUSION

هذیان به معنای اختلال در تفکر است و اعتقاد و باور غلطی است که فرد با تعصب به آن معتقد است و نمی توان با اتکا به منطق آن راز کرد. دارای انواع مختلفی است مانند هذیان خودبزرگ بینی و هذیان گزند و هذیان جسمانی.

توهم HALLUCINATION :

به معنای اختلال در درک است و منظور ادراک حسی است بدون وجود محرک خارجی مانند توهم شنوایی که فرد صحبت از شنیدن صداهایی میکند که وجود ندارند. توهم بینایی، چشایی، لامسه، یا توهمات دیگر
فرد دچار اسکیزوفرنی دچار اختلال فعالیت های اجتماعی و شغلی بوده و پس از شروع بیماری کارکرد فرد در این زمینه بسیار کاهش می یابد.

اسکیزوفرنی انواع مختلف مانند نوع پارانوئید که در آن فرد اشتغال فکری به هذیانهای سازمان یافته یا توهمات شنوایی مکرر دارد .

اختلال خلق MOOD DISORDES:

خلق به حالت هیجانی درونی فرد اطلاق میشود و تجلی خارجی این محتوی هیجانی عاطفه است. اختلال خلقی میتواند بصورت خلق پائین یا افسردگی باشد. که فرد بصورت مداوم احساس غم و پوچی دارد. خلق ممکن است بالا باشد که در آن صورت فرد دچار احساس سرخوشی یا مانیا است.

در حالت افسردگی فرد در قسمت اعظم روز احساس اندوه پوچی می نماید. دچار ناتوانی از لذت بردن است. دچار کاهش وزن و بی اشتها یا افزایش وزن و پراشتهایی است در ۷۵٪ بیماران بی خوابی و یا پر خوابی مشاهده میشود. فرد دچار خستگی مداوم و کاهش سطح انرژی، دچار عدم تمرکز یا عدم توانایی تمرکز است. در افسردگی شدید فرد بصورت مکرر به خودکشی فکر میکنند. و خطر خودکشی فرد را تهدید می کند. بیمار افسرده به وضع ظاهری خود بی توجه است. اگر فرد تنها دچار افسردگی باشد دچار اختلال یک قطبی است. اگر برای دوره ای افسرده و دوره ای مانیا باشد دچار اختلال خلقی دو قطبی است.

در دوره ای که فرد دچار مانیا است فرد دچار انبساط خاطر، افزایش فعالیت یا بیقراری فیزیکی، پرگوئی مفرط، حواس پرتی یا اشکال در تمرکز، کاهش نیاز به خواب، افزایش نیروی جنسی از بین رفتن مهارتهای اجتماعی، بی مبالایی جنسی، توجه بیش از حد به ظاهر خود، آرایش غلیظ و استفاده مفرط از زیورآلات، و لخرچی بی مهابا، رانندگی بابی احتیاطی است. در ۷۵٪ موارد دچار هذیان میشوند. هذیانها ممکن است در ارتباط با ثروت و قدرت فراوان باشد. بدلیل ناکامیها و سرخوردگیها متعدد دچار رفتارهای تهاجمی می گردد. افراد در ارتباط با اطلاعاتی که می دهند قابل اعتماد نمی باشد فردی که برای دوره ای دچار افسردگی و برای دوره ای دچار مانیا باشد دچار جنون ادواری است.

اختلال هذیانی:

اختلال هذیانی DELUSIONAL DISORDER بعنوان یک اختلال روانی تعریف می شود. که در آن علائم مسلط هذیان هاستند. اختلال هذیانی را سابقا اختلالات پارانوئیدی نیز میگفتند معهذ این اصطلاح ممکن است حاوی این اشتباه باشد که هذیان همیشه محتوی گزند و آسیب می باشد در حالی که همیشه این طور نیست و هذیان ممکن است محتوی بزرگ منشی، شهوانی، حسادت، باشد. سن متوسط بیماری حدود ۴۰ سالگی است. اما محدود سنی از ۱۸ تا ۹۰ سالگی گسترده است. این بیماران معمولا خوش لباس و آراسته بوده و علائمی از تجزیه شخصیت در فعالیت روز مره خود نشان نمی دهند معهذ ممکن است شکاک؛ خود محور و خصمانه بنظر برسند.

انواع اختلالات هذیانی :

نوع حسادت :

هذیان مربوط به بی وفائی یا خیانت همسر می باشد . مردها بیشتر از زنها مبتلا می شوند . این بیماری ممکن است باعث تغییر رفتار کلامی یا فیزیکی بیمار نسبت به همسر منجر شود وقتی به قتل همسر منتهی گردد . بیمار به رویارویی با همسر یا نامزد خود اقدام کرده مانند محدود ساختن همسر و عدم اجازه خروج به تنهایی از منزل یا تعقیب فرد فاسق خیالی اقدام می کند .

نوع گزند :

شایعترین اختلال هذیانی است فرد ممکن است تصور کند مورد توطئه ، جاسوسی تعقیب واقع شده ، مسموم یا دوا خور شده است – بعضی اوقات فکر می کند مورد بی عدالتی واقع شده مکررا به مراجع قانونی رجوع و اعلام شکایتهای مکرر می کند .

نوع جسمی :

بیمار اعتقاد و باور به یک بیماری دارد یا معتقد است بدن او بد شکل است یا قسمتی از بدن او بی ریخت است یا تصور می کند بوی بدن از پوست ، دهان او متصاعد می شود یا فکر می کند قسمتی از بدن او بد کار می کند .

اختلالات شخصیت:

صفت به معنای ویژگی پایدار می باشد شخصیت هر فرد مجموعه ای است از صفات شخصیتی بنابراین شخصیت عبارت است از مجموعه صفات هیجانی و روانی که مشخص کننده فرد در زندگی روزمره و شرایط بهنجار می باشد مثلا در جامعه با افرادی روبرو می شویم که زود جوش هستند ، با همه گرم میگیرند یا افرادی که بسیار جدی هستند و اهل شوخی و مزاح نیستند . اختلال شخصیتی حالتی است که در آن صفات شخصیتی ناسازگارانه و انعطاف ناپذیر هستند . برای مثال قناعت یک صفت مقبول و مطلوب است هم چنین وقت شناسی و دقیق بودن . اما وقتی این صفات به ابعاد بیمار گونه ، ناسازگارانه می رسند یک اختلال ایجاد می کنند . برای مثال قناعت اگر تبدیل به خسیس بودن شود یک اختلال محسوب می گردد. یعنی با دارا بودن پول و ثروت خرج نمی کند . دقیق بودن در شکل بیمار گونه تبدیل به جزئیات می شود . مثلا در نوشتن یک متن ، فرد وسواسی آنقدر دقت می کند که یا نوشته نمی شود یا وقتی نوشته شود دیگر مورد استفاده ندارد .

اختلال شخصیت ضد اجتماعی :

رفتار ناسازگارانه بدون در نظر گرفتن حقوق دیگران

معیارهای تشخیصی - سن موقع ۱۸ سالگی

الف - علائم قبل از ۱۵ سالگی (سه مورد باید وجود داشته باشد) - پرخاشگر و بی قرار بودن همراه با دعواهای مکرر - انجام مکرر اعمالی که منجر به دستگیری او شود مثل دزدی - آسیب به اموال عمومی - بی اعتنائی همراه با گستاخی نسبت به سلامت و امنیت خود - ناتوانی در برنامه ریزی و پروراندن نقشه ای در سر - دروغگویی های مکرر - حقه باز بودن علائم بعد از ۱۸ سالگی - نداشتن احساس پشیمانی نسبت به اعمال خلاف - بی احتیاطی نسبت به سلامت خود و دیگران مانند رانندگی در حالت مستی .

اختلال شخصیت خود شیفته یا نارسیتیک :

نارسیس نام شاهزاده یونانی است که دچار این عارضه بوده فردی که ناتوان در درک احساسات و عواطف دیگران بوده و خود را برتر پنداشته به گونه ای حتی تصور می نماید دوستان وی که با آنها معاشرت دارد نیز برتر و برجسته اند . این اختلال می تواند با انحرافات جنسی نیز همراه باشد

بچه بازی Pedophilia :

قربانیان این انحراف جنسی کودکان خردسال و متجاوزین اغلب پیرمردان و افرادی با ناتوانی جنسی می باشند که با ملامسه و مصاحبت کودکان ارضاء می نمایند . « تفخیز » افرادی از این دسته جوانانی بچه باز میباشند و قربانیان خود را برای دخول جنسی (اعم از پسران یا دختران) انتخاب می نمایند . اینگونه حوادث اغلب موجب صدمه بدنی آلت تناسلی مردانه، لیسیدن مقعد ، لیسیدن دستگاه تناسلی زنانه ، و یا دیدن منظره ادرار کردن و یا چشیدن و یا بو کردن ادرار یا مدفوع فرد مورد علاقه ارضاء جنسی میشوند . برداشتن ترشحات اطراف مقعد و روی آلت تناسلی مردانه پسران یا فرج دختران که مورد بچه بازی قرار میگیرند و بدست آوردن سرم آمیلاز موجود در بزاق میتواند وقوع بچه بازی را به اثبات برساند .

انحراف جنسی صنم پرستی Fetichisme :

این افراد به جای تماس جنسی طبیعی با جنس مخالف به یکی از اعضای بدن یا پوشیدنیهای او (جوراب، کفش ، شورت و غیره) دل می بندند و گاهی نیز از عیوب جسمانی مانند انحراف ستون فقرات یا لنگش پا لذت می برند. این افراد برای بدست آوردن شئی مورد علاقه خود از دزدی آن و حتی حمله به افراد برای کندن پوشش های مورد علاقه خود مانند جوراب، کفش، کمرست ، شورت و غیره ابائی ندارند و درین راه ممکن است طرف را شدیداً" مضروب و مجروح کنند . بسیاری از علما میل انحرافی آتش افروزی و دزدی را یک نوع صنم پرستی میدانند .

حیوانبازی Bestiality :

در این نوع از انحراف جنسی افراد منحرف با حیوانات تماس جنسی می گیرند نوع اتفاقی آن در شبانان و گله داران و مهتران مشاهده میگردد ولی نوع مرضی آن در افراد عیب مانده و فاقد شعور و ادراک محرومیت های جنسی دیده میشود ، بسیاری از این منحرفین دچار سادیسم نیز بوده و هنگام عمل جنسی حیوان را شکنجه کرده و می کشند .

انحراف مرده بازی Necrophillia :

تماس جنسی با اجساد است که بدو طریق انجام میشود :

الف : قتل افراد زنده و تماس جنسی پس از مرگ که مرده بازی سادیستی است .

ب: مرده بازی حقیقی یا مطلق : در این نوع از مرده بازی منحرفین اجساد مردگان را از گورستان ها یا سالن های تشریحی یا محلی که جسد در آن بودیعت سپرده شده ریوده و با آن عمل جنسی انجام می دهند . از يك مرده شوی ایتالیایی نام میبرند که با بیش از ۱۰۰ جسد زن مقاربت کرده بود . این مجرمین اغلب بیمار روانی هستند و دارای شخصیت های نا متعادل میباشند .

فعالیت بیش از حد و شدید جنسی :

در مردان و زنان که بعضی از علما آنها جنون مقاربت نیز نامیده اند که در حقیقت تمایل تسکین ناپذیر جنسی است که موجب اختلال در وضع شغلی و خانوادگی و اجتماعی میگردد . این منحرفین همه هم و غم خود را مصروف امور جنسی خود نموده و از ارتکاب به انواع انحرافات جنسی و هرزگی ابائی ندارند و انگیزه اصلی این انحراف بیشتر روانی بوده والا این افراد از نظر جسمانی و فیزیولوژیک طبیعی میباشند و بطور کلی برای جبران نا کامی هائی که فکر می کنند با آنها دست بگریبان بوده اند و یا برای سرگرمی و دوری از مشکلاتی که لاینحل مانده ، یا برای خودنمایی و ابراز کارآیی جنسی خود نه تنها از حد متعارف و متعادل اعمال مقاربتی خارج شده بلکه بطور سیر ناپذیری به آن می پردازند .

سادیسم یا انحراف دیگر آزاری Sadisme :

این انحراف از نام مارکی دوساداعیان فرانسوی که مقارن انقلاب کبیر فرانسه می زیست گرفته شده است . مارکی دو ساد بجرم ایراد ضرب و جرح و مرگ دو تن از قربانیان مورد تجاوز خود بارها زندانی شد و به اعدام محکوم گردید و در آخر روانه تیمارستان شد و آنجا در سن ۷۴ سالگی چراغ زندگی پر ماجرایش خاموش گشت . وی نویسنده چندین داستان از جمله « ضرر تقوی و برکت شرارت » میباشد که در آن صحنه سادیسی و شکنجه و آزار توام با لذت جنسی را وصف نموده است .

انواع سادیسم به قرار زیر است :

الف : سادیسم ذهنی - که شخص صحنه های سادیستی را تجسم می نماید ولی اقدام به آزار دیگران نمی نماید .

ب : سادیسم احساسی - که شخص از تحقیر و آزار روحی دیگران لذت می برد و از پایمال کردن شخصیت دیگران ارضاء می شود .

ج : سادیسم بدنی - که شخص به آزار دیگران می پردازد و از ضرب و جرح ساده تا قتل و سوزاندن افراد مورد نظر خود پیش می رود .

مازوخیسم یا انحراف آزار دوستی :

انحراف آزار دوستی از نام بارون فن ساخر مازوخ نویسنده اطریشی گرفته است که در سال ۱۸۹۵ در سن ۶۰ سالگی در گذشته است . وی اولین کسی است که در داستانهایش از زنان و مردان خواهان آزار و شکنجه نام برده و نوشته کسانی هستند که فقط از این را به اوج لذت جنسی می رسند . از رمانهای مشهور مازوخیستی او میتوان از « ونوس در پوستین » و « مسالینهای وین » نام برد .

مازوخیسم به سه دسته تقسیم می شود :

الف - مازوخیسم روانی : که منحرف از شنیدن کلمات رکیک و اهانت آور لذت میبرد و تمایل به آسیب بدنی و زجر و شکنجه ندارد .

ب- مازوخیسم احساسی : که بیمار از تجسم مناظر و صحنه مازوخیسمی لذت میبرد .

ج- مازوخیسم فیزیولوژیک یا واقعی یا بدنی : که در آنها درد مفهوم اصلی خود را از دست داده به صورت تحریک جنسی در مواقع بخصوص جلوه گر می شود . این افراد بوسیله حواس پنجگانه خود از صحنه های مورد نظر خویش لذت میبرند . برای مثال بوسیله حس لامسه خود (کتک خوردن تحت فشار قرار دادن اعضای بدن و حتی تکه پاره شدن) حس بویائی و چشائی (از بوئیدن یا لیسیدن اندامهای جنسی و بوئیدن و چشیدن ادرار و مدفوع شخص مورد نظر) حس بینائی و شنوائی از (شنیدن حرفهای اهانت آمیز و دیدن منظره کثیف) لذت می برند .

نکته جالب توجه اینست که این افراد دوست دارند تا مورد آزار قرار گیرند و الا خود اقدام به خود آزاری می نمایند و این خود آزاری ها گاهی بدان حد می رسد که بموجب مرگ می گردد و صحنه مرگ اغلب بصورتی است که منظره قتل فجیعی را جلوه گر می سازد

سادومازوخیسم :

این دسته از منحرفین جنسی در مقابل افراد قوی تسلیم شده و از اعمال خشونت آمیز جنسی آنان لذت مازوخیسمی برده و در برابر افراد ضعیف اعمال خشونت نموده و از زجر و شکنجه آنان لذت می برند و چون خود طعم آزار و توهین را چشیده اند به بدترین وضعی

قربانیان ضعیف یا خردسال خود را شکنجه کرده و حتی به قتل میرسانند . اغلب جنایتکاران قسی القلب از این دسته از منحرفین میباشند و اکثر دیکتاتورها نیز از این زمره اند .

انحراف هم جنس بازي :

نزد انسانها اعم از زن و مرد آثاري از جنس مخالف حتي پس از بلوغ بر جاي میماند و در حقیقت همه افراد بشر دارای عوامل جنسي مردی و زنی هر دو هستند و فقط در مردان کامل عامل نري و در زنان کامل عامل مادگی غالب است . در صورتیکه در فردی عوامل مزبور کافي نباشد بسته به میزان کمبود آن حالات مختلف جنسي بوجود می آید که بصورت انواع انحراف ممکن است تجلي نماید که در راس آن هم جنس بازي قرار دارد علاوه بر این مسئله توجه به نکات چهار گانه زیر نیز علاقه به هم جنس را ممکن است تسهیل نماید .

۱- دو جنسي بودن جنین - در سنين پايين جنيني غدد تناسلي بطور اساسي هم شکل است و با رشد جنين بسوي مردانگی یا زنانگی سیر میکند .
 ۲- دو جنسي بودن بافتي - که حتي پس از بلوغ کامل نیز آثاري از جنس مخالف از نظر نسجي بر جاي میماند .

۳- دو جنسي بودن رواني - که پسران و دختران تا بروز آثار بلوغ از نظر رواني تمایز جنسي ندارند .

۴- دو جنسي بودن هر مني - که حتي پس از بلوغ هر منهاي مردانه در زنان و زنانه در مردان موجود است . هم جنس بازي در مردان و زنان منحرف دیده میشود . بطور اتفاقي در اجتماع مردان بي زن مانند آسایشگاههاي پسرانه سربازخانه ها و یا زنان بي مرد مثل پانسیون هاي دخترانه ، به این عمل مبادرت می نمایند ولي براي بسياري از مردان و زنان اجتماع این اعمال عادت شده و فقط باین طریق است که واقعا ارضاء جنسي میشوند .

انحراف جنسي بصورت تمایل مرد به مرد (لواط) :

بدو صورت است ، لواط فاعلي که در آن مرد منحرف مایل به انجام عمل جنسي با مردان است و عمل لواط مفعولي ، که در آن مرد منحرف از دخول آلت تناسلي مردان بداخل مقعد خویش لذت می برد . که ممکن است يك برگشتگی جنسي مادر زادي باشد که قابل درمان است . اورانیست ها افراد مذکوري هستند که با خلق و خوي دخترانه بار آمده و شخصیت زنانه پیدا می کنند . این افراد هستند که با آرایش زنانه و پوشیدن البسه آنان راه بازگشتي به جنس حقيقي خود را باقي نگذاشته و دچار عارضه تمایل رواني انحرافي به تغییر جنسیت میگردند که در جاي خود آنرا مورد بحث قرار می دهیم . اگر اورانیست هاي مذکر به مرحله تغییر جنسیت ، نرسند ممکن است ضمن انجام لواط فاعلي یا مفعولي ، ازدواج اجباري نیز براي حفظ ظاهر و جلوگیری از طعن و ملامت دیگران بنمایند و حتي بچه دار هم بشوند ولي اینگونه افراد هنگام تماس جنسي با همسران خود ، دارای تصورات و تخیلات اعمال انحرافي

جنسی با مردان هستند و همین تصورات آنانرا ارضاء مینماید و عمل زناشوئی تاثیري در ایجاد مربوط به مسائل زناشوئی مورد بحث قرار خواهند گرفت.

ميل به تغيير جنسیت :

در این انحراف جنسی ميل شديد به تغيير جنسیت وجود دارد و شدت این تمایل به حدی است که در صورت عدم دست یافتن به آن از طریق جراحی های ترمیمی منجر به خود کشی می شود . این انحراف ریشه روانی دارد و در مواردی ریشه در دوران طفولیت فرد دارد

کودک آزاری

انسان در طول دوران کودکی یکی از آسیب پذیر ترین دوران عمر خود را می گذراند و به نظر می رسد با وجود پیشرفت های همه جانبه در علوم و تکنولوژی ، این روند همچنان ادامه دارد و همه روزه کودکان بسیاری در جهان بر اثر بیماریها و حوادث قابل پیشگیری جان خود را از دست می دهند و تعداد بی شماری نیز با مخاطراتی روبه رو می شوند که مانع حفظ سلامت و رشد آنها می گردد. فقر ، بیسوادی، جنگ ، انواع سوء استفاده ها ، تبعیض نژادی و نداشتن امنیت از جمله مواردی هستند که همواره کودکان را در سراسر جهان مورد تهدید جدی قرار داده اند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۹ ، حدود ۴۰ میلیون کودک ۰ تا ۴ ساله در سراسر جهان در معرض سوء رفتار و غفلت والدین و یا مراقبان خود هستند به نحوی که نیازمند استفاده از خدمات بهداشتی درمانی و اجتماعی بوده اند .

هر چند تاکنون بررسی جامع و گسترده ای در خصوص کودک آزاری در کشور ما صورت نگرفته اما در نتایج بررسی که در سال ۱۳۷۹ روی ۳۰۱۹ نفر از مراجعان به سه درمانگاه و مرکز اورژانس بیمارستانهای تخصصی کودکان شهر تهران انجام گرفت معاینه ی فیزیکی پزشکان از مراجعان نشان داد که ۱۲/۲ درصد آن ها در طول زندگی توسط والدین یا مراقبان خود مورد ضرب و جرح قرار گرفته اند و علائم آزار جسمی روی صورت، اندام فوقانی، پشت و اندام تحتانی آنها قابل مشاهده بوده است نتایج بررسی ها نشان داده اند در صورت عدم تشخیص سوء رفتار با کودکان توسط پزشکان ، امکان کشته شدن ۵ درصد کودکان آزار دیده متعاقب آسیب های جسمانی وجود دارد و ۲۵ درصد آنها نیز مجدداً "با شدت بیشتر مورد آزار قرار خواهند گرفت. لذا باید حساسیت در تشخیص زودرس سوء رفتار جسمانی با کودکان را توسط پزشکان فراهم آورد و از پیامدهای جسمی ، روانی ، اجتماعی و عاطفی این معضل در رشد و سلامت کودکان تا حد زیادی جلوگیری به عمل آورد.

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی به هر فرد کمتر از ۱۸ سال، کودک گفته می شود و به هر اقدامی که موجب به خطر انداختن و تهدید سلامت روحی ، جسمی و بهزیستی کودک و یا آسیب او شود، آزار گفته می شود. در مکاتب علمی غرب کودک آزاری را به چهار دسته جسمی، جنسی، عاطفی و سهل انگاری نسبت به کودک تقسیم می کنند.

آزار جسمی عملی است که طی آن کودک یک نوبت و یا به دفعات مورد ضرب و شتم و حمله ی فیزیکی قرار گیرد به طوری که منجر به آسیب بدنی نظیر ساییدگی؛ کبودی، شکستگی و در مواردی شدید پارگی احشاء، خونریزیهای مغزی و حتی مرگ شود.

آزار عاطفی بدترین فرم آزار است. این نوع آزار به دلیل پنهانی بودن و روند آهسته و تدریجی و عوارض مخربی که بر سلامت روانی کودک دارد، در حقیقت بدترین فرم آزار است. یکی از عوارض کوتاه و بلند مدت این آزار ناهنجاری های شخصیتی و افسردگی است. بی اعتمادی به جامعه؛ کاهش اعتماد به نفس؛ گوشه گیری؛ رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه؛ آزار حیوانات و همکلاسی ها و ناسازگاری در مدرسه؛ افت تحصیلی و بروز انواع بزه ها در بین این بچه ها بیشتر است. به کارگیری و دخیل کردن کودک در هر گونه رفتار جنسی، کودک آزاری جنسی است. ممکن است کودک در درون خانواده مورد سوءاستفاده ی افراد و بستگان قرار گیرد و حتی تا تجاوز کامل هم پیش رود. گاهی در بعد اجتماعی کودک آزاری در بیرون خانواده مساله ی گردشگری جنسی، فروش دختران، روسپیگری و غیره را نیز شامل می شود.

بی توجهی والدین نسبت به برآورده ساختن نیازهای اساسی و اولیه کودک جزء موضوع سهل انگاری به کودک محسوب می شود. برای مثال می توان از تامین نکردن خوراک، پوشاک، سرپناه، عدم علاقمندی، صحبت نکردن با کودک ترک و رها کردن و به حال خود و وا گذاشتن او در معرض انواع خطرات اجتماعی، سهل انگاری نسبت به کودک تلقی می شود. کودکان آینده سازان کشور هستند، وقتی کودکی در محیطی پر تنش زندگی می کند نه تنها به رشد و بالندگی دست نمی یابد بلکه بروز صدمات جسمی و آسیب های روحی و عاطفی، کودک را دچار مشکلات عدیده در تطابق با جامعه خواهد ساخت.

عامل مهم دیگر، مساله ی ایجاد چرخه خشونت است؛ یعنی مطالعات آماری نشان می دهد که بسیاری از کودکانی که آزار دیده اند در آینده خود اقدام به آزار کودکانشان می کنند. به عبارت دیگر بسیاری از والدین آزار رسان در دوران کودکی خود تجربه آزار داشته اند، کودک آزاری یک مشکل اجتماعی، فرهنگی و پزشکی است که در تمام گروه های اجتماعی دیده می شود و مختص یک گروه خاص جامعه نیست، یعنی ممکن است والدین با تحصیلات بالا هم اقدام به آزار کودک خود کنند. آنچه مسلم است بروز این پدیده در خانواده های فقیر و پر جمعیت دچار انحطاط اخلاقی و کم سواد بیشتر است.

والدین با اعتیاد به مواد مخدر و الکل، ایجاد تنش های خانوادگی، اختلافات شدید بین زوجین، اعتقاد راسخ والدین مبنی بر مؤثر بودن تنبیه بدنی به عنوان یک روش تربیتی، ممکن است یکی از عوامل کودک آزاری باشند.

تک والدی بودن، ازدواجهای زود رس، نداشتن برنامه ی بارداری، خانواده های طرد شده و فاقد پایگاه اجتماعی از دیگر موارد علل کودک آزاری می باشد. پرخاشگری کودک، بدخلقی،

نا آرامی و بیش فعال بودن ، عقب ماندگی ذهنی و کودک را مستعدآزار می کنند. روان شناسان معتقدند که کودک آزاری نشانه بیماری روانی نهفته والدین است.

تجاوزات جنسی در زنان باکره

منظور از بحث درباره تجاوزات جنسی آن نیست که افراد مسئول یا مقامات قضایی وانتظامی طرزتشخیص ازاله بکارت را بیاموزند - بلکه هدف آنستکه با آگاهی کامل از این دسته از تبهکاریهای اجتماعی، برای جلوگیری از اشاعه فساد آمادگی لازم را داشته باشند و راه فرار بر اینگونه متخلفین را ببندند . برای مثال تاریخ وقوع ازاله بکارت قدیم بودن یا جدید بودن آن، برای اثبات گناه يك مجرم اهمیت حیاتی داردودر برخورد با این جرائم، مقامات رسیدگی کننده به پرونده باید هر چه زودتر نظر پزشکی قانونی را کسب نمایند و اگر ابتدا بخواهند به دستگیری مجرم پرداخته و پس از اثبات جرم نظر پزشک را تحصیل کنند . ممکن است به علت گذشت زمان و التیام آسیب های وارده ، تعیین تاریخ وقوع جرم ممکن نگردد و مجرم خود را بری از جرم قلمداد کند.

پرده بکارت

در ابتدای مجرای تناسلی زنانه ، پرده ای مخاطی در ابتدای مجرا قرار دارد و معمولا در ۲/۵ الی ۴ سانتیمتری دهانه مهبل واقع است که بر حسب نوع سوراخ وسط آن به اشکال مختلفی تقسیم می شود:

۱- پرده بکارت مثلثی شکل : سوراخ وسط پرده مثلث شکل بوده و حدود ۵۰ الی ۶۰ درصد دختران دارای این نوع پرده بکارت می باشند . این گونه پرده هنگام زفاف دچار پارگی و خونریزی شده و ازاله بکارت در آنها به خوبی قابل تشخیص است .

۲- پرده بکارت نوع حلقوی:سوراخ پرده بکارت در این نوع بسیار وسیع بوده و بصورت يك حلقه خود نمایی می کند . این قبیل پرده ها قابلیت اتساع داشته (بدین معنی هنگام زفاف آلت از سوراخ اتساع یافته عبور میکند وبا وجود دخول پرده ظاهرا سالم ودست نخورده باقی می ماند .

در صورت دقت در هنگام معاینه در لبه آزاد پرده امکان مشاهده خون مردگی وسائیدگی خفیف وجود دارد.

۳- پرده بکارت هلالی :در این حالت پرده بکارت بصورت هلال در نیمه تحتانی مدخل دستگاه تناسلی واقع است گاهی نیز ممکن است پرده هلالی در نیمه راست یا چپ دهانه دستگاه تناسلی واقع شده در این پرده ها نیز امکان دارد دخول بدون خونریزی یا آثار دیگری مانند پارگی یا سائیدگی یا خونمردگی صورت پذیرد .

۴- پرده بدون منفذ :در بعضی از دختران پرده بکارت فاقد سوراخ میانی است وآن را پرده بدون سوراخ می نامند در این مورد، فرد پس از بلوغ و تجمع خونهای قاعدگی در مجرای

تناسلی و درد و عوارض ناشی از آن به پزشک مراجعه و پس از معاینه و تشخیص ، بعلت لزوم عمل جراحی به مراجع قضایی ارجاع داده میشود .

۵- پرده پل دار: سوراخ پرده بکارت بوسیله نواری از جنس خود به دو قسمت تقسیم می شود و معمولا تا این نوار پاره نشود دخول ممکن نیست ولی گاهی یکی از سوراخ ها قدری وسیع است که مانند پردهای حلقوی و قابل اتساع دخول از آن صورت میگیرد بدون آنکه به پرده فوق آسیبی وارد شود .

۶- نوع زیانه دار: زیانه در حقیقت پل نا کامل است که از یک طرف پرده شروع ولی پس از طی قسمتی رشد آن متوقف و به طرف مقابل نمی رسد .

۷- پرده بکارت دندان دار : از نظر شکل شبیه پرده های مثلثی و حلقوی می باشد ولی دارای دندان های متعددی هستند که فرو رفتگی بین دندان ها امکان دارد با پارگی ناکامل پرده اشتباه شود عدم وجود پرده بکارت بصورت طبیعی در موارد بسیار نادری ممکن است از بدو تولد پرده تشکیل نشده باشد یا بسیار باریک و بصورت یک چین مخاطی جلوه گر شود و یا در لابلاي چین مخاطی مخفی باشد.

ازاله بکارت

سائیدگی ، خراشیدگی ، پارگی پرده بکارت را که با تورم و خون مردگی و جاری شدن خون توام است ازاله بکارت می نامند. باید توجه داشت که خونریزی شرط ازاله بکارت نیست و چه بسا دوشیزگانی که بعلت خونریزی ناچیز که با ترشحات جنسی توام شده است عملا خونریزی نشان نمی دهند.

تاریخ ازاله بکارت نحوه التیام

نحوه التیام آسیب های ناشی از ازاله بکارت همانند جراحات سطحی پوستی است و معمولا در طی ده الي ۱۴ روز التیام خواهند یافت ، بنابراین اگر در طی مدت فوق مورد معاینه قرار گیرد، تعیین تاریخ دقیق ازاله بکارت مقدور خواهدو از دو هفته تا یک ماه پس از ازاله، با تقریب میتوان تاریخ وقوع را مشخص کردو اگر از یک ماه بگذرد ، تعیین تاریخ مقدور نبوده و زمانی که در گواهی پزشکی قانونی ذکر شود بیش از یک ماه از ازاله بکارت می گذرد ، نشانه آن است که بعلت التیام کامل پرده ازاله شده تعیین تاریخ مقدور نیست و ممکن است بیش از یک ماه تا چندین سال از پارگی پرده گذشته باشد. در دختران خردسال معمولا دخول جنسی با پارگی های مجرای تناسلی و خونریزیهای شدید همراه بوده وگاهی شدت عوارض ممکن است موجب مرگ آنان شود یکی از عوارض تجاوز جنسی در دوشیزگان و بانوان حتی اگر تماس سطحی باشد و بدون ازاله بکارت باشد ، حاملگی است بنابراین همیشه باید وقوع حاملگی را در نظر داشت .

ازاله بکارت در صورت حوادث یا سقوط :

با توجه به آنکه پرده بکارت در داخل مجرای تناسلی قرار دارد پارگی آن جز با پارگی عناصر دیگر تشکیل دهنده مجرای تناسلی مقدور نبوده و در این مورد پرده بکارت تنها پس از آسیب رساندن به مجرای تناسلی، پاره می شود و پارگی انحصاری آن مقدور نمی باشد و توسط به مواردی نظیر سقوط یا ورزش یا رقص قابل قبول نبوده مگر آنکه همراه آسیب ناحیه نشیمنگاه یا میان دو راه یا دستگاه تناسلی باشد.

تشخیص تجاوز جنسی در زنان غیره باکره :

در زنان غیره باکره یا شوهر دار، بعلت عدم وجود آثار تشریحی، مانند خراشیدگی، پارگی سائیدگی، تشخیص تجاوز جنسی بسیار مشکل است و باید با کمک گرفتن از آزمایشگاه ونیز جستجوی بقایای تجاوز جنسی مانند موی ناحیه زهار مرد متجاوز در اندام تناسلی زن به اثبات جرم پرداخت آزمایش ترشحات دستگاه تناسلی به چند صورت انجام میشود :

۱- بررسی وجود اسپرم با استفاده از میکروسکوپ که در صورت وجود اسپرم وجود رابطه جنسی قطعی است. در مواردی ممکن است مرد فاقد اسپرم باشد و با وجود مقاربت و تجاوز در ترشحات اسپرم مشاهده نمی گردد .

۲- آزمایش اسید فسفاتاز - اسید فسفاتازاز ترشحات پروستات است. این آزمایش گاهی بصورت کاذب منفی یا مثبت میگردد، بدین معنی که گاهی بدون وقوع تجاوز جنسی یا مقاربت، آزمایش مثبت است و گاهی نیز علیرغم وقوع تجاوز و ریختن ترشحات مرد، آزمایش منفی است، لذا این آزمایش فقط می تواند بصورت یک شاهد بکار رود و دلیل قطعی برای اثبات یا رد تجاوز نمی باشد .

۳- بررسی آنتی ژن HLA-P30 که در ترشحات مرد وجود دارد که حدود ۹۶ درصد دقت دارد. در هنگام بررسی وقوع تجاوز جنسی، بررسی آثار ضرب و جرح بر روی بدن قربانی ضروری است و باید علاوه بر بررسی نواحی دهان و بینی و صورت و سینه ها و کشاله رانها به آثار احتمالی در سایر نقاط نیز توجه کرد یکی از نکات مهم در وقوع تجاوزات جنسی توجه به وضعیت روحی - روانی قربانی تجاوز و در نظر داشتن احتمال خودکشی آگاهی دادن لازم به والدین و بستگان قربانی است .

سم شناسی

بررسی بیماریهای مقاربتی، بررسی حاملگی و ... مورد نیاز خواهد بود در بررسی بیماریهای آمیزشی علاوه بر دستگاه تناسلی در هنگام معاینه پرده بکارت محیط پرده بصورت یک ساعت فرض کرده و محل پارگی بر حسب ساعتی که پاره شده باشد تعیین می کنند. مثلاً ذکر میکنند در ساعت ۶ دارای پارگی است. درازاله بکارت معمولاً پارگی

وخراشیدگی خون مردگی از ناحیه ساعت ۳ تا ساعت ۹ پرده قرارداد یعنی در نیمه دایره تحتانی پرده بکارت که نسبتاً مقاوم است آسیب ایجاد می شود.

Desoxy nucleic Acid

آزمایش DNA

DNA مولکول دو رشته ای است که تشکیل دهنده ماده وراثتی سلول زنده می باشد .
توالی اسیدهای نوکلئیک باعث ایجاد صفات گوناگون در افراد می گردد . این توالی برای هر فردی اختصاصی و انحصاری مانند اثر انگشت می باشد . این ویژگی باعث می شود که بررسی DNA روشی بسیار اختصاصی و کاملاً مطمئن در تعیین هویت در کارهای تحقیقاتی - باستان شناسی - جنایی و ردابوت استفاده می شود .
در بررسی رابطه ابوت در گذشته و تا حدی در حال حاضر از تعیین گروه های خونی و نیز آزمایش HLA استفاده می گردد .

گروه های خونی به دو گروه خونی اصلی و فرعی تقسیم می گردند . گروه های خونی اصلی شامل A - B - O - AB می باشد گروه های خونی فرعی بسیار متنوع بوده که معروفترین آنها RH بوده که بصورت مثبت و منفی بیان می شود .

در این مثال رابطه ابوت رو می شود . کاربرد تعیین پدر فرضی

AO * OB

AA فرزند فرضی

گروه های خونی در تعیین رابطه ابوت در هنگامیکه تجانس وجود نداشته باشد با اطمینان توأم است اما در مواردی که رابطه تجانس وجود نداشته باشد نمی توان با اطمینان از وجود یا عدم رابطه ابوت صحبت نمود . آزمایش HHA یا بررسی رابطه آنتی ژنی نیز تنها در صورت عدم وجود تجانس کاربرد دارد و در صورت وجود تجانس با اطمینان نمی توان صحبت نمود .