

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از
سوء استفاده جنسی از کودک
در سامانه مراقبت های بهداشتی اولیه ایران





سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	عاطف‌وحید، محمدکاظم، ۱۳۳۱ - برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوءاستفاده جنسی از کودک در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران/تالیف محمدکاظم عاطف‌وحید، محبوبه دادفر؛ [به سفارش] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان انستیتو روانپزشکی تهران، بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء(ص).
مشخصات نشر مشخصات ظاهری	تهران: میرماه، ۱۳۹۴. ۱۲۰ص.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۱۵-۷: ریال ۱۵۵۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیبیا : ص. ع. به انگلیسی: Mohammad Kazem Atef Vahid, Mahboubeh Dadfar. Proposed program of integration prevention of child ...
یادداشت	: کتابنامه: ص. [۹۹-۱۱۹].
موضوع	: کودکان - سوءاستفاده جنسی - پیشگیری
موضوع	: کودکان - ایران - سوءاستفاده جنسی - پیشگیری
موضوع	: حقوق کودک
موضوع	: حقوق کودک - ایران
شناسه افزوده	: دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۴ ب ۴ع ۲۶/ HV۶۵۷۰
رده بندی دیویی	: ۳۶۲/۷۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۹۷۴۸۹۴

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از
سوء استفاده جنسی از کودک
در سامانه مراقبت های بهداشتی اولیه ایران

تألیف:

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

روانشناس بالینی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان



میراث

۱۳۹۴ شمسی



برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از
سوء استفاده جنسی از کودک
در سامانه مراقبت های بهداشتی اولیه ایران



تألیف: دکتر محمد کاظم عاطف وحید، محبوبه دادفر

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۱۵۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۱۵-۷

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تیریش، دزاشیب، خیابان شهید رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

مطابق ماده اول پیمان نامه حقوق کودک، منظور از کودک، هر انسان دارای کمتر از ۱۸ سال سن است. در قوانین شرع مقدس اسلام، پایان کودکی نزد دختر ۹ سالگی و در پسر ۱۵ سال تمام قمری است. طبق ماده ۱۹ پیمان نامه حقوق کودک، دولت‌های عضو پیمان نامه ملزم هستند همه اقدامات قانونی، اداری، اجتماعی و آموزشی لازم را به عمل آورند تا از کودک در برابر همه اشکال خشونت جسمی و یا روانی، صدمه یا سوء استفاده، بی توجهی یا سهل انگاری، بدرفتاری یا بهره کشی توسط والدین یا سرپرست قانونی یا هر شخص دیگری که عهده دار مراقبت از کودک است محافظت کنند (قانون مدنی ماده ۱۲۱۰، آقا بیگلویی و همکاران، ۱۳۸۰).

کودک آزاری (به طور عام) و آزار جنسی کودکان (به طور خاص)، واقعیت‌های فراگیری در جهان معاصر هستند و در خاورمیانه و ایران هم به طرز موحشی جریان دارند. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) در راستای بهداشت روانی کودکان اهداف زیادی دارد که برخی از آنها عبارتند از کاهش تعداد موارد بیماری‌های روانی کودکان، کاهش مشکلات اساسی در کودکان، کاهش تعداد موارد خشونت فیزیکی، غفلت و بدرفتاری جنسی نسبت به کودکان (کودک آزاری جنسی) و مدیریت این مشکلات.

کودک آزاری برای اولین بار در سال ۱۹۴۶ توسط کافی - رادیولوژیست آمریکایی - مطرح شد. وی شش مورد کودک مبتلا به خونریزی مزمن زیر سخت شامه را گزارش نمود که در همه آنها شکستگی‌های متعدد استخوان‌های دراز وجود داشت. در شرح حال این کودکان، سابقه ضربه به استخوان‌های دراز وجود نداشت و هیچگونه شواهد بالینی و رادیولوژیک دال بر بیماری اسکلتی موضعی و یا عمومی که باعث شکستگی‌های پاتولوژیک استخوان شوند یافت نمی‌شد. کافی معتقد بود که شکستگی‌های استخوان دراز ریشه تروماتیک دارند ولی مکانیسم ایجاد آنها نامعلوم بود. از آن زمان، کودک آزاری جسمانی به نام «سندرم کافی» یا «سندرم کودک کتک خورده» شناخته می‌شود.

واداشتن کودکان به اعمال جنسی (child grooming) عبارت است از اقداماتی آگاهانه با هدف دوستی و ایجاد یک ارتباط عاطفی با کودک به قصد کاهش مقاومت کودک در برابر سوء استفاده جنسی.

آلبرز (۱۹۹۴) کودک آزاری جنسی را این گونه تعریف کرده است: تماس یا تعامل بین کودک و فرد بزرگسال، هنگامی که از کودک برای تحریک جنسی شخص مرتکب (perpetrator) یا فرد دیگری استفاده شود. کودک آزاری جنسی دامنه وسیعی را در برمی گیرد که مواردی مثل نمایش آلت تناسلی فرد بزرگسال به کودک، مجبور کردن کودک به نشان دادن آلت تناسلی خویش به فرد بزرگسال، وادار ساختن کودک به روسپی گری یا استفاده از کودک در حوزه هرزه نگاری جنسی اینترنتی یا پورنوگرافی (pornography) را نیز شامل می شود (واکر، بونر و کافمن، ۱۹۸۸).

سؤالات بسیاری که در مورد سوء استفاده جنسی از کودک مطرح شده اند، هنوز پاسخ های مناسبی را دریافت نکرده اند. چرا و چگونه سوء استفاده جنسی از کودک رخ می دهد و بنابراین چطور ممکن است از آن پیشگیری نمود؟ آیا کودکان می توانند از خودشان در برابر سوء استفاده جنسی محافظت کنند، و در این رابطه جامعه، مدارس و والدین چه نقشی را باید ایفا کنند؟ کشورهای توسعه یافته سیستم های جمع آوری داده های پیچیده ای دارند که آنچه که بنظر می رسد بروز در حال افزایش سوء استفاده و برنامه های پیشگیری را در برگیرد، در دهه های اخیر گسترش داده اند. با این حال بسیاری از کشورها دریافته اند که گزارش ها افزون بر ظرفیت خدمات اجتماعی برای مداخله با یک مورد، موارد بسیار شدید یا افرادی با بالاترین احتمال تکرار یا سوء استفاده مداوم هستند. تعداد زیادی از کودکان هر سال توسط افرادی که به تنهایی اقدام می کنند یا در شبکه ها و از طریق افرادی که توسط نهادها و موسسات حمایت می شوند، مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند (هاوکینز، ۲۰۱۲، انجمن روانشناسی استرالیا، ۲۰۱۳). مدل چهار مرحله ای فینکلهور (۱۹۸۴) برخی از ساختارهای پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک را ارائه داده است. از راهکارهای پیشگیری سوء استفاده جنسی از کودک برنامه های محافظت از کودک مدرسه محور و رویکردهای پیشگیرانه مدرسه محور شامل برنامه رفتارهای حفاظتی (protective behaviours program) در کشور استرالیا و مدل از خودمان مراقبت کنیم (KOSM) (Keeping Ourselves Safe Model) در مدارس نیوزیلند و با حمایت پلیس نیوزیلند و همچنین رویکردهای پیشگیری متمرکز بر والدین هستند (بریگز و هاوکینز، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷، باباتسیکوس، ۲۰۱۰، ۲۰۱۱).

ورتادو، کاتز، سیرو، گاتفراند و نوسیکی (۲۰۱۴) یک روش جایگزین را برای اطلاع رسانی پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک برای کودکان مدارس ابتدایی کشور السالوادور در امریکای جنوبی مطرح نمودند.

خدمات پیشگیری از تجاوز و سوء استفاده جنسی مرکز ماناواتو & The Manawatu Rape Sexual Abuse Centre (MRSAC) در نیوزیلند شامل رفتن به مدارس متوسطه در ماناواتو و صحبت کردن با دانش آموزان درباره تاریخ تجاوز به عنف و نحوه پیشگیری از آن اتفاق برای آنها می‌باشد. همچنین در پنج سال گذشته، MRSAC یک برنامه دادگاه تاییدی کودکان court-approved children's program که شامل ارزش قائل شدن برای خودمان، فعالیت‌های جوانان، گروه و آموزش VOYAGE (Valuing Ourselves, Youth Activities, Group, Education) می‌باشد را اجرا کرده است که در آن برنامه از خانواده‌هایی که شاهد نوعی سوء استفاده و آزار جنسی بوده‌اند یا آن را تجربه کرده‌اند، حمایت می‌کند.

سوء استفاده جنسی از کودک یک مشکل بهداشت جهانی است که در کشورهای دارای منابع محدود باید به آن پرداخته شود. شواهد در تمامی جهان و مخصوصاً در ایران نشان‌دهنده رشد روزافزون کودک آزاری و به طور خاص کودک آزاری جنسی است (کامل عباسی و آقا محمدیان شعریاف، ۱۳۸۹). در چند سال اخیر تاکید فزاینده‌ای بر سیاست عدم تمرکز ارائه خدمات بهداشت روانی و ادغام آن در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) در بسیاری از کشورها صورت گرفته است. در ایران پس از شهرضا و شهرکرد، سومین نمونه ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شهرستان هشتگرد واقع در منطقه ساوجبلاغ استان تهران به اجرا درآمد و عملیات اجرایی آن از فروردین ۱۳۷۰ تا پایان بهمن ۱۳۷۱ طول کشید. یافته‌های پژوهش انجام شده در هشتگرد نشان داد که از انتقال بیش از ۲۷۱ بیمار روانپزشکی که ۱۵۴ مورد ارجاعی از سوی بهورزان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و بقیه مربوط به شهر هشتگرد و حومه بودند، به مرکز استان جلوگیری به عمل آمد و میزان بیماریابی ۴/۴۵ در هزار بوده است. در هر هزار نفر جمعیت ۰/۵۸ مورد بیماری روانی شدید، ۱/۳۸ مورد بیماری روانی خفیف، ۰/۵۸ مورد صرع، ۱/۱۶ مورد عقب ماندگی ذهنی و ۰/۷۵ مورد سایر اختلال‌ها گزارش شد. از ۲۷۱ بیمار شناسایی شده ۳۵ مورد مبتلا به بیماری‌های شدید روانی، ۸۵ مورد مبتلا به بیماری‌های خفیف روانی، ۳۶ مورد مبتلا به صرع، ۷۰ مورد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی و ۴۵ مورد مبتلا به سایر اختلال‌ها بودند (بواله‌ری و محیط، ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴).

از زمان پذیرش رسمی «بهداشت روان» به عنوان یکی از اجزای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران در سال ۱۳۶۷ و ارائه خدمات آن در نظام شبکه‌ای، پژوهش‌های زیادی ابعاد گوناگون آن

را مورد بررسی قرار داده‌اند (حسن زاده، ۱۳۷۱، شاه محمدی، ۱۳۷۲، شاه محمدی و ملک افضلی، ۳۷۲، بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴ و ۱۳۷۳، قاضی زاده، ۱۳۷۵، بوالهروی، بینا، احسان منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۶، بوالهروی، بینا و باقری یزدی، ۱۳۷۶، محیط، شاه محمدی و بوالهروی، ۱۳۷۶، رئیسی، شاه محمدی و قاضی زاده، ۱۳۷۶، فرج پور، ۱۳۷۷، محمدی، ۱۳۷۷، شیرازی زمانی، ۱۳۷۷، عبهری، ۱۳۷۷، اسداللهی، خدادادی و جاوید مقدم، ۱۳۷۸، باقری یزدی، ملک افضلی، شاه محمدی، تقوی و حکمت، ۱۳۷۸، رئیسی و کبریایی، ۱۳۷۹، دواساز ایرانی و اخلاصی، ۱۳۷۹، باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۰، جهانبانی، ۱۳۸۰، شاه محمدی، ۱۳۸۱، محیط، ۱۳۸۱، عاطف وحید، ۱۳۸۳، دواساز ایرانی، ۱۳۸۳، طیری، اصغرنژاد فرید، بوالهروی و قاضی زاده، ۱۳۸۵، شمس و فتاحی، ۱۳۸۹، بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۰) که نتایج امید بخشی به دنبال داشته است و اهمیت این روش را در گسترش ارائه خدمات بهداشت روانی نشان داده است.

در راستای شیوع کودک آزاری در کشور، به نظر می‌رسد که در ایران نیز آموزش افراد حرفه‌ای دست‌اندرکار مسائل بهداشت روانی در زمینه سوءاستفاده جنسی از کودک ضروری است (دادفر، بوالهروی و دادفر، ۲۰۱۲). کتاب حاضر برنامه کشوری ادغام پیشگیری از سوءاستفاده جنسی از کودک در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران را طراحی و پیشنهاد نموده است. امید بر این است که با اجرایی ساختن این طرح در کشور، روانشناسان و روانپزشکان ایران توانایی کمک به ایجاد و توسعه برنامه‌های پیشگیرانه را پیدا کنند و بتوانند رویکردهای پیشگیرانه کودک محور، خانواده محور و جامعه‌نگر برای پیشگیری از سوءاستفاده جنسی از کودک را با یکدیگر ادغام نموده و در نتیجه شیوع و بروز این مشکل بهداشت روانی را کاهش دهند.

مؤلفین

۱۳۹۴ شمسی

فهرست

تعریف.....	۱۳
انواع سوءاستفاده جنسی.....	۱۶
زنای با محارم.....	۱۶
بچه‌بازی.....	۱۶
آزار و تزویر.....	۱۶
هرزه‌نگاری جنسی اینترنتی (پورنوگرافی).....	۱۷
فاحشه‌گری.....	۱۷
تجاوز به عنف.....	۱۷
تأثیرات سوءاستفاده جنسی بر روی کودکان.....	۱۷
عوامل موثر در تشدید واکنش به سوءاستفاده جنسی از کودکان.....	۲۶
وضعیت موجود.....	۲۸
میزان شیوع و بروز.....	۳۵
مرکز پیشگیری از کودک‌آزاری جنسی در ایران.....	۴۳
طرح ادغام پیشگیری از کودک‌آزاری جنسی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه.....	۴۵
ارزیابی وضعیت موجود.....	۴۵
اهداف.....	۴۶
اهداف درازمدت.....	۴۶
اهداف میان مدت.....	۴۷
اهداف کوتاه مدت.....	۴۷
راهبردها برای پیشگیری از سوءاستفاده جنسی از کودک.....	۴۸
پیشگیری.....	۴۹
مداخلات پیشگیرانه در سطح اجتماعی.....	۴۹
مداخلات پیشگیرانه در سطح خانواده.....	۵۰
مدل چهار مرحله‌ای فینکلهور در مورد اینکه سوءاستفاده جنسی چگونه اتفاق می‌افتد.....	۵۴
رویکردهای پیشگیرانه مدرسه محور.....	۵۴
ارزیابی برنامه‌های پیشگیران مدرسه محور.....	۵۵
رویکردهای پیشگیری متمرکز بر والدین.....	۵۷
راهبرد ادغام.....	۵۹
راهبردهای اداری.....	۶۰
سیاست‌ها.....	۶۰
راهبردهای اجرایی.....	۶۴

۶۵	راهبردهای آموزشی.....
۷۵	نکاتی برای مقابله با سو استفاده جنسی به کودکان.....
۷۸	پاسخها برای سنین ۲-۶ سال.....
۷۹	پاسخها برای سنین ۶-۸ سال.....
۷۹	پاسخها برای سنین ۸-۱۱ سال.....
۸۸	راهبردهای درمانی.....
۹۳	راهبردهای پژوهشی.....
۹۴	فعالیت ها.....
۹۴	۱- سطح اول.....
۹۵	۲- سطح دوم.....
۹۵	۳- سطح سوم.....
۹۶	ارزشیابی.....
۹۷	بودجه.....
۹۸	اجرای طرح در یکی از مراکز به صورت مطالعه مقدماتی.....
۹۹	منابع.....

تعریف

بدرفتاری با کودک به قدمت تاریخ انسان است و به صورت بی توجهی جسمانی، بی توجهی عاطفی، بدرفتاری جسمانی، بدرفتاری روانی و بدرفتاری جنسی (اظهارات، نوازش و آمیزش جنسی و سایر شکل های بهره کشی) اعمال می شود. گر چه همه کارشناسان تایید می کنند که این پنج نوع بدرفتاری وجود دارد، اما آنها از این نظر که چقدر شدید و مکرر باید باشد تا بدرفتاری نامیده شوند، با یکدیگر تفاوت دارند، به ویژه در مواردی که یک بزرگسال کودک را لمس کرده یا اظهارات تحقیرآمیز کرده است، تصمیم گیری دشوار می شود. برخی از پژوهشگران، بدرفتاری روانی و جنسی را مخرب ترین نوع بدرفتاری ها می دانند.

طبق چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مسایل مربوط به سوءرفتار و مسامحه را طبقاتی توصیف می کند که متخصصین باید برای تمرکز بر "مورد سوءرفتار واقع شدن یک فرد توسط فردی دیگر، از طریق سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی یا مسامحه در مورد کودک" مورد استفاده قرار دهند. چون مسایل مربوط به سوءرفتار و مسامحه کسانی را در بر می گیرد که معمولاً متخصصین بهداشت آنها را مشاهده می کنند، این طبقات باید بر حسب اینکه فرد تحت درمان، قربانی یا عضو خانوادگی است، کدبندی شوند.

یکی از طبقات خاص توصیف شده در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، سوء رفتار جنسی با کودک است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

طبق چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی سوء رفتار جنسی با کودک عبارت است از استفاده از کودک به عنوان وسیله‌ای جهت ارضای جنسی یک فرد بزرگسال. سوء رفتار جنسی با کودک دارای دامنه وسیعی از نظر شدت است که از نوازش ملایم به منظور لذت جنسی تا تجاوز با اعمال زور و خشونت گسترده است (همان منبع). در سوء رفتار جنسی با کودک، سن کودک از دوران نوزادی تا ۱۸ سالگی متفاوت است (لوئیس، ۱۹۹۶). سوء رفتار جنسی با کودک از نظر نحوه اعمال و میزان فراوانی متفاوت است. سوء رفتار جنسی با کودک می‌تواند فقط مشاهده یک عمل جنسی یا آلت تناسلی باشد تا ایجاد ارتباط جنسی با خود کودک و همچنین ممکن است فقط یک بار اتفاق بیفتد یا اینکه مکرراً این امر روی دهد (کار، ۱۹۹۹).

منظور از کودک آزاری طبق تعاریف علمی، تمام موارد خشونت نسبت به کودکان شامل سوء استفاده جنسی در منزل و خارج از خانه، تنبیه جسمی و تحقیر کننده در منزل و مدرسه و محیط کار، محدودیت‌های فیزیکی برای کودکان در منزل، خشونت پلیس، سوء رفتار و غفلت از جانب نهادها و گروه‌های خیابانی یعنی در مکانهایی که کودکان کار و زندگی می‌کنند و نهایتاً قتل‌های ناموسی می‌گردد (پایگاه جامع اطلاعات پزشکی ایران سلامت، ۲۰۱۰).

موضوع سوء استفاده جنسی کودکان توسط بزرگسالان در طول تاریخ بشر همواره مطرح بوده است. در این بین ارزشها و هنجارهای اجتماعی، نقش تعیین کننده‌ای در پذیرفتن یا نپذیرفتن این پدیده داشته‌اند. سوء استفاده جنسی از کودکان، ظالمانه‌ترین و اهانت آمیزترین تجربه برای کودکان است. بد رفتاری جنسی با کودک قداست کودکی را باطل می‌کند. قربانیان کم سال بد رفتاری جنسی، وابسته تمام عیار به متجاوزان خود هستند؛ نه جایی برای پناه دارند و نه کسی را که به او رجوع کنند. در سال‌های اخیر با توجه به یافته‌های بالینی، ویژگی‌های رفتاری روانی قربانیان سوء استفاده جنسی مورد بررسی قرار گرفته است. تا جایی که این مسأله را اساس بسیاری از مشکلات جدی شخصیتی و روانی دانسته‌اند (ابراهیمی قوام،

۱۳۷۶). بدرفتاری جنسی با کودک به صورت هر گونه تماس جنسی ناخواسته فرد بالغ با کودک تعریف شده است. بر اساس تعریف مندرج در قانون ممانعت از آزار و بدرفتاری با کودکان، بدرفتاری جنسی، عبارت است از:

۱- به کارگیری، استفاده، اغوا، تشویق، واداشتن کودک به درگیر شدن با هر گونه رفتار روشن جنسی یا نمایش این گونه رفتار.

۲- تجاوز، تماس جنسی، فحشا یا هر گونه بهره‌برداری دیگر جنسی از کودکان (رحیمی موقر، ۱۳۷۶).

مرکز ملی سوء استفاده و غفلت، سوء استفاده جنسی را چنین تعریف می‌کند: «تماس‌ها یا مقاربت‌های جنسی بین کودک و بزرگسال، در شرایطی که کودک به منظور تحریک جنسی آن فرد یا شخص دیگر مورد سوء استفاده قرار می‌گیرد». بنابر تعریف دیگر، آزار جنسی، عبارت است از استفاده از کودک برای لذت بردن توسط یک فرد بزرگسال برای ارضای نیازها یا تمایلات جنسی خودش. در مجموع، تعریف هر جامعه از پدیده آزار جنسی، منعکس کننده رفتار و دیدگاه مردم آن جامعه است.

گروهی، متغیرهای زیادی را در تعریف، ملحوظ نظر دارند. متغیرهایی از قبیل سن قربانی، سن متجاوز، تفاوت سن تجاوزگر و قربانی، ارتباط و وابستگی بین قربانی و متجاوز، جنسیت تجاوزگر، نوع و ماهیت آزار جنسی، رضایت و میزانی که کودک تمایل دارد یا مقاومت می‌کند. از نظر جنس کودکان قربانی سوء استفاده جنسی، بیشتر مؤنث و اغلب اوقات جوان هستند. در واقع بعضی از آنان هنوز کودک‌اند. دختران پنج بار بیش از پسران در معرض قربانی شدن قرار دارند. پسران بیشتر به وسیله یک مرد مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند.

ویژگی‌های ضروری که باید در تعریف کودک‌آزاری جنسی مد نظر قرار داد، عبارتند

از:

۱) کودکان به طور کلی چنین رابطه‌ای را دوست ندارند.

۲) ارضای جنسی فرد آزار دهنده، هدف اصلی آزار جنسی کودک است.

۳) در این رابطه یک تفاوت سنی و تفاوت قدرتی بارز در فرد آزار دهنده یا قربانی وجود دارد.

۴) این فعالیت معمولاً پنهانی است و توسط یک فرد قدرتمندتر صورت می‌گیرد.

۵) گاهی اوقات، نیاز کودک برای جلب محبت و توجه و وابستگی به رضایت کودک به شروع یا تداوم رابطه آزاردهنده می‌شود (کار، ۱۹۹۹).

انواع سوء استفاده جنسی

زنای با محارم

هرگونه فعالیت جسمانی جنسی بین اعضای خانواده است که همخونی بین آنها ضروری نیست. ناپدری، خواهر و برادر تنی که با یکدیگر زندگی می‌کنند و حاصل ازدواج قبلی والدین هستند، همچنین سایر خویشاوندانی که با کودک زندگی نمی‌کنند، مانند عمو، دایی، پدر و مادر بزرگ نیز جزء محارم محسوب می‌شوند. (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۶). سوء استفاده جنسی از محارم در خانواده‌هایی مشاهده می‌شود که در آن انزوای احساسی فراوان، رمز و راز، نیاز، استرس و نبودن حرمت و احترام وجود دارد.

بچه‌بازی

این اصطلاح اغلب به طور مبهم به کار برده می‌شود و توصیف کننده نوعی خاصی از فعالیت جنسی نیست؛ بلکه موضوع اصلی آن کسب برانگیختگی جنسی از طریق مشارکت کودک نابالغ در فعالیت‌های جنسی با فرد بزرگسال است. معمولاً سن این قبیل کودکان ۴ تا ۱۲ ساله است.

آزار و تزویر

استفاده از آزار و تزویر، فریب و تهدید برای شرکت فعالانه کودک در اعمال جنسی

هرزه‌نگاری جنسی اینترنتی (پورنوگرافی)

به هر گونه عکسبرداری، تولید فیلم و سایر مواردی که در آن اعمال جنسی کودک با کودک و بزرگسال با کودک منعکس شود، هرزه‌نگاری اطلاق می‌شود. اگر از وسایل مزبور برای تحریک جنسی در حضور یا غیاب کودک استفاده شود، باز هم به عنوان ابزاری به منظور سوء استفاده جنسی در کودکان تلقی می‌شود (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۶).

فاحشه‌گری

اغلب کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی محارمشان قرار گرفته‌اند، برای امتناع از تماس‌های بعدی از خانه خود فرار می‌کنند و اغلب آنان برای تهیه لباس، غذا، دارو و... خود را در اختیار بزرگسالان قرار می‌دهند.

تجاوز به عنف

رفتار خشن و وحشیانه‌ای است که از طریق اعمال جنسی ابراز می‌شود. تجاوز به عنف برای ابراز قدرت و خشم صورت می‌گیرد و به ندرت در چنین مواردی مسأله جنسی است. اغلب موضوع جنسی در خدمت نیازهای غیر جنسی به کار گرفته می‌شود. متجاوزین به عنف اغلب زیر ۳۰ سال سن دارند.

تأثیرات سوء استفاده جنسی بر روی کودکان

سوء استفاده جنسی از کودکان به طور فزاینده‌ای به صورت یکی از وسیع‌ترین انواع کودک‌آزاری در آمده است؛ به طوری که از دیدگاه روانی اجتماعی قانونی و پزشکی قابل بررسی است. انواع سوء استفاده جنسی شامل لمس کردن‌های نادرست، نوازش کردن، تماشاگری جنسی (پورنوگرافی) و اجبار شدید به مقاربت است. اکثر موارد سوء استفاده جنسی از کودکان به دلیل احساس گناه، شرم، نادانی، تحمل قربانی و به علت دودلی برخی از پزشکان در شناخت و گزارش سوء استفاده جنسی، اصرار دادگاه‌ها بر اصول، محدوده قرائن و ترس خانواده‌ها از لاینحل شدن موضوع در صورت افشاء، ناشناخته می‌ماند. سوء استفاده جنسی

می تواند به اشکال مختلف تماسی از جمله لمس بدن از روی لباس و یا بدون لباس، بوسیدن، تماس جنسی تناسلی، مقعدی یا دهانی و به کارگیری اشیاء نافذ و به روش های غیر تناسلی مانند نمایشگری جنسی، عکس برداری یا تصویر برداری جنسی و یا از طریق انتشار تصاویر یا پیام های جنسی در اینترنت برای کودکان انجام شود (محمودی قرائی، ۱۳۸۶). تجارب آزارهای کودکی بر خشونت جنسی در بزرگسالی تاثیر می گذارد (فرامرزی و اسماعیل زاده، ۱۳۸۴). کودک آزاری جنسی می تواند به صورت رفتارهای دارای ماهیت جنسی بروز پیدا کند (راحت و گودرزی، ۱۳۸۶).

سوء استفاده ی جنسی از کودک، به صورت درگیری کودک در فعالیت های جنسی است که کودک نمی تواند آنها را درک کند. از لحاظ رشد و تکامل جسمی و جنسی برای آن آمادگی ندارد و به این کار راضی نیست، این کار، نقض محرّمات اجتماعی است و بر خلاف شرع و عرف و قوانین اجتماعی صورت می گیرد. سوء استفاده ی جنسی می تواند واقعه ای منحصر به فرد باشد، اما معمولاً مزمن است و به دفعات انجام می شود. بیشتر مجرمان بزرگسالان (بالای ۱۸ سال) یا نوجوانانی هستند که کودک، آنها را می شناسد و معمولاً با تحت فشار قرار دادن و استفاده از زور یا از طریق فریب و اغوا کردن کودک، از او سوء استفاده ی جنسی می کنند. بیشتر موارد سوء استفاده ی جنسی از دستمالی نامناسب کودک، چشم چرانی، در معرض فیلم های مستهجن قرار دادن کودکان گرفته تا اعمال فشار و وادار کردن آنها به اعمال جنسی است. سن قربانیان از نوزادی تا ۱۸ سالگی متفاوت است، ولی بیشترین دوره ی سنی که این مشکل، در آن اتفاق می افتد، ۸ تا ۱۱ سالگی و سن متوسط را ۹ سالگی ذکر می کنند. از هر ۵ کودکی که وارد اینترنت و چت روم می شوند، یک کودک، پیشنهادی جنسی دریافت می کند. اگر چه افراد غریبه هم مرتکب چنین اعمالی می شوند، ولی ۶۰ درصد کودکان، توسط افراد آشنا و مورد اعتماد خانواده و ۳۰ تا ۴۰ درصد آنها توسط خویشاوندان، مورد آزار و سوء استفاده ی جنسی قرار می گیرند. مجرمان اغلب مرد و شامل اعضای خانواده، مثل والدین، برادر و خواهر و خویشاوندان (مثل عمو، عمه و دایی)، دوستان خانوادگی، شاگرد مغازه ی پدر، راننده ی سرویس، معلمان و مربیان هستند. حدود ۹۰ درصد از

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۱۹

موارد سوء استفاده‌ی جنسی، کودک و خانواده‌ی کودک، شخص آزاردهنده را می‌شناسند و به او اعتماد دارند (امین زاده، ۱۳۸۹).

کودکان در سنین قبل از دبستان دارای احساسات جنسی هستند (گرچی، ۱۳۸۸). اغلب بچه‌ها، معصومانه تمایلات جنسی خود را بروز می‌دهند و در این کار هیچ گناهی بر گردن آنان نیست. صددرصد مسؤلیت سوء استفاده جنسی از فرزندان بر عهده پدر و مادر است. در تمام سطوح اجتماعی اقتصادی کشورها این پدیده به چشم می‌خورد و تقریباً هر کس ممکن است به این کار اقدام کند. طبقه‌بندی اینکه چه کسانی به این کار تن می‌دهند. عملی نیست. اغلب این اشخاص پرکار، ظاهراً محترم و اهل کلیسا و از جمله زن‌ها و مردهای معمولی هستند. برخی از آنان افسر پلیس، آموزگار مدرسه، بنا، مددکار اجتماعی، دکتر، الکی و کشیش بوده‌اند. این اشخاص اغلب دارای ویژگی‌های مشترک روانی هستند و کمتر می‌توان برای آنان طبقه اقتصادی، نژادی، فرهنگی یا اجتماعی خاصی را در نظر گرفت. تحقیقات نشان می‌دهد، ۵۴ درصد از سوء استفاده کنندگان از اعضای خانواده (پدر و ناپدری) بوده‌اند. اگر سایر گروه‌های خویشاوندی، دوستان خانوادگی، پرستار بچه را نیز به این نسبت اضافه کنیم، درصد قابل توجهی از متجاوزان که کودک با آنها آشنا بوده است، افزایش خواهد یافت. (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۶).

با توجه به اطلاعات موجود، مشخص است که این (نوع) بدرفتاری بیشتر از ناحیه سایر افراد خانواده صورت گرفته که کودک به آنان اعتماد و اطمینان دارد (فوروارد، ۱۳۷۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که ۹۷ درصد از متجاوزان مذکرند و زنان تجاوزگر، بیشتر پرستار کودک‌اند. بر اساس گزارش‌های سازمان‌های مدافع حقوق بشر، علاوه بر کودکان آواره در خیابانها، کودکانی که در خانه افراد ثروتمند به عنوان خدمتکار کار می‌کنند، نیز در معرض سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند.

سوء استفاده جنسی از کودک دارای اثرات کوتاه مدت و بلندمدت بر عملکرد روانشناختی کودک است (ولف و برت، ۱۹۹۵). در حدود دو سوم کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، علایم روان شناختی را نشان داده‌اند. مشکلات رفتاری این

کودکان شامل مشکلات عدیده در رفتار برون ریزی شده یا درون ریزی شده و مشکلات در مدرسه و تحصیل است. در سطح هیجانی احساس گناه و مسئول بودن در قبال سوء استفاده جنسی را دارند به ویژه اگر آنها از تجارب برانگیختگی جنسی خود لذت ببرند. آنها ممکن است در پاسخ به ناتوانی خود در توقف تجاوز به محدوده بدنی خود، احساس ناتوانی و عجز کنند. به دیگران بخصوص به افراد بزرگسال همجنس سوء استفاده کننده خود بی اعتماد شوند. دچار بیخوابی، وحشت شبانه، از دست دادن اشتها، شکایات جسمانی و رفتارهای خود تخریبی می شوند. سایر علائم عبارتند از اختلال استرس پس از سانحه، اجتناب از برقراری ارتباط با افراد دیگر، پایین بودن اعتماد به نفس، احساس انزجار از خود، احساس آلوده بودن و کثیفی و بی ارزشی، درماندگی، ناامیدی، خشم و افسردگی. در سطح رفتاری پسرها دارای علائم سرکشی و نافرمانی، پرخاشگری، دزدی، و رفتارهای ضد اجتماعی، رفتارهای جنسی بی مهابا با هر دو جنس و دخترها سوزاندن خود با سیگار، خودزنی و بریدن اعضای بدن خود و بی اشتهایی عصبی می شوند. استمناء در ملاء عام، نشان دادن رفتارهای جنسی نامناسب مثل تماس به برقراری افراطی رابطه جنسی و روسپی گری نیز در این کودکان دیده می شود. پسرهایی که از طرف همجنس خود مورد تجاوز قرار گرفته اند، در مراحل بالاتر رشدی در هویت جنسی خود دچار سردرگمی و اضطراب می شوند (گودمن و اسکات، ۱۹۹۷).

عواقب سوء استفاده جنسی برای کودکان می تواند ویرانگر و دیرپا باشد. از آنجایی که این کودکان توسط مراقبین بالغ مورد سوء استفاده قرار می گیرند لذا اعتماد به نفس خود را از دست داده، از فرد آزاردهنده وحشت دارند، به طور دائم از وی دوری می کنند و اعتمادشان از بزرگترها سلب می شود. دچار انواع فوبی ها، اضطراب و افسردگی می شوند. مشکلات سازگاری قربانیان سوء استفاده جنسی اغلب شدید هستند. افسردگی، عزت نفس کم، بی اعتمادی به بزرگسالان، احساس خشم و خصومت می توانند تا سالها بعد از واقعه سوء استفاده جنسی ادامه یابند. کودکان کوچکتر اغلب به صورت مشکلات خواب، از دست دادن اشتها و ترس فراگیر واکنش نشان می دهند. افزایش تحریک پذیری و پرخاشگری بدون هیچ دلیلی، افت عملکرد تحصیلی و از دادن دوستان همگی می تواند علائمی از آزار جنسی

کودک باشد. کودکان بزرگتر معمولاً از منزل فرار می کنند و یا کودکان دیگر را مورد آزار قرار می دهند. نوجوانان ممکن است از خانه فرار کنند و واکنش های خودکشی، سوء مصرف مواد و بزهکاری نشان دهند (کندال - تاکت، ویلیامز و فینکل هور، ۱۹۹۳، تبات و همکاران، ۱۹۹۷).

کودکان، معمولاً پس از افشای آزار جنسی مورد توجه قرار می گیرند. آنها ممکن است راز خود را با والدین که نقشی در آزار جنسی او نداشته اند، خواهران، برادران، خویشاوندان، دوستان یا معلمین و مربیان مورد اعتماد خود در میان بگذارند. کودکان به ندرت راز خود را پس از یک واقعه افشا می کنند و به طور شایع این کار را به مدت چند هفته، ماه یا سال به تأخیر می اندازند به ویژه اگر فرد مجرم، به طور مداوم به کودک دسترسی داشته باشد. کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته اند، چه آزار جنسی را افشا و بازگو کنند و چه آن را به شکل یک راز پیش خود نگه دارند، نسبت به کودکان سالم که مورد آزار قرار نگرفته اند، در معرض خطر بیش تری برای مشکلات جسمی، روحی، عاطفی و اجتماعی قرار دارند و حتی ممکن است این مشکلات را تا بزرگسالی با خود به همراه داشته باشند. (در صورت برخورد خانواده و درمان زودرس، این خطر کم تر و احتمالاً، مشکلی در آینده پیش نخواهد آمد. اغلب کودکان به علت تهدید شخص آزار دهنده: «اگر جریان را به کسی بگویی می کشمت» یا «بلائی سرت می آورم» یا از ترس آبرو ریزی و متلاشی شدن خانواده، آزار جنسی را به عنوان یک راز، در دل خود نگه می دارند. در کودکانی که به صورت ناگهانی، دچار مشکلات رفتاری می شوند، باید به سوء استفاده جنسی مشکوک شد. کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند ممکن است منزوی شوند، دچار خشم و رفتار تهاجمی شوند، خشمگین و عصبانی باشند یا احساس گناه و دچار افسردگی و افکار خودکشی شوند. افت تحصیلی، مشکلات جسمی، لجاجتی، ترس، پرخاشگری، اضطراب زیاد، وابستگی شدید به مراقب، شب ادراری، کابوس های شبانه و مشکلات خواب از دیگر علائم هستند و ممکن است حتی، هیچ تظاهر رفتاری از خود نشان ندهند. رفتار ناشی از افزایش فعالیت جنسی، باید

شک به سوء استفاده رفتارها، با تماشای فیلم‌های جنسی یا مشاهده‌ی فعالیت جنسی بزرگسالان، در معرض رفتارهای جنسی نامناسب قرار گرفته‌اند (امین زاده، ۱۳۸۹).

کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، غالباً آگاهی و رفتار جنسی فراتر از سن خود نشان می‌دهند و رفتارهای جنسی نامتناسب با مرحله رشدی و سنی کودک در آنها مشاهده می‌شود. آنها از سوء استفاده کنندگان خود یاد گرفته‌اند که تماس‌های جنسی روش‌های مطلوبی برای جلب توجه و پاداش‌ها هستند. زمانی که آنها به سمت بزرگسالی می‌روند، به بی بند و باری جنسی و برقرار کردن روابط ناسالم گرایش پیدا می‌کنند. زنان احتمالاً همسرانی را انتخاب می‌کنند که هم از خود آنها و هم از فرزندانشان سوء استفاده جنسی کنند (فالر، ۱۹۹۰). وقتی که آنها مادر می‌شوند، اغلب از نظر مهارت‌های فرزندپروری ضعیف هستند و فرزندانشان را مورد بی توجهی و سوء استفاده قرار می‌دهند (بیانتا، اگلند و اریکسون، ۱۹۸۹). به این طریق، تاثیر زیان‌بخش سوء استفاده جنسی به نسل بعدی منتقل می‌شود.

سوء استفاده جنسی احتمال فرار از خانه و قربانی شدن جنسی را افزایش می‌دهد. حسینیان و خدابخشی کولایی (۱۳۸۲) گزارش دادند که از بین ۵۰ دختر فراری ساکن مراکز بهزیستی با میانگین سنی ۱۶/۴۸ سال، ۳۳ نفر (۶۶٪) مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند. از این تعداد (۱۸٪) توسط دوست پسر، (۱۶٪) توسط پسر همسایه، (۱۴٪) توسط پسران فامیل از جمله پسر دایی، پسر خاله، پسر عمه و پسر عمو، (۱۰٪) توسط غریبه‌ها و نابرداری، برادر، ناپدری و پدر هر کدام (۲٪) مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند. دخترانی که قبل از بلوغ مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند به احتمال بیشتری در دوران نوجوانی و جوانی قربانی جنسی شده بودند. زنانی که در کودکی قربانی تجاوز، زنا یا محارم و سوء استفاده جنسی شده‌اند، در بزرگسالی به احتمال بیشتری در خطر ابتلاء به اختلال انگیزشی جنسی می‌شوند (خدابخشی کولایی، ۱۳۸۶، تایلور، ۲۰۰۰، تایلور و همکاران، ۲۰۰۱، آدامز، ۲۰۰۷، به نقل از خدابخشی کولایی، ۱۳۸۶).

شعاع کاظمی (۱۳۸۸) گزارش داد که کودکان و نوجوانان آزار دیده دچار حالات افسردگی، گوشه‌گیری و خشم پنهان شده می‌باشند، در امر تحصیل دچار افت تحصیلی و در

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۲۳

دوست‌یابی دچار مشکل‌اند، نسبت به دیگران بی‌اعتماد و به دنبال آن، دچار احساس حقارت و ناکامی هستند و در دوره نوجوانی دچار رفتارهای ضد اجتماعی (بزهکاری)، دزدی، فرار از منزل، اعتیاد و فرار از مدرسه می‌گردند. از ویژگی‌های شخصیتی بارز بزرگسالان آزارگر، ترسو بودن، تعصب بی‌جا به خرج دادن، سوء ظن و بدبینی، داشتن افکار کلیشه‌ای و قالبی و رفتارهای وسواسی می‌باشد. در عین حال، هر چه والدین از سطح تحصیلی پایین‌تر و از نظر شغلی به مشاغل سطح پایین‌تر مشغول باشند، از رفتارهای آزارگرانه بیشتری برخوردارند. مجموعه‌ای از علائم، تغییرات رفتاری و تشخیص‌های زیر گاهی اوقات در کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، روی می‌دهند:

الف) علائم اضطرابی مثل ترس، ترس‌های مرضی (فوبی)، بی‌خوابی، کابوس و وحشت شبانه در مورد آزار، شکایات بدنی و اختلال استرس پس از سانحه

ب) واکنش‌های تجزیه‌ای و علائم تبدیلی مثل دوره‌هایی از فراموشی، فرو رفتن در رویا، حالات رویاگونه و خواب‌واره، تشنج‌های هیستریک و علائم اختلال هویت تجزیه‌ای
ج) افسردگی که خود را با اعتماد به نفس پایین و خودکشی و رفتارهای آزارگرانه نشان می‌دهد.

د) اختلال‌ها در رفتارهای جنسی که شامل تحریک و برانگیختگی جنسی می‌شوند. بعضی از رفتارهای جنسی که پیشنهاد شده در نتیجه سوء استفاده جنسی ایجاد می‌شوند عبارتند از استمناء با یک شیء، تقلید برقراری رابطه جنسی و فرو بردن اشیاء در آلت تناسلی و مقعد. سایر رفتارهای جنسی که کمتر اختصاصی سوء استفاده جنسی هستند مثل نشان دادن آلت تناسلی به بچه‌های دیگر یا مالیدن ناحیه تناسلی به دیگران می‌باشند. کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند ممکن است رفتارهای پرخاشگرانه جنسی در قبال دیگران را از خود نشان دهند. بعضی دیگر ممکن است با واکنش‌هایی مثل ترس‌های مرضی و بازداری‌ها، از رفتارهای جنسی ممانعت کنند.

ه) شکایات بدنی مثل وجود خون در ادرار، خون در مدفوع، خارش ناحیه فرج، بی‌اشتهایی، چاقی، سردرد و دل درد. این علائم ممکن است در کودکانی که مورد

سوء استفاده جنسی قرار نگرفته‌اند هم مشاهده شود. تقریباً یک سوم کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، هیچ گونه علایمی ندارند. از طرف دیگر، عواملی که دخیل در بروز علایم و سندرم‌های بالینی این کودکان هستند، عبارتند از تکرار و طول مدت بیشتر سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جنسی که توأم با زور و فشار بوده، سوء استفاده جنسی که توسط پدر یا ناپدری کودک صورت گرفته باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

تشخیص سوء استفاده جنسی از کودکان را ترس، شرم و احساس گناه شدید که ممکن است در خودداری کودک از افشاء سوء استفاده نقش داشته باشد، پیچیده‌تر می‌کند. غالباً قرائن فیزیکی قطعی که وقوع سوء رفتار جنسی را ثابت کند وجود ندارد. شواهدی مانند زخم‌های پرینه، خارش و درد در ناحیه تناسلی، هماتوم زیر پوییس، درد و سوزش هنگام ادرار کردن، عفونت‌های مکرر مجاری ادراری تناسلی و ترشحات مهلبی، آسیب‌های تناسلی یا مقعدی مثل پارگی و یا سائیدگی، خونمردگی، خون در ادرار یا مدفوع، خونریزی از مقعد یا مهبل، بیماری‌های آمیزشی، اختلال در راه رفتن و نشستن، ... می‌توانند سوء استفاده جنسی از کودک را مورد تایید قرار دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، امیر علی اکبری و احمدی، ۱۳۸۴).

علائم و نشانه‌های کودک آزاری جنسی شامل موارد زیر هستند:

- ۱- بارداری در کودکان دختر که به سن بلوغ رسیده‌اند.
- ۲- علائم و نشانه‌های بیماری‌های مقاربتی
- ۳- ادرار خونی
- ۴- کیبودی و تورم در ناحیه تناسلی
- ۵- وجود خون و چرک در ناحیه تناسلی
- ۶- وجود ناراحتی و شکایت کودک از ناحیه تناسلی بدون وجود علت فیزیکی واضح
- ۷- تغییر رنگ در لباس‌های زیر
- ۸- خونریزی از ناحیه مقعد
- ۹- خاراندن مکرر ناحیه تناسلی

- ۱۰- اشکال در نشستن روی صندلی
- ۱۱- از دست دادن ناگهانی اشتها
- ۱۲- دیدن کابوس‌های شبانه
- ۱۳- گوشه‌گیری و یا پرخاشگری شدید بطور ناگهانی
- ۱۴- فقدان ناگهانی علاقه به زندگی
- ۱۵- پس‌رفت به سوی رفتارهای بچه‌گانه مثل خیس کردن رختخواب، مکیدن انگشت و گریه بیش از حد
- ۱۶- شکایت از درد ناحیه تناسلی
- ۱۷- اعلام اینکه فلان کس مرا لمس می‌کند.
- ۱۸- اعلام تماس جنسی با اشخاص
- ۱۹- اعلام داشتن یک بازی پنهانی با افراد بزرگسال
- ۲۰- اعلام ترسیدن از تنها ماندن با بزرگسالان

واکنش دختران و پسران نسبت به مقوله آزار جنسی در برخی ابعاد متفاوت است. در هر دو گروه البته یک حس مشترک وجود دارد. همه آنها از نظر روانی به شدت تخریب می‌شوند و احساس اضطراب دارند و اگر بزرگتر باشند، می‌ترسند که پایگاه‌های اجتماعی‌شان را از دست بدهند. اما جنسیت بر احساسات دیگرشان اثر می‌گذارد. دخترها حس می‌کنند اگر حرفی بزنند سرزنش می‌شوند و دیگران آنها را متهم می‌کنند که خودشان در این حادثه مقصر بوده‌اند و از سوی دیگر نگرانند که مبادا دیگر کسی با آنها ازدواج نکند. پسرها ولی حس می‌کنند هویت جنسی و مردانگی‌شان از بین رفته است. خیال می‌کنند دیگر مرد واقعی و با قدرت به حساب نمی‌آیند. بر خلاف تصور بسیاری از مردم، به طور معمول در این مورد بخصوص، معمولاً دخترها مقاومت بیشتری دارند و بسیاری از اوقات پس از مدتی می‌توانند اجزای شخصیت‌شان را به هم بند بزنند اما شدت آسیب دیدگی روانی پسرها، بسیار بیشتر است و دیرتر از دخترها، توانایی تطبیق روانی با حادثه آزار جنسی را دارند. اضطراب و ترس و اندوه آزار دیدن در دوران کودکی در فرد باقی می‌ماند و به شکل اختلالات دیگر خودش را

نشان می‌دهد حتی گاهی ممکن است آنها در برقراری ارتباط جنسی با همسر مشکل پیدا کنند. برخی هم دچار اختلالات شخصیتی خطرناک مانند اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌شوند. همه کودکان آزار دیده، کودکان آزارهای آینده نمی‌شوند، اما بسیاری از کودکان آزارها در کودکی آزار دیده‌اند. همچنین پژوهشی که در دهه هشتاد درباره زنان خیابانی وسط علیایی زند انجام شده است نشان داد که حدود ۲۵ درصد این زنها هم در کودکی، آزار جنسی را تجربه کرده‌اند. این رویداد می‌تواند زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در پسرها همانطور هویت جنسی گاهی از بین می‌رود و در برخی موارد امکان دارد احساس گرایش به همجنس نیز در بزرگسالی در فرد به وجود بیاید. در مجموع پژوهش‌ها نشان داده است قشر خاکستری مغز کسانی که آزار جنسی را تجربه می‌کنند نسبت به افراد سالم، نازک‌تر می‌شود. این قشر، مخصوص تجزیه و تحلیل است یعنی از قدرت تصمیم‌گیری منطقی قربانی در بزرگسالی کاسته می‌شود (علیایی زند، ۱۳۹۲، ۱۳۹۳).

عوامل موثر در تشدید واکنش به سوء استفاده جنسی از کودکان

با اینکه تعداد مراجعان دختر در سنین صفر تا ۵ سالگی به مراکز درمانی بسیار کم است، اما تقریباً نصف موارد مراجعه‌کننده دچار ضایعات بالینی شدید شده‌اند، در حالی که در سایر سنین این مقدار به کمتر از یک سوم تقلیل می‌یابد. تا کنون بیش از صد تحقیق پیرامون آثار گذرا و پایدار سوء استفاده جنسی انجام گرفته است که حاکی از واکنش‌های جسمانی و روانشناختی به نسبت مشابهی در قربانیان است. محققان، عوامل چندی را در تشدید واکنش‌ها ذکر کرده‌اند که عبارتند از:

- سن قربانی. هرچه سن قربانی بیشتر باشد، تجارب سخت‌تری خواهد داشت. علیایی زند (۱۳۹۳) گزارش داد که هرچه سن کمتر باشد شدت آسیب روانی ناشی از آزار بیشتر است، چون شکل‌گیری شخصیت هنوز کامل نشده است.
- سن متجاوز. هرچه سن متجاوز بیشتر باشد، آثار شدیدتری بر قربانی به جای می‌گذارد.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۲۷

- هویت جنسی. متجاوزان مذکر آثار سخت و جدی بر کودک می گذارند.
- طول دوره سوءاستفاده جنسی. هر چه طول دوره سوءاستفاده جنسی طولانی تر باشد، آثار منفی شدیدتری بر قربانی خواهد داشت.
- شدت سوءاستفاده جنسی. هر چه سوءاستفاده جنسی شدیدتر باشد، آثار مخرب بیشتری دارد.
- تنوع فعالیت های جنسی. هر چه فعالیت های جنسی متجاوز متنوع تر باشد، آثار منفی بیشتری به جای می گذارد.
- ارتباط متجاوز و قربانی. هر چه رابطه بین متجاوز و قربانی نزدیک تر باشد شامل پدر، ناپدری، برادر، آثار ایجاد شده، منفی و شدیدتر است. هرچقدر فردی که کودک را آزار داده است به او نزدیک تر باشد و در گذشته بیشتر مورد اعتمادش بوده باشد، آسیب دیدگی روانی کودک بیشتر می شود (علیایی زند، ۱۳۹۳).
- تعداد سوءاستفاده کنندگان. اگر تعداد سوءاستفاده کنندگان متعدد باشد، آثار شدیدتری بر قربانی بر جای می ماند.
- میزان مشکلاتی که قربانی با آن مواجه خواهد شد. در مواردی که کودک موضوع سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن خود را توسط اعضای خانواده یا خویشاوندان اطلاع دهد، ممکن است، مورد طرد و بی توجهی اعضای خانواده و حتی همسالان خود قرار گیرد.
- وجود ارتباط ضعیف بین قربانی، خواهر و برادران. اگر روابط بین قربانی، خواهر و برادرانش صمیمانه و نزدیک باشد، آثار سوءاستفاده تخفیف خواهد یافت.
- ماهیت عمل سوءاستفاده گرانه. این امر با توجه به میزان اغواگری، اجبار و خشونتی که مورد سوءاستفاده متجاوز قرار گرفته است، در ارتباط است.
- نتایج درمانی یا مداخلات قانونی. اگر قربانی مورد درمان لازم قرار نگیرد یا مراجع قانونی به دلیل کمبود شواهد لازم، شکایت را مختوم اعلام کنند، آثار منفی بیشتری روی قربانی خواهد داشت.

- میزان رشد و تجارب قبلی کودک از نوع سوء استفاده جنسی. اگر کودک در حال رشد باشد، ممکن است، سوء استفاده جنسی، آثار غیر قابل جبرانی را بر فرآیندهای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی او بر جای گذارد و موجبات تأخیر یا وقفه برخی از عملکردهای رشدی وی را فراهم آورد (خزائلی، ۱۳۹۴). آسیب پذیرترین گروه، کودکان استثنایی به‌ویژه مبتلایان به سندرم داون هستند. چون بسیار مهربانند و به دیگران نزدیک می‌شوند و شرایط سوء استفاده را برای کودک آزارها فراهم می‌کنند. این گروه اگر ضریب هوشی شان خیلی پایین باشد، درک این که مورد آزار قرار گرفته‌اند را ندارند اما آسیب می‌بینند و اگر ضریب هوشی شان در حدی باشد که مورد سوء استفاده قرار گرفته شدن را درک کنند هم، کسی حرف شان را باور نمی‌کند (علیایی زند، ۱۳۹۳).

وضعیت موجود

کودک آزاری یک مشکل برای تمامی جوامع بشری است. دین اسلام همچون تمامی ادیان آسمانی حامی تمامی انسان‌ها از جمله کودکان است. اگر مشکلی در رابطه با اطفال در جوامع گوناگون وجود دارد از ما انسان‌ها و قوانین مان و عدم توجه ما به مشکلات است. کودکان در تمامی کشورهای جهان نیاز به حمایت و توجه خاص دارند. برای آنکه هیچگونه حساسیتی به این گزارش در جوامع گوناگون و نزد گروه‌های فرهنگی مختلف به وجود نیاید، ما در ابتدا تازه‌ترین آمار تجاوزات جنسی در آمریکا به کودکان را به نقل از انجمن پزشکی آمریکا بیان می‌کنیم. آمار و ارقام گزارش شده در آمریکا، بسیار نگران‌کننده و تکان‌دهنده به نظر می‌رسد. تازه‌ترین گزارش آماری منتشره در آمریکا در خصوص افزایش آمار تجاوزات جنسی نشان می‌دهد: سالانه یک هزار و ۵۰۰ کودک در آمریکا در اثر تجاوزات جنسی جان خود را از دست می‌دهند، و این آماری است که از کتابخانه انجمن پزشکی این کشور منتشر شده است. همچنین هر سال، بالغ بر ۱۴۰ هزار مورد جراحی علیه کودکان در جریان تجاوزات جنسی به ثبت می‌رسد و در کل، سالانه رقم ۱/۷ میلیون تجاوز جنسی در سراسر آمریکا گزارش می‌شود. آمار نگران‌کننده دیگری حاکی از آن است که از هر ۴ زن در آمریکای

شمالی، یک تن، در دوران کودکی مورد تجاوز جنسی قرار گرفته است. انجمن پزشکی آمریکا نیز در گزارش آماری خود آورده است: سالانه بیش از ۲ میلیون مورد تجاوزات جنسی علیه کودکان و نینز غفلت و مسامحه در خصوص آنها صورت می‌گیرد؛ اما زمانی که پای آمار مربوط به مرگ و میر به میان می‌آید، ارقام نگران کننده‌تر می‌شوند؛ چراکه سالانه یک هزار و ۵۰۰ کودک آمریکایی به دلیل شدت تجاوزات جنسی جان می‌سپزند و این رقم ۱/۶ مرگ در هر ۱۰۰ هزار مرگ را تشکیل می‌دهد. کودک آزاری مسئله‌ای جدی و شایع می‌باشد که در قانون ایالتی و فدرال ایالات متحده و همچنین در قوانین مدنی کلیه کشورها اروپایی و تعدادی از کشورهای آسیایی به آن توجه شده است و نیز مسائل مربوط به آن قید گردیده است. متأسفانه در کشورهای اسلامی با توجه به نوع فرهنگ و بینش اکثر کشورها سعی در نفی این مورد و نادیده گرفتن این مسئله دارند (پایگاه جامع اطلاعات پزشکی ایران سلامت، ۲۰۱۰).

برای یافتن موارد نه چندان واضح کودک آزاری؛ پزشک باید متوجه نشانه‌های خفیف‌تر باشد و برای گرفتن شرح حال و انجام معاینه بالینی دقیق وقت بگذارد. چون تعیین اینکه آیا رسیدگی به گزارش هر مورد ضروری است یا نه، ممکن است از حد وقت یا مهارت پزشک افزون باشد؛ و استفاده از یک مددکار اجتماعی که در امور مربوط به کودک آزاری تخصص دارد یا ترجیحاً یک گروه متخصص این امور ارجح است. تخمین‌های محافظه‌کارانه نشان می‌دهد که ۱-۲ درصد کودکان در ایالات متحده زمانی در طول دوران کودکی مورد آزار فیزیکی قرار گرفته‌اند. و ۱۰٪ جراحاتی که در یک بخش اورژانس بیمارستانی در بچه‌های زیر ۵ سال دیده می‌شود به علت کودک آزاری است. تقریباً یک سوم موارد آزار فیزیکی در بچه‌های زیر یک سال و یک سوم دیگر در سنین یک تا شش سالگی عارض می‌شود. سالانه حدود ۲۰۰۰ کودک در ایالات متحده به علت آزار فیزیکی می‌میرند. آزار دهنده‌ها در ۹۰٪ خویشاوند کودک؛ در ۵٪ موارد دوست مذکر مادر؛ در ۴٪ موارد پرستار غیر خویشاوند؛ و ۱٪ موارد برادر یا خواهر طفل می‌باشد. آزار فیزیکی معمولاً در یک محیط پر استرس رخ می‌دهد و اغلب برخی رفتارهای کودک مثل گریه مداوم، خیس کردن، یا کثیف کردن شلوار، ریخت و پاش یا نافرمانی کودک منجر به این عمل می‌شود. کمتر از ۱۰٪

والدینی که اقدام به زدن فرزند خود می کنند شخصیت سایکوتیک یا جنائی دارند. بعضی تظاهرات بالینی کودک آزاری فیزیکی کاملاً واضح و آشکار است. کبودی به وسیله اجسام کند (blunt)، کمر بند، طناب، سیلی، نیشگون، کوشش برای خفه کردن، گاز گرفتن ایجاد می شود. سوختگی با سیگار اطو، ظروف داغ و یا به زور فرو بردن طفل در آب جوش ایجاد می گردد. یک ناحیه مدور سوختگی را که محدود به سرین و اعضاء تناسلی باشد و دست ها و پاها را گرفتار نکرده باشد، نمی توان به سوختگی ناشی از سقوط یا وارد شدن اتفاقی در یک وان آب داغ نسبت داد. با این وجود معمولاً وضعیت کودکی که مورد آزار قرار گرفته چندان واضح نیست؛ کبودی، سوختگی و شکستگی ممکن است اتفاقی باشد و اغلب هم به همین عنوان بدون در نظر گرفتن علل دیگر از آن می گذرند. کبودی های اتفاقی بیشتر روی پیشانی، جلوی تیبیا، و برآمدگی های استخوانی دیده می شود. کبودی هایی که محدود به سرین یا کمر باشد، شایعترین علتش آزار بدنی است. پورپورای آنافیلاکتوئید (henoch-schoenlien) ممکن است با اکیموز روی ناحیه سرین تظاهر کند، اما معمولاً پورپورای با علت ارگانیک؛ توزیع محدود پورپورای ناشی از کودک آزاری را ندارد. ترمیم سوختگی ناشی از سیگار می تواند با زرد زخم یا درماتیت اتوپیک یا تماسی اشتباه شود. بعضی از تظاهرات کودک آزاری شدید ممکن است اصلاً این تشخیص را مطرح نکند. هماتوم ساب دورال که به واسطه ضربه های ارتعاشی شدید وارده بر سر و پارگی عروق مغزی ارتباطی (bridging cerebral vessels) ایجاد می شود ممکن است بدون وجود آسیب جمجمه یا پوست سر به وجود آید. آسیب های جدی شکم ممکن است در اثر تحت فشار قرار گرفتن یا کوبیده شدن شکم ایجاد شود (مثل پارگی کبد، طحال، روده یا عروق خونی، پانکراتیت تروماتیک یا هماتوم داخل جدار).

کودکانی که چنین آسیب هایی دارند، ممکن است با علائم شکم حاد مراجعه کنند اما ممکن است هیچ نشانه ای از ضربه خارجی و مشکوک به کودک آزاری دیده نشود. وقتی جراحات مشخصه (پاتوگنومیک) کودک آزاری نیست؛ شرح حال از اهمیت بسیار برخوردار می شود. شرح حال گیرنده باید بکوشد که شنونده خوبی باشد و در عین حال از اظهار نظرهای

همراه با قضاوت خودداری ورزد. پس از شروع مصاحبه با یک مکالمه عمومی و در محیطی آرام، باید کانون مصاحبه جزئیات چگونگی رخداد آسیب کودک باشد. سوال اصلی این است که آیا توضیح افراد خانواده در باره جراحات کودک با یافته‌های فیزیکی مطابقت دارد یا نه؟ و آیا همه اعضا فامیل از جمله خود کودک مجروح به یک شکل قضیه را توضیح می‌دهند یا نه؟ اگر کودک به حدی بزرگ باشد که بتوان با او مصاحبه کرد، باید به تنهایی با او به گفتگو نشست. مصاحبه کننده باید نسبت به ترس یا احساس گناه در کودک خیلی مراقب باشد. توصیف جراحات و تعیین علت احتمالی آن کار ساده‌ای است. وقتی تشخیص کودک آزاری مطرح می‌شود، باید وضعیت خانواده و محیط اجتماعی کودک دقیق و کامل ارزیابی شود تا در تصمیم‌گیری اقدامات درمانی بعدی راهنما باشند. وقتی جراحات کودک بسیار زیاد است.. باید او را در بیمارستان بستری کرد. همینطور گاهی برای حفظ امنیت کودک بستری کردن او در بیمارستان تا زمانی که مطمئن شویم بازگشت به خانه یا محیط جانشین خانه برای کودک خطری ندارد؛ ضرورت می‌یابد (پایگاه جامع اطلاعات پزشکی ایران سلامت، ۲۰۱۰).

عوامل خطر سوء استفاده جنسی از کودک شامل این موارد می‌باشد: عوامل مربوط به کودک و ویژگی‌های او مانند ناتوانی جسمی یا ذهنی، دختر بودن، سنین قبل تا اوایل بلوغ، عوامل مربوط به شرایط خانوادگی مانند بیماری‌های روانی خاص در افراد خانواده، انزوای اجتماعی، نزدیکی و تنیدگی بیش از حد روابط افراد خانواده، زندگی کردن تعداد زیاد افراد خانواده در فضای کوچک و نزدیکی فیزیکی بیش از حد افراد، مشخص نبودن حریم و حد و مرز بین افراد، مبهم بودن نقش افراد خانواده به عنوان والد یا فرزند مثل فرزندگی که نقش شریک جنسی والد را ایفاء می‌کند، ساختارهای خشک و غیر منعطف در خانواده، ارتباط ضعیف زوجین، مصرف مواد مخدر و الکل، ضعف مهارت‌های فرزندپروری، ناتوانی والدین در مراقبت کافی از فرزندان، درگیر بودن والدین در رفتارهای بزهکارانه، مشکلات شخصیتی مانند بی‌ثباتی در شخصیت، عوامل مربوط به محیط اجتماعی مانند زندگی در محیط‌هایی که افراد بزهکار و خلافکار در همسایگی حضور دارند، عوامل مربوط به سوء استفاده‌کنندگان

مانند سابقه آزار دیدگی جنسی، داشتن مشکلات روانی، منفعل بودن و بی کفایتی از نظر اجتماعی و قرار داشتن در سنین نوجوانی. برخی مطالعات نشان داده‌اند که ۸۰ درصد موارد کودک آزاری جنسی در موقعیت‌های دو نفره اتفاق می‌افتد که نظارت والدین در این شرایط کم می‌شود و زمان و مکان مناسب برای مهاجم فراهم می‌آید (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

سوء استفاده جنسی از کودک به دو شکل صورت می‌گیرد: سوء استفاده جنسی درون خانوادگی و سوء استفاده جنسی برون خانوادگی.

در سوء استفاده جنسی درون خانوادگی، فرد آزار دهنده یکی از اعضای خانواده است و با فرد قربانی در یک خانه زندگی می‌کند. این فرد می‌تواند یکی از والدین، همشیرها، برادران و خواهران یا هر خویشاوندی باشد که با فرد قربانی رابطه خونی دارد. در سوء استفاده جنسی برون خانوادگی فرد آزار دهنده خارج از چهارچوب خانواده و فامیل قرار دارد و می‌تواند یک غریبه، همسایه، معلم و یا دوست باشد (فیشر و مک دو نالد، ۱۹۹۸).

سوء استفاده جنسی در خانواده عبارت است از بهره برداری جنسی و تجاوز در بین اعضای خانواده. این امر توسط عضو بالغ خانواده و یا دوست نزدیک خانواده صورت می‌گیرد که مسائلی مانند فحشاء و زنا با محارم را پدید می‌آورد. این آسیب شامل درگیر کردن کودک در فعالیت‌های جنسی است. فعالیت‌هایی که غالباً کودک آنها را نمی‌فهمد و قادر نیست آگاهانه موافقت یا عدم موافقت خود را اعلام نماید. این فعالیت‌ها شامل گستره وسیعی از فعالیت‌های جنسی مانند عورت نمایی، نوازش کردن، پورنوگرافی (تماشاگری جنسی) کودک، تماس جنسی دهانی، مقعدی و یا تناسلی با افراد خانواده و خارج از خانه است. بیشترین متجاوزین جنسی شناسایی شده مذکر بوده و در حدود ۲۰٪ آنها نوجوانان هستند. حداقل ۲ تا ۳٪ کودکان در یک دوره متوسط سنی ۵ سال و به طور مستمر گرفتار روابط زنا با محارم بوده‌اند. برخوردهای جنسی کوتاه مدت شایع‌تر است. تقریباً یک سوم موارد کودک کمتر از ۶ سال، یک سوم بین ۶ تا ۱۲ سال و یک سوم بین ۱۲ تا ۱۸ سال هستند. میزان بروز در میان ناپدری‌ها ۵ برابر بیشتر از پدران واقعی است (فیشر و مک دو نالد، ۱۹۹۸).

پژوهش فیشر و مک دو نالد (۱۹۹۸) نشان داد که سوء استفاده جنسی برون خانوادگی (۵۶٪) کمی بیشتر از درون خانوادگی (۴۴٪) است. اگر چه این تفاوت خیلی زیاد نیست. در سوء استفاده جنسی درون خانوادگی کودکان مونث بیش از کودکان مذکر مورد سوء استفاده قرار می گیرند. همچنین کودکان جوان تر اغلب قربانی سوء استفاده جنسی درون خانوادگی هستند، در حالی که کودکان بزرگتر اکثر اوقات قربانی سوء استفاده جنسی برون خانوادگی می باشند. به علاوه، خشونت فیزیکی و کلامی در قربانیان سوء استفاده جنسی درون خانوادگی بیشتر مشاهده می شود. طول مدت آزار نیز در سوء استفاده جنسی درون خانوادگی بیش از برون خانوادگی است.

سوء استفاده جنسی علیه کودکان هر دو جنس و عمدتاً علیه دخترها صورت می گیرد. گرچه کودکان در هر سنی هدف سوء استفاده قرار می گیرند، بیشترین تعداد قربانیان سوء استفاده جنسی را کودکانی تشکیل می دهند که در اواسط کودکی هستند. سوء استفاده جنسی در سنین کوچکتر و بزرگتر نیز روی می دهد. تعداد کمی از کودکان فقط یکبار آن را تجربه می کنند و در مورد برخی از آنها، سوء استفاده در اوایل زندگی آغاز می شود و سالها ادامه می یابد (بورک هارت و روتانوری، ۱۹۹۵، هولمز و اسلپ، ۱۹۹۸).

عموماً سوء استفاده کننده مرد است - پدر یا کسی که پدر او را خوب می شناسد. اغلب سوء استفاده کنندگان پدر، ناپدری، دوست پسری که در خانواده زندگی می کند و به ندرت عمو یا برادر بزرگتر هستند. در موارد معدودی، مادرها خلافکار هستند که عمدتاً از پسرها و نه از دخترها سوء استفاده جنسی می کنند. اگر سوء استفاده کننده از خویشاوندان نباشد، معمولاً کسی است که کودک او را می شناسد یا به او اعتماد دارد (کولین و تروول، ۱۹۹۶).

در بیشتر موارد، سوء استفاده جدی است: آمیزش مهملی یا مقعدی، تماس دهانی - تناسلی، نوازش کردن، و تحریک اجباری سوء استفاده کننده. سوء استفاده کنندگان با انواع شیوه های زننده کودک را به اطاعت و می دارند که فریب، رشوه دهی، تهدید کلامی، و فشار جسمانی از جمله آنها هستند (گومز - شوارتز، هوروتیز و کاردارلی، ۱۹۹۰).

خیلی از خلافکاران مسئولیت خود را انکار می کنند. آنها تقصیر سوء استفاده خود را به گردن کودک اغواکننده می اندازند. در حالی که کودکان قادر نیستند برای وارد شدن به یک رابطه جنسی تصمیم اختیاری و آگاهانه بگیرند. حتی در سنین بالاتر، آنها آزاد نیستند که بگویند بله یا خیر. در عوض سوء استفاده کنندگان دارای خصوصیتی هستند که آنها را به سمت بهره کشی جنسی سوق می دهد. آنها در کنترل کردن تکانه هایشان مشکل زیادی دارند، می توانند به اختلال های روانی مبتلا باشند و اغلب به الکل یا مواد مخدر معتاد هستند. معمولاً آنها کودکانی را انتخاب می کنند که بعید است از خود دفاع کنند مانند آنهایی که از لحاظ جسمانی ضعیف هستند، از لحاظ عاطفی محروم اند و از نظر اجتماعی منزوی هستند (فالر، ۱۹۹۰).

موارد گزارش شده سوء استفاده جنسی با فقر، بی ثباتی زندگی زناشویی و ضعف پیوندهای خانوادگی رابطه نیرومندی دارند. کودکانی که در خانواده هایی زندگی می کنند که همواره شخصیت آنها تغییر می کنند - ازدواج های مکرر، جدایی ها و والدین جدید - بیشتر آسیب پذیر هستند. اما زمینه یابی ها نشان می دهند که کودکان با مرتبه اجتماعی اقتصادی متوسط، در خانواده های نسبتاً با ثبات نیز قربانی می شوند. آنها به احتمال بیشتری از شناسایی شدن می گریزند (گومز - شوارتز، هوروتیز و کاردارلی، ۱۹۹۰).

قربانیان آزار جنسی کودک به طور مکرر روابط خانوادگی و ارتباط والد فرزندی ضعیفی را گزارش داده اند (فینکلهر و همکاران، ۱۹۹۰، فرگوسن و همکاران، ۱۹۹۶).

والدین سوء استفاده کننده کاربرد تنبیه های شدید مکرر، با جرات مند بودن بیشتر در کودک و نیز مرزشکنی اخلاقی و قوانین اجتماعی و عدم اطاعت را بیش از والدین غیر سوء استفاده کننده گزارش داده اند. همچنین تعارض میان والدین و نقصان حمایت اجتماعی با خطر سوء رفتار مرتبط است. علاوه بر آن، قربانیان مونث سوء استفاده جنسی بیشتر احتمال دارد که با پدر خونی خود زندگی نکرده باشند و مجبور به زندگی با ناپدری شده باشند. تخریب و زایل شدن ارتباط با والدین خونی، فرزند دختر را بیشتر در معرض سوء استفاده

جنسی قرار می‌دهد و زندگی با ناپدری یا نامادری خطر سوء استفاده جنسی را افزایش خواهد داد (فینکلهر و همکاران، ۱۹۹۰).

عوامل اجتماعی، فرهنگی، روانشناختی و فیزیولوژیکی می‌توانند منجر به از بین رفتن محارم شوند. رفتارهای زناکارانه با سوء مصرف الکل، پر جمعیتی خانواده، افزایش خشونت جسمی در خانواده و انزوای اجتماعی ارتباط دارند. اختلال‌های روانی شدید و نقایص عقلانی در بعضی از زناکاران و مرتکبین سوء استفاده جنسی از کودک گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

میزان شیوع و بروز

تا همین اواخر تصور می‌شد که سوء استفاده جنسی از کودک نادر است. وقتی که کودکان سوء استفاده جنسی از آنها را نقل می‌کردند، بزرگسالان معمولاً ادعای آنها را جدی نمی‌گرفتند. در دهه ۱۹۷۰ تلاش‌های متخصصان همراه با توجه گسترده رسانه‌های گروهی باعث شدند که سوء استفاده جنسی از کودک به عنوان یک مشکل جدی و فراگیر تشخیص داده شود. در طی ۲۱ سال گذشته افزایش نگران کننده‌ای در مورد آزار جنسی مشاهده شده است. طبق گزارش‌های مرکز مطالعه بروز و شیوع کودک آزاری و غفلت در طی سال‌های ۱۹۸۰-۱۹۷۹، موارد آزار جنسی برابر ۴۴۷۰۰ بوده است. تا سال ۱۹۹۳، این تعداد یک افزایش ۳۰۰۰۰۰ موردی داشته است. هر سال بیش از ۲۰۰۰۰۰ مورد سوء استفاده جنسی از کودک در ایالات متحده گزارش می‌شود (اداره خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، ۱۹۹۹). با این حال این آمار خیلی کمتر از تعداد واقعی است زیرا کودکانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند، احساس ترس، سردرگمی و گناه می‌کنند و معمولاً وادار به سکوت می‌شوند. بیشتر از ۸۰۰۰۰ مورد در سال سوء استفاده جنسی از کودک در آمریکا روی می‌دهد و میانگین سنی، ۹ سالگی است. ده درصد از سوء رفتارها را آزار جنسی تشکیل داده است. سوء استفاده جنسی در مدارس، مراکز مراقبت روزانه و خانه‌های گروهی گزارش شده است؛ جاهایی که مراقبین بالغ مرتکبین عمده شناخته شده‌اند.

قانون، کودک آزاری و غفلت از توجه به آنها را چنین تعریف کرده است: آسیب رساندن جسمی یا روانی، سوء استفاده جنسی، غفلت عمدی از توجه، و بدرفتاری با یک کودک زیر ۱۸ سال، به وسیله کسی که مسئول، و سرپرست اقتصادی آن کودک می باشد به گونه ای که سلامتی و رفاه کودک در معرض آسیب قرار گیرد و یا آسیب ببیند. در بیشتر موارد، کودک آزاری را باید به عنوان نشانه ای از یک اختلال در کل خانواده تلقی کرد. تنها با درک عواملی که در رویداد چنین امری دخیل هستند می توان اقدام منطقی برای رفع آن انجام داد. بر حسب منبع اطلاعات و نوع تعریف، تخمین های مربوط به میزان وقوع (انسیدانس) کودک آزاری متفاوت است. چنین گزارش می شود که سالانه یک درصد کودکان مورد آزار قرار می گیرند. تقریباً دو سوم موارد، آزار جسمی را شامل می شود، یک چهارم سوء استفاده جنسی، ۵٪ ناتوانی در رشد به علت غذا ندادن به طفل و درصدهای کمتری به علل دیگر نظیر غفلت در رسیدگی به بیماری کودک، عدم مراقبت آشکار از طفل، مسموم کردن یا دوا خوردن تعمدی به کودک و آزار عاطفی شدید بوده است. بر پایه بررسی های خانه به خانه در امریکا ۴-۱ میلیون مورد کودک آزاری در سال تخمین زده می شود. در موارد زیر احتمال گزارش کودک آزاری کمتر است کودک از خانواده ای سفید پوست و مرفه باشد، مادر متهم به آزار کودک باشد، آزار بیشتر جنبه عاطفی داشته باشد تا جسمی، ممکن است پزشکان از گزارش موارد کودک آزاری خودداری کنند زیرا دوست ندارند به عنوان متهم کننده مردم قلمداد شوند و از آنجا که نقش سنتی آنها به عنوان امدادگری مهربان است؛ این عمل مخالف با تصویری است که از خود دارند. در پاره ای موارد دیگر نیز علت آن است که نمی خواهند وقت زیادی صرف کنند یا از حضور در دادگاه یا عدم اطلاع در باره قانون نگرانند و بالاخره برخی پزشکان نمی دانند وقتی حدس کودک آزاری زده می شود، چه باید کرد. قوانین مربوط به گزارش موارد کودک آزاری سعی دارد، با تمهیداتی از این خودداری پزشکان جلوگیری کند: گزارش موارد مشکوک به کودک آزاری اجباری است. پزشکان از هر گونه اقامه دعوی در ارتباط با گزارشی که با نیت خیرخواهانه بدهند، مصون خواهند بود و قانون مقرر داشته است که مسولیت تشخیص کودک آزاری و صحت و سقم آن برعهده

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۳۷

موسسه حمایت از کودکان و نه پزشک معالج است. بنابراین برای آنکه رابطه پزشک با خانواده بیمار قطع نشود، می‌تواند اظهار کند که وی مطابق قانون موظف به دادن گزارش در مورد کودک آزاری بوده است؛ و هدفش صرفاً ارائه کمک و یافتن راهیایی برای پیشگیری از هرگونه آسیب احتمالی بوده است. بعضی خانواده‌ها با خشم و عصبانیت، واکنش نشان می‌دهند. اما بقیه فرصتی را که برای حل مشکل آنها پیش آمده مغتنم می‌شمارند (پایگاه جامع اطلاعات پزشکی ایران سلامت، ۲۰۱۰).

بنظر می‌رسد که سوء استفاده جنسی از کودک شیوع بالایی داشته باشد، ولی به دلیل پنهان کاری مهاجمین و قربانیان تخمین دقیق شیوع آن در جامعه کار دشواری است. بر اساس مطالعات انجام شده در آمریکا ۱۰ تا ۲۵ درصد دخترها قبل از ۱۸ سالگی به شکلی قربانی سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند و در سال نزدیک به ۹۰۰۰۰ کودک آزار دیده جنسی شناسایی می‌شوند. بیشترین دوره سنی بین سنین ۸ تا ۱۱ سالگی است. تا ۵۰ درصد قربانیان بیش از یک بار تجربه آزار جنسی داشته‌اند. والدین مذکر یا مراقبین مذکر بیشترین میزان کودک آزاری جنسی را مرتکب می‌شوند. پسرهای آزار دیده جنسی نسبت به دخترها کمتر قابل شناسایی هستند که به دلیل تمایل کمتر پسرها برای افشای واقعه است. آمارهای ارائه شده در برخی کشورهای دیگر نشان می‌دهد که از هر ۴ دختر یک نفر و از هر ۶ پسر یک نفر قبل از ۱۸ سالگی قربانی آزار جنسی می‌شوند. بر اساس همین آمارها از هر ۵ کودکی که وارد اینترنت می‌شوند، یک کودک در تعاملات اینترنتی پیشنهادهای جنسی دریافت می‌کند و تقریباً ۷۰ درصد موارد آزار جنسی در کودکان کمتر از ۱۸ سال بوده است. سن متوسط قربانیان حدود ۹ سال است و به ترتیب حدود ۲۰ و ۲۵ درصد قربانیان سنین کمتر از ۸ و ۱۲ سال داشته‌اند. ۶۰ درصد توسط افراد آشنا و مورد اعتماد خانواده و ۳۰ تا ۴۰ درصد توسط خویشاوندان مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند. در ۴۰ درصد موارد، نوجوانان بزرگتر، کودکان را مورد آزار قرار داده‌اند (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

در منطقه آسیای جنوب شرقی به کرات تجاوز جنسی گزارش می‌شود. واحد اپیدمیولوژی تایلند در سال ۲۰۰۲ مواردی از آسیب‌ها و مرگ‌های ناشی از تجاوز جنسی

کودکان زیر ۱۰ سال را طبق گزارش‌های بیمارستان‌ها اعلام نمود. در هند نیز در سال ۱۹۹۷ موارد تجاوز جنسی در کودکان ۲۸/۸ درصد بود. نتایج یک بررسی در بنگلور نشان داد که از میان ۱۲۱ پسر خیابانی بین سنین ۲۱-۹ سال، ۷۴ مورد تجربه جنسی داشتند که ۴۰ مورد اولین تجربه جنسی را قبل از ۱۲ سالگی ذکر نمودند (به نقل از رضا سلطانی و رافت، ۱۳۸۶).

پورنوگرافی کودکان با اینترنت از جمله پیامدهای منفی اعتیاد به اینترنت است. طبق آمار از سال ۲۰۰۴ سایت‌های مستهجن کودکان ۸۰٪ رشد داشته است. ۴۰٪ این گونه سایت‌ها در امریکا، ۲۸٪ در روسیه، ۱۷٪ در آسیا و ۱۳٪ در اروپا نگهداری و پشتیبانی می‌شود. طبق آمار ۱۰٪ از کودکانی که در امریکا از اینترنت استفاده می‌کنند تا به حال با افرادی که تقاضا کننده خدمات جنسی بوده‌اند روبه‌رو شده‌اند. تنها پنج کشور استرالیا، بلژیک، فرانسه، آفریقای جنوبی و امریکا برای پورنوگرافی قوانین دارند (به نقل از روزی طلب و محمدی، ۱۳۸۶).

بر اساس آمار کشورهای عربی، ۹۰ درصد قربانیان سوء استفاده‌های جنسی دختر و ۲۰ درصد پسر هستند. به گزارش یکی از روزنامه‌های اسپانیایی در اکتبر ۱۹۹۸ باندهای مافیایی آدم‌ربایی، ۱۴۲ تن از کودکان این کشور را در سالهای اخیر ربوده و به سایر نقاط جهان انتقال داده‌اند. دنور و کنتول (۱۹۸۱) در بررسی گزارش‌های موارد سوء استفاده جنسی، دریافتند که تمام قربانیان زیر سن ۱۸ سال بوده‌اند. به طور کلی میزان سوء استفاده جنسی در هر هزار نفر، یک نفر بوده است. همچنین سن ۴۵ درصد از قربانیان کمتر از ۱۲ سال و ۱۶ درصد کمتر از ۶ سال ذکر شده است. سوء استفاده جنسی محارم از کودکان معمولاً بین سنین ۱۲ تا ۱۴ سال می‌باشد که دوره پرخطر آن ۴ و ۹ سالگی است، زیرا انجام اعمال جنسی با کودکان، تحت عنوان ابراز محبت یا بازی یا از طریق دادن رشوه و تهدید کردن بسیار راحت و آسان است. بسیاری از کودکان از این اعمال آگاهی ندارند. تنها در سنین ۱۰-۱۱ سالگی است که آنان می‌فهمند این قبیل اعمال از نظر اخلاقی نادرست است (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۶). تقریباً یک سوم قربانیان آزار جنسی کودکان کمتر از ۶ سال، یک سوم بین ۶ تا ۱۲ سال و یک سوم بین ۱۲ تا ۱۸ سال و یک سوم بین ۱۲ تا ۱۸ ساله‌اند. حدود ۵۰ درصد از کودکانی که مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند، به دلیل کم‌سنی قادر به بازگو کردن موارد نیستند و این امر بیانگر این امر است

که آمارهای اعلام شده در زمینه شیوع آزار جنسی در سنین پائین از اعتبار و روایی برخوردار نیست. طبق آمار کشورهای عربی، سن متوسط قربانیان جنسی ۵ سال است.

گزارش دوره‌ای کمیته‌ی کودکان انگلستان در شهر روترهام انگلستان حاکی از این است که در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۱۳ حداقل ۱۴۰۰ کودک تحت بهره‌کشی جنسی وحشیانه قرار گرفته‌اند. کودکانی حدود ۱۱ ساله از سوی مجرمان متعدد مورد تجاوز قرار گرفتند، ربوده شدند، برای بهره‌برداری به شهرهای دیگر انتقال داده شدند، ضرب و شتم شدند و مرعوب گردیدند. مرتکبین این جنایات تقریباً به طور عمدۀ پاکستانی داشته‌اند و قربانیان آنها اغلب دختر بچه‌های مدرسه‌ای سفید پوست بوده‌اند. این گزارش نشان می‌دهد در فاصله‌ی ماه اوت ۲۰۱۰ تا اکتبر ۲۰۱۱، ۲۴۰۹ کودک توسط باندها و گروه‌ها مورد بهره‌کشی جنسی واقع شده‌اند. این قربانیان در معرض تجاوز، آزار جنسی و عاطفی و تجاوز فیزیکی قرار گرفته‌اند. تخمین زده می‌شود که تنها طی یک سال دست کم ۱۶۵۰۰ کودک نشانه‌هایی از خود نشان داده‌اند که نشان می‌دهد در خطر بهره‌کشی جنسی قرار دارند. در گزارش آمده است که بسیاری فاش کردند که در اوان خردسالی از جانب اعضای خانواده و آشنایان مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند. اغلب این مسأله شناسایی نشده و هیچ اقدامی نیز در راستای حمایت از آنان به عمل نیامده است. این نوع آزار T پیوند مستقیمی با آزارهای بعدی‌شان داشته و HK را آسیب پذیرتر ساخته است. با حدود ۲۳ نفر از رده‌ی سنی پایین مصاحبه شد. بیش از نیمی از آنان گفتند که در خانواده‌هایی زندگی کرده‌اند که خشونت خانگی در آنها وجود داشته است. چهار نفر گفتند در خانواده‌ی خود تجربه‌ی آزار جنسی داشته‌اند. اکثریت کودکانی که دچار بهره‌کشی جنسی می‌شوند، در هنگام آغاز آزار جنسی، با خانواده‌ی خود زندگی می‌کردند. گروه تحقیق با تیمی متشکل از مسئولین شناسایی و حمایت از قربانیان بهره‌کشی جنسی از کودکان و نیز با پلیس‌های مسئول شناسایی قربانیان و کودک‌آزاران، دیدار کردند. گروه تحقیق همچنین با مسئولانی دیدار کرد که شواهدی داشتند مبنی بر این که تمام قربانیان منطقه زنان سفید پوست انگلیسی بودند. سپس گروه با کارکنان سازمان مددکاری جوانان 4 در همان شهر دیدار به عمل آورد. شواهد آنان نشان داد که تمام قربانیان دختران سیاه

پوست و اقلیت‌های قومیتی بودند. گزارش به مواردی اشاره کرده است که قربانیان سیاه پوست و اقلیت‌های قومیتی شناسایی شده بودند ولی متخصصان سهواً به گروه تحقیق اعلام کرده بودند که قربانیان شناسایی شده فقط شامل دختران سفید پوست هستند. والدین فرزندان سیاه‌پوست و آسیایی ممکن است به پلیس و خدمات حمایت از کودکان اعتماد چندانی نداشته باشند و چه بسا این موضوع آنان را از گزارش کودک‌آزاری بازدارد.

کودکانی که مورد آزار قرار می‌گیرند بیشتر در معرض آزار اعضای خانواده‌ی خود هستند تا دیگران. موسسه خیریه‌ی چایلد لاین اظهار داشت که بر اساس تماس‌های دریافتی در رابطه با آزار جنسی، ۵۹ درصد از آزاردهندگان، اعضای خانواده بودند. پیترو ساندروز از انجمن ملی قربانیان کودک‌آزاری گفته است که این موسسه با هزاران نجات‌یافته‌ی آزار جنسی صحبت کرده است. وی می‌گوید اکثریت قاطع (نزدیک به ۱۰۰ درصد)، در معرض آزار اعضای خانواده و یا معتمدین و آشنایان قربانی قرار گرفته‌اند. او اضافه می‌کند که تمرکز کردن روی گروه‌ها و قاچاقچیان، انحرافی بیهوده از مشکل بسیار بزرگ‌تر کودک‌آزاری در خانواده‌ها بوده است.

تجربه‌ی اجبار عمل جنسی می‌تواند تجربه‌ی پیچیده‌ای برای قربانی باشد. بسیاری از افراد در فقر زندگی می‌کنند، با فرصت‌هایی اندک بزرگ شده‌اند و انتظارات اندکی دارند. به آنها تلقین می‌شود که آنچنان بی‌ارزش هستند که وقتی کسی به آنها مواد مخدر، نوشیدنی و توجه نشان می‌دهد آن را به عنوان عشق تلقی کنند. تحقیق و کمک کردن به قربانیان اجبار عمل جنسی گاهی سال‌ها به طول می‌انجامد.

تحقیقات نشان داده است که بین ۷۵ تا ۸۰ درصد تن‌فروشان در دوران کودکی خود مورد سوءاستفاده‌های جنسی قرار گرفته‌اند. سوءاستفاده جنسی علیه کودکان هر دو جنس و عمدتاً علیه دخترها صورت می‌گیرد. گرچه کودکان در هر سنی هدف سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند، بیشترین تعداد قربانیان سوءاستفاده جنسی را کودکانی تشکیل می‌دهند که در میانه کودکی هستند. سوءاستفاده جنسی در سنین کوچکتر و بزرگتر نیز روی می‌دهد. تعداد کمی از کودکان فقط یکبار آن را تجربه می‌کنند و در مورد برخی از آنها، سوءاستفاده در اوایل

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۴۱

زندگی آغاز می‌شود و سالها ادامه می‌یابد (بورک هارت و روتانوری، ۱۹۹۵، هولمز و اسلپ، ۱۹۹۸).

محمد خانی و همکاران (۱۳۸۱) در پژوهشی در زمینه بررسی شیوع کودک‌آزاری و تعیین شایع‌ترین الگوی آزار در ۳۰۴۲ نفر از دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر تهران گزارش دادند که پسران بیش از دختران مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند و رابطه معنی‌داری بین جنسیت و میزان شیوع سوء استفاده جنسی وجود ندارد. بین انواع کودک‌آزاری، سوء استفاده جنسی در مرتبه چهارم قرار داشت.

در مورد شیوع سوء استفاده جنسی از کودک در ایران و مشخصات قربانیان و مهاجمان اطلاعات دقیقی در دست نیست. با این حال شواهد نشان می‌دهند که شیوع آن بالا است و اکثر قربانیان آن را دخترها تشکیل می‌دهند. مهاجمین از جنس مذکر هستند و به واسطه خویشاوندی به کودک دسترسی دارند (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

مطالعه‌ای در بین ۲۲۴۰ نوجوان دبیرستانی تهرانی انجام شد. این گروه شامل ۱۱۷۵ دختر و ۱۰۶۵ پسر در گروه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بود. از این تعداد، ۱۳۶۲ نفر (حدود ۶۰ درصد) به ۱۶۰۰ مورد کودک‌آزاری اشاره کردند (بعضی به دفعات مورد آزار قرار گرفته بودند). تعداد ۱۰۶ نفر (۴/۵ درصد از مجموع و ۶/۶ درصد از آزاردیدگان) گزارش کردند که در معرض آزار جنسی قرار گرفته‌اند و ۳۲ درصد از دانش‌آموزان حداقل به یک مورد بی‌توجهی و غفلت اشاره کرده‌اند. از کسانی که مورد آزار قرار گرفته بودند، ۶۱ درصد از آزار جنسی، ۳۳ درصد از آزار عاطفی و ۶/۶ درصد از آزار جسمانی خبر دادند. عادی‌ترین انواع آزار جسمی، سیلی خوردن (۴۸ درصد)، کتک خوردن با چوب یا وسایل دیگر (۱۷ درصد)، لگد زدن (۱۵ درصد)، پرت کردن (۱۰ درصد) و گاز گرفتن (۴ درصد) بود. در ۶۹ درصد از موارد، کودک آزار یا عضو خانواده بود (۲۲ درصد) یا خویشاوند نزدیک (۳۱ درصد) یا آشنای خانوادگی (۱۶ درصد). این بررسی همبستگی قابل ملاحظه و مستقیمی را بین کودک‌آزاری و شدت افسردگی کودکان آزار دیده نشان می‌دهد. نتایج این بررسی با اطلاعات به دست آمده از سایر کشورها مطابقت دارد.

احمدخانی ها، ترکمن نژاد شریف و حسینی مقدم (۱۳۸۱) ۸۷ کودک خیابانی در منطقه ۱۲ شهرداری شهر تهران به کمک پرسش نامه K-SADS از نظر وضعیت ابتلا به افسردگی و وجود سوء استفاده جنسی به کمک مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار دادند. میانگین سنی آنان $2/3 \pm 11$ سال بوده و ۶۴٪ (۵۶ نفر) از این کودکان پسر و ۳۶٪ (۳۱ نفر) دختر بودند. یافته‌ها نشان داد که ۲۶ نفر (۸۶٪) از دختران و ۲۷ نفر (۴۸٪) از پسران را افسرده نشان داد. ارتباط افسردگی با سابقه زندان رفتن پدر، بیکاری پدر و منبع تامین درآمد خانواده، غیر از پدر معنی دار بود. یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که ۱۸ نفر (۲۰٪) کودکان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند. فرد سوء استفاده کننده در ۵۵٪ موارد غریبه بود. سوء استفاده جنسی در این بررسی با افسردگی، مصرف مواد مخدر، سیگار یا سایر متغیرهای بررسی شده ارتباط معنی داری نداشت.

یافته‌های تحقیق انجام شده توسط سازمان پزشکی قانونی کشور طی سه سال ۷۱ تا ۷۳

نشان می‌دهد که:

۱- موارد کودک آزاری جنسی در دختران چهار مورد صفر تا ۵ سال، ۳۲ مورد ۶ تا ۱۰ سال و ۱۸۳ مورد ۱۱ تا ۱۳ ساله بوده‌اند. بنابراین شایعترین سن مراجعه ۱۱ تا ۱۵ سال بوده که ۸۳ درصد از کل موارد مراجعه را در بر می‌گرفته است.

۲- در پسران، از نظر شیوع سنی ۷ مورد زیر ۵ سال، ۴۲ مورد بین ۶ تا ۱۰ سال و ۳۵ مورد بین ۱۱ تا ۱۵ سال بوده‌اند. بنابراین شایعترین سن ارجاع و تجاوز ثابت شده در پسران ۶ تا ۱۰ سال است.

علیایی زند (۱۳۹۳) بیان کرد که مبنای کسانی که ادعا می‌کنند آزار جنسی در ایران بیشتر شده، آمارهایی است که اعلام می‌شود اما توجه داشت که آمارها، فقط ثابت می‌کنند افراد بیشتری مشکل شان را گزارش می‌دهند اما آمار اندک کودک آزاری در گذشته هم لزوماً به معنای کم بودن آن نبوده است، بلکه موارد گزارش شده ناچیز بوده چون، پرهیز از فاش کردن این مسأله در گذشته نسبت به امروز، بیشتر بوده است. به عبارتی دیگر امکان دارد شمار زیادی از کسانی که در گذشته مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته‌اند هرگز درباره مشکل شان

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۴۳

حرفی نزده باشند و بنابر این در آمارها نیز ثبت نشده‌اند. پس نمی‌توان با قاطعیت گفت که امروز با افزایش کودک آزاری نسبت به گذشته مواجه هستیم اما با قطعیت می‌توان ادعا کرد که سوء استفاده جنسی از کودکان در همه جای دنیا از جمله کشور ما زیاد است و روز به روز ابعاد گسترده‌تری نیز به خود می‌گیرد. به طوری که کودک آزارها در دنیا حتی از پدیده پیشرفت تکنولوژی و گسترش رسانه‌ها هم برای پیشبرد اهداف شان سوء استفاده کرده‌اند برای مثال برخی والدین در فیلپین عکس‌های عریان فرزندان شان را به سایت‌های هرزنگارانه می‌فروشد چون خیال می‌کنند کودکانشان مستقیم مورد آزار جنسی قرار نگرفته‌اند و فقط عکس عریان شان پخش شده است در حالی که هر نوع استفاده از کودکان به منظور لذت جنسی آزار جنسی محسوب می‌شود و آزار جنسی مسیر زندگی کودک را نابود می‌کند.

مرکز پیشگیری از کودک آزاری جنسی در ایران

موسسه پیشگیری از آزار جنسی کودکان در ایران در سال ۱۳۸۴ توسط شهین علیایی زند راه‌اندازی گردید و این مرکز نخستین مرکز فعال در این حوزه در ایران است. وی علت ایده راه‌اندازی چنین موسسه‌ای را چنین ذکر می‌کند: "من در آمریکا تحصیل کرده‌ام و در آنجا هر متخصصی که روانشناسی می‌خواند برای گرفتن دکتری باید دوره انترنی را گذرانده باشد. زمانی که من برای گذراندن این دوره در مرکز مشاوره دانشگاه بودم خانمی به عنوان مراجع به مرکز آمد که اصرار داشت درباره رشته دانشگاهی‌اش با من مشورت کند. موضوع گفتگوش به نظرم تا حدی غیر عادی بود چرا که معمولاً برای چنین مشاوره‌ای نباید پیش من که دوران انترنی روانشناسی خانواده را می‌گذراندم، می‌آمد. وقتی در جلسه مشاوره شرکت کرد فهمیدم که حدسم درست بوده است؛ مشکل او در واقع رشته دانشگاهی‌اش نبود. با پیشرفت جلسات مشاوره مشخص شد او درد می‌کشید چون کودکی هولناکی داشت. این زن و دو خواهر دیگرش بارها از سوی پدرشان در خانه مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته بودند. از شنیدن حرف‌های زن به شدت متاثر شدم اما نکته قابل توجه دیگری هم در این پرونده وجود داشت. خواهر چهارمی که از همه کوچکتر بود نجات پیدا کرده بود و هرگز مورد آزار و اذیت پدر

قرار نگرفته بود. در طول مدتی که خانم برای مشاوره و درمان می‌آمد من به چرایی مصون ماندن خواهر چهارم فکر می‌کردم. با تحقیقات بعدی متوجه شدم که خواهر چهارم شانس یادگیری مهارت‌های زندگی را داشته و درباره موضوع آزار جنسی اطلاعات کسب کرده و به همین علت در برابر خواسته نامشروع پدر مقاومت کرده است. بنابر این آموزش صحیح و به موقع، سرنوشت او را عوض کرده بود. زمانی که انقلاب اسلامی در ایران رخ داد من برای کار و زندگی به کشورم بازگشتم. در آن زمان علاوه بر کار درمان، در برخی مجلات کشور، مسئولیت نوشتن مقالات روانشناسی را به عهده گرفتم و هر هفته درباره موضوعی به مردم اطلاعات می‌دادم اما همیشه یاد آن دختر چهارم بودم. تحت تاثیر همان خاطره، یکبار در مقاله روانشناسی‌ام، مطلبی درباره آزار جنسی کودکان و تاثیر آن بر زندگی افراد در کودکی و بزرگسالی نوشتم. این مقاله پربازخوردترین مقاله‌ای شد که در آن مجله منتشر کردم به طوری که تا چهار سال افراد زیادی که بیشتر شان خانم بودند، به من مراجعه می‌کردند و گزارش‌هایی درباره آزار جنسی شان در کودکی ارائه می‌دادند. بیشتر آنها هنوز ازدواج نکرده بودند و نگرانی شان این بود که مبدا تجربه آزار دیدن شان در کودکی، بر روابط زناشویی شان تاثیر منفی بگذارد. در آن زمان بود که متوجه شدم چقدر شمار افرادی که مورد آزار و اذیت جنسی در کودکی واقع شده‌اند زیاد است اما جرأت بیان مشکل را ندارند. من آدم سرسخت و جسوری هستم. همان وقت به خودم گفتم امکان ندارد در زمان حیاتم این جریان را آشکار نکنم و به مردم درباره اش هشدار ندهم. این شد که در سال‌های بعد، پژوهش‌هایم را در این حوزه شروع کردم. گفتگو با مراجعه کنندگان پس از آن مقاله، در آن سالها به من خیلی کمک کرد و سرانجام در سال ۱۳۸۴، نخستین موسسه پیشگیری از آزار جنسی کودکان را راه اندازی کردم. من در این مرکز فعالیت‌های آموزشی انجام می‌دهم. هدف، افزایش آگاهی‌های اقشار مختلف جامعه است و همیشه گوشه‌ای از ذهنم، آن دختر چهارم نشسته است که آگاهی، مسیر زندگی‌اش را تغییر داد. مسلماً آگاهی رسانی ما هم می‌تواند این تغییر را در زندگی خیلی‌ها به وجود بیاورد. من گروه هدف آموزش در این حوزه را به سه دسته تقسیم کرده‌ام: نخست، متخصصان و فعالان حوزه حقوق کودک؛ دوم، پدر و مادرها و سوم

کودکان. من کتاب « من همه را دوست دارم، اما... » را در راستای افزایش آگاهی جنسی کودکان نگارش کرده‌ام. مهمترین هدف در این کتاب آن است که با زبانی ساده به کودکان یاد داده می‌دهم تا از اندام شان مراقبت کنند اما علاوه بر این من در جمع آوری داده‌های بیشتر از وضعیت کودکان در جامعه و سطح آگاهی‌های عمومی شان نسبت به مسأله آزار جنسی هم کمک می‌کنم. مهمترین ویژگی این کتاب تکیه بر فرهنگ ایرانی و پژوهش‌های انجام شده در ایران است چون مسایل جنسی در هر جامعه متأثر از فرهنگ است پس اگر می‌خواهیم درباره این مسایل به کودکان آموزش بدهیم هم باید به مسایل فرهنگی جامعه توجه داشته باشیم."

طرح ادغام پیشگیری از کودک آزاری جنسی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

ارزیابی وضعیت موجود

در راستای برنامه ریزی بهینه و هدف گزینی دقیق در رابطه با میزان شیوع سوء استفاده جنسی از کودک در مناطق روستایی و حاشیه شهری ایران بهتر است ابتدا از وضعیت موجود ارزیابی و سنجش به عمل آید. در این رابطه می‌توان:

- ۱- ارزیابی سریع و فوری میزان شیوع تقریبی سوء استفاده جنسی از کودک را در منطقه یا مناطق روستایی مورد نظر تعیین کرد.
 - ۲- پژوهش گسترده‌تری را به منظور تعیین دقیق میزان شیوع سوء استفاده جنسی از کودک در مناطق مختلف به اجرا در آورد.
- یکی از موانع احتمالی عمده در رابطه با تعیین میزان شیوع سوء استفاده جنسی از کودک در مناطق روستایی که با استفاده از پرسشنامه یا مصاحبه انجام می‌شود، عدم همکاری یا عدم افشاء سوء استفاده جنسی از کودک، به دلایل فرهنگی، مذهبی و اجتماعی است.

اهداف

اهداف به تنهایی نمی‌توانند به عنوان یک سیاست کاملاً موثر عمل کنند، اهداف با استفاده از راهبردها باعث ایجاد تغییر می‌شوند و نیز با توجه به تاثیری که بر تصمیم‌گیری‌های جامعه می‌گذارند، مورد قضاوت قرار می‌گیرند (ماراندا و کلرمونت، ۱۹۹۸).

اهداف درازمدت

اهداف درازمدت شامل موارد زیر هستند:

- کاهش میزان شیوع سوءاستفاده جنسی از کودک به میزان ۳۰٪ در جمعیت تحت پوشش به مدت ۲ سال
- بهبود بخشیدن به سیاست‌های دولت و خدمات جامعه در رابطه با سوءاستفاده جنسی از

کودک

در برخی کشورها، آژانس‌ها و موسساتی وجود دارد که افراد موظفند به محض اطلاع یافتن از این پدیده آنها را مطلع نمایند. متخصصین در این موسسات، وضعیت موجود را ارزیابی کرده، بهترین روش برخورد را پیدا می‌کنند و مداخلات درمانی، حمایتی یا قضایی را بر حسب مورد انجام می‌دهند. در ایران چنین موسساتی وجود ندارد لذا بایستی به پلیس خبر داد تا سوءاستفاده کننده را شناسایی کند و بر اساس شرایط، مداخلات حمایتی را انجام دهد. برای انجام مداخلات، پلیس باید آموزش‌های لازم را در مورد نحوه برخورد با این کودکان دیده باشند و مداخلات آنها باید زیر نظر متخصصین بهداشت روان کودکان صورت گیرد. به عبارت دیگر تعامل سیستم‌های قضایی و پلیسی با متخصصین بهداشت روانی تاکید می‌شود.

موسسات نگهداری کودکان بایستی برنامه‌هایی را برای آموزش مربیان و سرپرستان در خصوص پیشگیری از این پدیده داشته باشند. درگیر ساختن سازمان‌های حمایتی و درمانی برای کمک به خانواده‌ها مثل سازمان بهزیستی و سازمان تامین اجتماعی که خدمات آنها شامل حمایت از اقشار آسیب پذیر و کاهش عوامل خطر اجتماعی است مانند وجود کمک تلفنی و صدای مشاور، و خدمات تشخیصی و درمانی برای شناسایی موارد سوءاستفاده جنسی از

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۴۷

کودک، انجام معاینات جسمی و روان شناختی تخصصی و برنامه ریزی درمانی و اقدامات لازم برای کاهش تاثیر بیماری موثر می باشند.

- تغییر نگرش مردم (زنان و مردان) در مورد سوء استفاده جنسی از کودک و عوارض جسمانی و روانی ناشی از آن

- تغییر هنجارهای اجتماعی در مورد اجتناب ناپذیر بودن یا طبیعی جلوه دادن سوء استفاده جنسی از کودک

اهداف میان مدت

اهداف میان مدت شامل موارد زیر هستند:

- افزایش آگاهی و توانایی کارکنان بهداشتی در رابطه با شناسایی و ارجاع سوء استفاده

جنسی از کودک

- مراقبت منظم و مستمر از کودکانی که در معرض سوء استفاده جنسی قرار دارند.

- حمایت از کودکان در خانواده‌هایی که در آن سوء استفاده جنسی رخ می دهد.

- کار با افرادی که به سوء استفاده جنسی از کودک اقدام می کنند و آموزش و درمان

آنها .

اهداف کوتاه مدت

اهداف کوتاه مدت شامل موارد زیر هستند:

- شناسایی سوء استفاده جنسی از کودک در منطقه توسط تیم بهداشتی (بهورزان و

رابطین بهداشتی)

- ارجاع به پزشک یا روانشناس جهت مشاوره و درمان

- پیگیری، ارجاع و مراقبت مستمر

- آموزش کودکان دختر و پسر در معرض خطر

- کاهش میزان شیوع سوء استفاده جنسی از کودک به میزان ۱۰٪ در عرض یک سال در

راستای پیشگیری اولیه از سوء استفاده جنسی از کودک. بررسی‌ها نشان داده است که

۴۸ / برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک

پیشگیری اولیه (آموزش، تغییر هنجارهای اجتماعی، آموزشی کارکنان بهداشتی به منظور شناسایی سریع و به موقع سوء استفاده جنسی از کودک، تغییر قوانین حقوقی، اجرای برنامه‌ها و راهبردها برای اقتدار بخشیدن به کودکان در جامعه و دسترسی منابع حمایتی برای قربانیان سوء استفاده جنسی نیز ضروری می‌باشد (هایمان و همکاران، ۲۰۰۰).

راهبردها برای پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک

برای رسیدن به اهداف باید از راهبردهای مناسبی استفاده کرد. راهبردها عمدتاً از طریق این سوال‌ها انتخاب می‌شوند:

- توزیع مشکل در جامعه چقدر است؟ و به مرور زمان چطور تکامل می‌یابد؟
- عوامل عمده‌ای که با مشکل مرتبط هستند کدامند؟
- چه گروه‌هایی از جامعه بیشتر تحت تاثیر این مشکل قرار دارند؟
- چه ابزارها و روش‌هایی برای پیشگیری از مشکل موثر است؟ (ماراندا و کلرمونت، ۱۹۹۸).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) نیاز به اقدامات فوری و اجرای راهکارهای عملی و موثر برای پیشگیری از سوء استفاده جنسی را ضروری می‌داند که به شرح زیر هستند:

- ۱) تعهد تقویت و عملکرد ملی
 - ۲) ارتقاء پیشگیری اولیه
 - ۳) درگیر کردن بخش سلامت
 - ۴) تقویت پاسخ‌بخش سلامت
 - ۵) حمایت از کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند.
 - ۶) حساس کردن سیستم‌ها و تشکیلات قضایی
 - ۷) حمایت از پژوهش و فعالیت تیمی/گروهی.
- از نظر گودمن و اسکات (۱۹۹۷) کنترل و مدیریت کودک آزاری باید با سه هدف زیر صورت پذیرد:

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۴۹

- ۱- اولین هدف عبارت است از پیشگیری از آزارهای بعدی است.
- ۲- هدف دوم کاهش آسیب ناشی از آنچه قبلاً روی داده است.
- ۳- هدف سوم شامل تامین نیازهای هیجانی، اجتماعی و تحصیلی کودک در طولانی مدت می باشد که عبارت اند از تصمیم گیری در مورد اینکه آیا بهترین موقعیت برای کودک یا نوجوان در خارج از خانه است یا خیر. اقدامات درمانی بسته به نوع آزار و شرایط زمانی و مکانی کودک متفاوت است.

پیشگیری

پیشگیری با هماهنگی سازمان های مختلف و در حوزه های فردی، خانوادگی و اجتماعی بایستی به شرح زیر انجام پذیرد:

مداخلات پیشگیرانه در سطح اجتماعی:

- آموزش همگانی، بهبود روش های فرزندپروری، درمان بیماری های روانپزشکی و پیشگیری از بروز این بیماری ها، آموزش مهارت های اجتماعی به کودکان، پیشگیری از گسترش مواد مخدر و درمان مبتلایان، بهبود عملکرد خانواده ها، کاهش مشکلات اجتماعی افراد، بهبود وضعیت مسکن، و وجود فضاهای کافی برای زندگی افراد در کنار هم. راهکارهای اساسی در پیشگیری از خشونت علیه کودکان شامل موارد زیر هستند:
- ۱- ثبت دقیق تمامی موارد تولد نوزادان در اسرع وقت بطوری که مانع نوزاد کشی، فروش کودک و ربوده شدن گردد.
 - ۲- بازنگری و اصلاح قوانین موجود در باره حقوق کودکان و تصویب قوانین بازدارنده از تنبیه بدنی و سوء استفاده از کودکان
 - ۳- اقدام جهت رشد آگاهی جامعه و والدین در خصوص حقوق کودک
 - ۴- ممنوعیت استفاده از خشونت برای اهداف آموزشی در خانواده و مدارس
 - ۵- اقدام مناسب و مؤثر جهت زدودن روش های سنتی ای که به بهداشت و سلامت جسمی و روانی کودک آسیب می رساند.

۶- منع قانونی اعمال خشونت در سازمان‌ها و نهادها مثل زندان‌ها، مدارس، مهدهای کودک و سایر مؤسسات

۷- اقدام به پیشگیری از بروز خشونت در تمامی خدمات و امور مربوط به کودکان و خانواده‌های آنان

۸- مطرود شمردن تمامی اشکال خشونت در میان افراد توسط رهبران فکری و مسئولین جامعه به طور مستمر

۹- رفع هرگونه نابرابری و تبعیض در مورد کودکان

۱۰- ارتقاء سطح خدمات بهداشتی

۱۱- ارتقاء سطح آموزشی و امکانات تفریحی کودکان

۱۲- اجرای برنامه آگاه‌سازی و ارائه اطلاعات به والدین

۱۳- اصلاح نظام دادگستری ویژه نوجوانان منطبق با مقررات پیمان نامه حقوق کودک

۱۴- عدم پخش برنامه‌ها و تصاویر خشونت آمیز از طریق رسانه‌ها

۱۵- داشتن تعریف یکسانی از کودک و کودک‌آزاری در قوانین

۱۶- دسترسی کودکان به مراکز مشاوره از طریق تلفن، مراجعه حضوری و مکاتباتی

۱۷- تعیین معیارهای جدا کردن اجباری کودک از خانواده در مواقع بحرانی

۱۸- اجرای برنامه‌های پیشگیرانه با هدف تشویق کودکان به محافظت از خود در برابر

خشونت

۱۹- برقراری یک سیستم گزارش دهی دائمی در سطح کشور برای موارد سوءاستفاده و

آزار کودکان

۲۰- تلاش در جهت کاهش فقر، اعتیاد و بیکاری (نجفی توانا، ۱۳۹۴).

مداخلات پیشگیرانه در سطح خانواده:

مداخلات پیشگیرانه در سطح خانواده شامل موارد زیر هستند:

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۵۱

(۱) داشتن نظارت کافی بر کودکان و تعاملات آنها با سایر افراد به وسیله برقراری مقررات

مشخص

(۲) پیش بینی شرایطی که در آن احتمال سوء استفاده جنسی از کودک بیشتر است (مثل وجود فرد بزهکار در همسایگی و یا ساعات خاص شبانه روز برای حضور کودک در بیرون از خانه)

(۳) شناخت عوامل فردی مانند عقب ماندگی ذهنی

(۴) شناخت عوامل خطر خانوادگی (مثل وجود بیمار روانی و معتاد در خانواده، مشکل در روابط بین افراد خانواده، نبود حد و مرز بین افراد خانواده و درهم تنیدگی روابط، نبود فضای فیزیکی کافی برای زندگی افراد خانواده)

(۵) آموزش مهارت‌هایی که می‌توانند کودک را برای مقابله با این پدیده توانمند سازند (مانند آموزش چگونگی مقابله با مهاجمین، عدم اعتماد به افراد غریبه و وعده‌های آنها، فریاد کشیدن و کمک خواهی و جرات مندی و تمرین این روش‌ها توسط والدین در حین بازی بدون ایجاد ترس و وحشت در کودک). آموزش والدین برای توانمندسازی آنها در مدیریت این مشکل اهمیت دارد. لازم است والدین یا مراقبان کودک از افراد مورد اعتماد و نیز از کمک‌های تخصصی برای غلبه بر مشکلات استفاده کنند (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

چون آزار جنسی کودکان، معمولاً توسط بزرگسالان بالاتر از ۱۸ سال یا نوجوانانی که چندین سال از کودک بزرگ ترند اتفاق می‌افتد، والدین باید تمهیداتی فراهم کنند که از موقعیت‌های بروز آزار جنسی کودکان پیشگیری به عمل آید و موقعیت‌هایی که احتمال سوء استفاده جنسی کودکان وجود دارد، به حداقل برسد:

۱. موقعیت‌هایی را که کودک به صورت غیر ضروری (مثلاً بازی) با بزرگسالان یا نوجوانان تنها می‌ماند، به حداقل رساند؛ در صورتی که اجباراً کودک باید نزدیک بزرگ سال یا نوجوان تنها بماند، باید حداکثر شرایط امنیتی را لحاظ کرد و مطمئن شد که چند بزرگ سال و نوجوان دیگر هم آن جا حضور دارند.

۲. موقعیت‌هایی را که در آن احتمال آزار جنسی وجود دارد باید پیش بینی کرد. در مواقعی که کودک با چند نوجوان یا بزرگسال دیگر مشغول ورزش یا کلاس‌های هنری مثل موسیقی، خطاطی، نقاشی و شناست باید از مربیان و معلمان سؤال شود که آیا نظارت کافی بر رفتارهای نوجوانان یا بزرگسالان، در ارتباط با کودکان دارند یا نه؟
۳. گاهی خانواده‌ها مجبورند، فرزندشان را به دست یک بزرگسال بسپارند (مثل رانندگان سرویس مدرسه و مهد، مربی موسیقی، مربی ورزشی، معلم خصوصی)، والدین باید در استخدام این افراد، نهایت دقت و اطمینان را حاصل کنند. بهتر است والدین در استخدام این گونه افراد به مراکز معتبر که نظارت کافی بر کارکنان خود دارند و تحقیقات کافی روی صلاحیت اخلاقی آنها و نداشتن سوء پیشینه آنها به عمل آورده‌اند، مراجعه کنند. این امر مراکز چون باید پاسخگوی والدین در مقابل مشکلات احتمالی باشند از اطمینان بیش‌تری در مقایسه با افرادی که خانواده‌ها شخصاً استخدام می‌کنند برخوردار هستند.
۴. زمانی که مجبورند فرزندشان را با یک بزرگسال یا یک نوجوان بزرگ‌تر از خودش تنها بگذارند، نظارت و مراقبت را بیش‌تر کنند و گاهی اوقات به صورت غیر منتظره و سرزده به سراغ آنها بروند. حتی اگر آن فرد مورد اعتماد خانواده و از آشنایان باشد.
۵. بیشتر، مراقب کودکان کم سن و سال کودکان ناتوان ذهنی باشند. کودکان کم سن و سال به علت کم سن و کودکان ناتوان ذهنی به علت هوش کم، بیش‌تر در معرض خطر سوء استفاده جنسی هستند، چون از اطلاعات کم‌تری در مورد امنیت خود و پیشگیری از آزار جنسی برخوردارند، قدرت تشخیص رفتارهای آزار جنسی و عادی را ندارند، مهارت‌های لازم (اجتماعی و توانایی‌های کلامی) جهت مقابله با افراد سوء استفاده کننده و دفاع از خود را ندارند، لذا مراقبت و مواظبت از این کودکان باید بیش‌تر صورت گیرد.
۶. والدین باید اطلاعات کافی راجع به کسانی که فرزندشان، اوقات خود را با آنها می‌گذرانند، داشته باشند، مواظب باشند که فرزندشان، افراد بزرگسال یا نوجوانان بزرگ‌تر از خودش را در مکان‌های ناشناخته و دور همراهی نکنند. در مورد قرارهای ملاقاتی که فرزندشان با دوستان خود دارد از او سؤال کنند (امین زاده، ۱۳۸۹).

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۵۳

یکی از مهمترین نشانه‌های آزار جنسی در کودکان افت شدید تحصیلی است چون به هر حال ذهن آنها متوجه درس نیست و دغدغه‌های دیگری پیدا می‌کنند. این کودکان افسرده، گوشه گیر و ساکت می‌شوند و ممکن است نشانه‌های اضطراب مانند شب‌ادراری و جویدن ناخن و بی‌تابی شدید از خود نشان دهند. یکی دیگر از علایم اصلی، دوری جستن کودک از فرد خاصی است که تا پیش از آزار به او بسیار نزدیک می‌شده است. این فرد همان آزارگر است. برای مثال اگر والدین مشاهده می‌کنند که کودک شان تا هفته گذشته به شدت عاشق معلمش بوده اما به تازگی به شدت از او می‌ترسد و نمی‌خواهد در مجاورتش باشد باید علت را جستجو کنند. وقتی والدین رفتار غیرعادی از کودک می‌بینند نباید زمان را هبل بدهند و او را مجبور به اعتراف کنند بلکه باید به او زمان بدهند تا به والدین خود اعتماد کند و خودش بدون فشار، مشککش را مطرح کند (علیایی زند، ۱۳۹۳).

پیشگیری از سوء استفاده جنسی در کودکان امری حیاتی بوده و برنامه‌های پیشگیری و درمان به شرح زیر توصیه می‌گردد: پیشگیری از جدایی والدین و کودک، جلوگیری از گذاشتن کودک در موسسات، تشویق والدین به مراقبت شخصی از کودکانشان، برگزاری برنامه‌های آموزشی برای آموزش کودکان برای محافظت از خود، آموزش "نه" گفتن به کودک و مخالفت با لمس در جاهای خلوت، در دسترس والدین قرار دادن کتاب‌های مربوط به پیشگیری از سوء استفاده جنسی در کودکان، فراهم کردن تعریف ویژه و مثال‌هایی از تهاجم جنسی برای کودک، بکارگیری مدل‌های رفتاری محافظت خود و محیط محدود برای کودک، فراهم کردن فرصت‌هایی برای کودک جهت گفتگو در باره تهاجم جنسی و تشویق مدارس برای فراهم کردن اطلاعاتی در باره تهاجم جنسی به عنوان یک مشکل بهداشت و سلامت (مرادی و جبرائیلی، ۱۳۸۴).

تلاش‌های زیادی برای پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک باید صورت گیرد. مدل شرح داده شده توسط فینکلهور (Finkelhor's model) در سال ۱۹۸۴ جهت ارائه برخی از ساختارها برای بحث در مورد پیشگیری مفید است. مدل فینکلهور توضیح نمی‌دهد که چرا سوء استفاده جنسی رخ می‌دهد اما ایده‌هایی را در مورد اینکه سوء استفاده جنسی چگونه اتفاق

می‌افتد، ارائه می‌نماید که چهار شرطی که باید وجود داشته باشد تا سوء استفاده اتفاق بیفتد را پیشنهاد می‌کند. هر مرحله در مدل فینکلهور پتانسیل برای مداخلات پیشگیرانه هدفمند را ارائه می‌دهد (هاو کینز، ۲۰۱۵). مدل چهار مرحله‌ای فینکلهور (Finkelhor's four stage model) در مورد اینکه سوء استفاده جنسی چگونه اتفاق می‌افتد در زیر نشان داده شده است:

مدل چهار مرحله‌ای فینکلهور در مورد اینکه سوء استفاده جنسی چگونه اتفاق می‌افتد:

- ۱- یک مقصر بالقوه لازم است باشد که تمایلاتی به سوء استفاده از یک کودک در وی وجود داشته باشد.
 - ۲- مرتکب باید بر بازدارنده‌های درونی که مانع اقدام انگیزه برای سوء استفاده می‌باشند، غلبه پیدا کند.
 - ۳- بر موانع بیرونی برای انجام اعمال سوء استفاده باید غلبه شود، به عنوان مثال، به طور معمول این بدان معنی است که باید فرصتی برای تنها بودن با کودک پیدا شود.
 - ۴- هر گونه مقاومت ارائه شده توسط کودک باید بر طرف شود.
- اگر چه مدل فینکلهور جایی را مشخص می‌کند که در آن تنوع گسترده‌ای از مداخلات پیشگیرانه باید هدف قرار گیرد، مرحله ۳ و ۴ مدل، بهترین فرصت برای حمایت از کودکان را از طریق رویکردهای متمرکز بر والدین و مدرسه ارائه می‌کند.

رویکردهای پیشگیرانه مدرسه محور (School-based prevention approaches)

برنامه‌های مدرسه محور به ویژه اغلب در مرحله ۴ مورد هدف هستند، معطوف به تجهیز ساختن کودکان به دانش و مهارت‌ها با عمل کردن به شیوه‌هایی که احتمال رخ دادن سوء استفاده را کاهش دهد و کمک به آنها برای گزارش دادن سوء استفاده و جستجوی کمک در صورتی که سوء استفاده اتفاق بیفتد را می‌دهد. برنامه‌های مدرسه محور مورد نیاز هستند به دلیل تعدادی از والدین فاقد دانش و مهارت‌ها برای توانایی برای ارائه پیام‌های ایمن مورد نیاز خود می‌باشند. بدون آموزش کودکان نمی‌دانند که رفتار سوء استفاده جنسی اشتباه است، به

برنامه پیشنهادهی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۵۵

احتمال زیاد سوء رفتار جنسی را مخفی نگه می دارند، و نمی دانند که چگونه سوء رفتار جنسی را گزارش دهند.

به طور معمول برنامه های محافظت از کودک مدرسه محور برای کمک به کودکان بر موارد زیر متمرکز هستند:

- شناسایی "قسمت های خصوصی" خودشان، یعنی قسمت هایی از بدنشان که به طور کلی، نباید توسط دیگران لمس شود.

- شناسایی زمانی که آنها در موقعیت هایی شامل لمس شدن احساس ناراحتی می کنند.
- درک و دفاع از حقوق شان (به عنوان مثال، رد کردن لمس ناخواسته، قلدری و آزار و اذیت).

- جلب حمایت بزرگسالان (به عنوان مثال، در صورتی که آنها احساس ناامنی می کنند، گفتن به فردی که به او اعتماد دارند).

- عدم حفظ "رازهای بد" (به عنوان مثال، برای شناسایی تفاوت بین رازهای بد یا سایر رازهای ترسناک و رازهای دیگر، و در مورد رازهای بد به بزرگسالان گفتن)
- سرزنش نکردن خودشان برای قربانی سوء استفاده جنسی شدن (بریگز و هاوکینز، ۱۹۹۷).

ارزیابی برنامه های پیشگیران مدرسه محور (Evaluation of school-based prevention programs)

به مدت بیش از دو دهه برنامه های پیشگیرانه مدرسه محور در استرالیا و نیوزیلند با هدف مجهز ساختن کودکان به دانش بیشتر برای محافظت از خودشان در برابر سوء استفاده جنسی مورد ارزیابی قرار گرفته اند (برای مثال بریگز و هاوکینز، ۱۹۹۷). همه برنامه های پیشگیرانه مدرسه محور در استرالیا و نیوزیلند پیامدهای یکسانی نشان نداده اند. دو مدل خاص مورد علاقه شامل برنامه رفتارهای محافظتی (Protective Behaviors program) مورد استفاده در قسمت های مختلف استرالیا (در جنوب استرالیا از سال ۱۹۸۵) و مدل از خودمان مراقبت

کنسیم (Keeping Ourselves Safe model) مورد استفاده در مدارس نیوزیلند با حمایت پلیس نیوزیلند می‌باشند.

هنگامی که کودکان قبل از برنامه رفتارهای محافظتی و یک سال بعد از آن برنامه‌ها مورد مصاحبه قرار گرفتند. بهبود کمی در پاسخ‌های "ایمن" به سئوال‌های مصاحبه پرسش وجود داشت. نتایج بسیار بهتری از برنامه از خودمان مراقبت کنیم نیوزیلند دریافت شد که در آن، برای مثال، سه چهارم از کودکان یاد گرفته بودند که رازها، اگر شامل رفتار زشت و متجاوزانه هستند، هرگز نباید پنهان نگه داشته شوند (بریگز و هاوکینز، ۱۹۹۴).

برنامه رفتارهای محافظتی آموزش می‌دهند که "همه ما حق داریم در همه اوقات احساس امنیت کنیم" و "هیچ چیز آنقدر ترسناک نیست که ما نتوانیم در مورد آن با کسی صحبت کنیم". ضعف این برنامه این است که فرض می‌کند که سوء استفاده جنسی احساسات "عدم امنیت" ایجاد خواهد کرد و بافت سوء استفاده جنسی از کودکان را به حساب نمی‌آورد که ممکن است در یک رابطه ظاهراً محبت آمیز نیز اتفاق بیفتد.

یک فرا تحلیل از ۱۶ برنامه پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک مدرسه محور نشان داد که چنین برنامه‌هایی در آموزش دادن مفاهیم سوء استفاده جنسی کودکان و مهارت‌های حفاظت از خود موفق هستند (ریسپنیز و گودینا، ۱۹۹۷). آنچه مشکل‌تر است بدانیم این است که آیا سوء استفاده جنسی واقعاً در کودکانی که آموزش را دریافت کرده‌اند کمتر است. این مطالعه "آزمون محک" نیاز به تخصیص تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله و ردیابی سوء استفاده واقعی، بر پایه یک پژوهش طولی، دارد- که انجام آن مشکل است زیرا ما خیلی خوب می‌دانیم که سوء استفاده گزارش شده میزان بسیار غیر حساسی از سوء استفاده واقعی است. با این حال، گیسون و لیتنبرگ (۲۰۰۰) نشان دادند که هشت درصد از دانشجویان دختر مقطع کارشناسی که یک برنامه پیشگیری از سوء استفاده جنسی "تماس خوب، تماس بد" را در مدرسه دریافت کرده بودند، متعاقباً مورد آزار جنسی قرار گرفتن را گزارش دادند، بر عکس ۱۴ درصد از زنانی که هیچ برنامه پیشگیرانه مدرسه محور را دریافت نکرده بودند.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۵۷

این موضوع پیچیده که چرا برخی از مردانی که از نظر جنسی به عنوان کودکانی که مورد آزار قرار گرفته بودند خود به سوء استفاده کنندگان جنسی از کودکان تبدیل می‌شوند، برخی تلویحات برای رویکردهای پیشگیرانه متمرکز بر کودک دارد. یک مطالعه مقایسه‌ای در زندان‌های استرالیا بر روی مردان سوء استفاده کننده جنسی از کودکان که در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته بودند با مجرمان غیر سوء استفاده کننده جنسی از کودکان نشان داد که بافت سوء استفاده جنسی به صورت عادی یا حتی لذت بخش ادراک شده با تخلف بعدی همراه بود (بریگز و هاوکینز، ۱۹۹۶). یک استنباط از این مطالعه این است که برنامه‌های حفاظت از کودکان که به ابراز وجود کودکان یا به شناسایی آنها از لمس ناخواسته یا ناراحت کننده بستگی دارد، ممکن است در متوقف ساخت سوء استفاده موثر نباشد. از آنجایی که بچه‌بازها اغلب از فرآیندهای پیچیده سفسطه جویانه استفاده می‌کنند، این یک چالش خاص را ارائه می‌دهد برای برنامه‌های پیشگیری که در آن تا حدی متکی به متمایز کردن کودکان بین "تماس خوب" و "تماس بد" و "رازهای خوب" در مقابل "رازهای بد" هستند.

رویکردهای پیشگیری متمرکز بر والدین (Parent-focused prevention approaches)

مرحله ۳ مدل فینکلهور اشاره دارد به پنهان کاری مورد نیاز برای اعمال سوء استفاده که رخ می‌دهند و اینجا است که والدین، باید ترغیب شوند تا در ارزیابی شان دقت کنند آنها از شرایطی ایمن که تحت آن کودک خود را با یک نوجوان بزرگتر یا بزرگسالان تنها بگذارند. این یک حوزه مشکل زا است، زیرا به طوری که باباتسیکوس (۲۰۱۰) نشان داده است، علی‌رغم آمارهای نشان دهنده‌ای که کودکان اغلب توسط افرادی آنها را می‌شناسند و به آنها اعتماد دارند، مورد آزار قرار می‌گیرند، والدین اغلب هنوز هم معتقدند که افراد غریبه بزرگترین تهدید برای فرزندان‌شان هستند و برای مواجهه با واقعیت خطرات نزدیک‌تر در منزل آمادگی ندارند.

برنامه‌های پیشگیری معطوف به والدین برای تکمیل برنامه‌های مدرسه محور که بار جلوگیری و گزارش سوء استفاده را بر دوش کودک می‌گذارند، مورد نیاز هستند. پژوهش بر

روی نقش والدین در پیشگیری از سوء استفاده جنسی نسبتاً نادر است به طوری که اکثر تلاش‌های پیشگیری متمایل به تمرکز روی آموزش کودکان برای محافظت از خودشان، از طریق برنامه‌های مدرسه محور، شده‌اند. کار اخیر باباتسیکوس (۲۰۱۱) شیوه‌هایی را کشف کرده است که در آن والدین خطر سوء استفاده جنسی را مدیریت می‌کنند. یافته‌های وی نیاز به راهبردهای پاسخ دهی را فراتر از گزارش دادن به مقامات (به دلیل اینکه والدین وقتی حوادث اتفاق می‌افتادند، برای تماس با آنها مردد بودند) و نیاز به تاکید بر ظرافت‌های خاص رفتارهای آماده سازی و آموزشی به والدین (به دلیل اینکه آماده سازی یک راهبرد کلیدی مورد استفاده در سوء استفاده جنسی است و ماهیت ظریف آن بدان معنی است که آن به راحتی ممکن است کشف نشده باقی بماند) مشخص نمود. سایر ملاحظات شامل کمک به والدین برای شروع بحث‌های پیشگیری از کودک آزاری (از آنجائیکه والدین اغلب فقدان اعتماد به نفس یا مهارت را در این زمینه گزارش دادند) و مهارت‌های ارتباطی پیشرفته کلی با کودکان می‌باشند (هاو کینز، ۲۰۱۲).

یک چالش برای پیشگیری، پیدا کردن راه‌هایی برای دادن اطلاعات واقعی به والدین و ارائه راهبردهای‌های حفاظتی معقول و منطقی بدون ایجاد ترس در آنها به سمت گوش به زنگی و بی اعتمادی غیر ضروری است.

بحث بالا نشان می‌دهد که کیفیت شواهد برای ارزش برنامه‌های حفاظت از کودک در پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک نسبتاً ضعیف است، و اینکه تعدادی از عواملی وجود دارند که ممکن است در اثر بخشی برنامه‌ها تاثیر بگذارند. بررسی تومیسون و پول (۲۰۰۰) از برنامه‌های رفتارهای حفاظتی استرالیا نشان داد که هیچ مطالعات ارزشیابی سطوح آزمایش‌های تصادفی کنترل شده وجود ندارند، و این مسائل روش شناختی نیاز به توجه دارند. با توجه به پیچیدگی فرایندهای آمادگی استفاده شده توسط برخی از سوء استفاده کنندگان جنسی از کودک، نقاب پنهان کاری و / یا تهدیدهای بکاربرده شده توسط سوء استفاده کنندگان جنسی از کودک، و رشد شناختی ناکامل کودکان، منطقی نیست از کودکان انتظار داشته باشیم تا برای برای پیشگیری سوء استفاده جنسی خود کفا شوند. رویکردهای تکمیلی

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۵۹

خانواده محور و رویکردهای پیشگیری جامعه نگر گسترده تر نیز مورد نیاز هستند (هاو کینز، ۲۰۱۲، انجمن روانشناسی استرالیا، ۲۰۱۳).

البته بیشتر پدران از فرزندان خود محافظت می کنند و اکثر مردان سوء استفاده کننده نیستند. واقعیت این است که، حداقل از لحاظ آماری، در مورد برخی از افرادی که باید توانایی این را داشته باشند که بتوان به آنها اعتماد کرد، باید تامل کرد چون ممکن است آنها سوء استفاده کنندگان بالقوه باشند. برنامه ها چطور می توانند پدر، ناپدری یا و همسایگان که افراد مطلوبی بنظر می آیند، را به عنوان سوء استفاده کنندگان بالقوه، شناسایی کنند؟ برنامه های پیشگیری خانواده محور و جامعه نگر یکپارچه همراه با برنامه هایی که در مدارس ارائه می شوند، به نظر می رسد یک وظیفه مهم اما دشوار است. چنین ادغامی موجب مقابله با گرایش به سمت انکار خواهد شد که قبلاً به عنوان عامل مهمی در آموزش معلمان برای انجام وظایف خود به عنوان گزارشگران موظف سوء استفاده شناسایی شده است (هاو کینز و مک کالوم، ۲۰۰۱).

هاو کینز (۲۰۱۲) بیان کرد که کمیسیون سلطنتی فعلی برای پاسخ های نهادینه و موسسه ای به سوء استفاده جنسی از کودک، آخرین یادآور اعماق مشکل مواجه شده در جامعه ما است. روانشناسان ممکن است توانایی کمک به ایجاد و توسعه برنامه های پیشگیرانه ای را داشته باشند که رویکردهای کودک محور، خانواده محور و جامعه نگر را بهتر یکپارچه و متحد می کنند و در نتیجه به ایجاد اقدامات پیشگیرانه موثرتر کمک می کنند.

راهبرد ادغام

- ادغام طرح پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک در مراقبت های بهداشتی اولیه به دلیل استفاده بهینه از منابع موجود انسانی و کاهش اتلاف انرژی

راهبردهای اداری

سیاست‌ها

سیاست‌ها شامل موارد زیر هستند:

- تغییر سیاست‌های حقوقی در کشور در جهت تصویب قوانینی بر علیه سوء استفاده

جنسی نسبت به کودکان

در کشور آلمان کودک آزارانی که بیش از ۲۵ سال سن داشته باشند با نظر موافق کمیسیون پزشکی با استفاده از دارو عقیم می‌شوند. در سوئد نیز قانون مشابهی وجود دارد. در فرانسه و اسپانیا نیز تمهیداتی برای اجرای مورد مشابه انجام گرفته است. کودک آزاری در آمریکا جرمی بسیار جدی محسوب می‌شود و دادگاه می‌تواند برای مجرمان از احکام تعلیقی تا حبس ابد مجازات تعیین کند. افرادی که کودک را مورد آزار و یا سوء استفاده جنسی قرار می‌دهند دو دسته هستند:

۱- افرادی که تحت شرایطی با یک فرد کم سن و سال رابطه داشته‌اند اما به طور معمول

این کار را انجام نمی‌دهند.

۲- افرادی که به طور معمول با افراد کم سن و سال رابطه جنسی دارند.

در اکثر نقاط دنیا هر دو گروه خاطی هستند و مورد پیگرد قانونی قرار می‌گیرند، البته مجازات‌های در نظر گرفته برای آنها می‌تواند از یک کشور به کشور دیگر متفاوت باشد. در اکثر کشورهای اروپایی و شمال آمریکا داشتن رابطه جنسی با فردی که زیر سن قانونی است (در بعضی کشورها ۱۶ و برخی دیگر ۱۸) مجازات قانونی دارد. مجازات سنگین تری هم برای افرادی در نظر گرفته شده که نه تنها با فردی که زیر سن قانونی است رابطه جنسی دارند بلکه بین آنها اختلاف سن پنج سال به بالا وجود دارد. یعنی مثلاً اگر فردی در سن ۱۸ سالگی با فرد ۱۲ ساله‌ای رابطه جنسی برقرار کند نه تنها محکوم به پرداخت جریمه است بلکه مجازات زندان دارد و همچنین اسمش در لیست افراد مهاجم جنسی به ثبت می‌رسد و دیگر هرگز نمی‌تواند در مشاغلی استخدام شود که به نوعی با کودکان سروکار داشته باشد. فردی که از

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۶۱

داشتن رابطه با افراد کم سن و سال لذت می‌برد و قادر به برقراری رابطه جنسی با افراد هم سن و سال خود نیست، از دید اکثر متخصصین علوم روانشناسی و روان درمانگران جنسی دچار ناراحتی روانی و روحی است. بعضی دیگر از پژوهشگران بخصوص در زمینه قانون و ادبیات هم معتقد هستند که داشتن رابطه با افراد کم سن و سال جنبه تاریخی دارد و امری طبیعی است اما عده این افراد بسیار اندک است و مخالفان زیادی هم در مقابل این نظریه‌ها وجود دارند. بهترین دلیلی که می‌توان برای این مسئله ذکر کرد این است که اکثر افرادی که در سنین کودکی مورد آزار و سوء استفاده‌های جنسی بوده‌اند در آینده دچار مشکلات بعضاً پیچیده روانی و ارتباطی می‌شوند که لزوماً انتخاب خود آنها نبوده و اعتقاد بر این است که فرد مهاجم اجازه نداشته که سرنوشت قربانش را به این حد تحت تاثیر عمل خود قرار دهد تنها برای اینکه خودش کسب لذت کند (سایت جامعه پزشکان ایران، ۱۳۹۰).

در ایران چالش‌های قانونی درباره آزارگری جنسی کودکان وجود دارد. قوانین ایران از اطفال در برابر جرایم جنسی حمایت کافی نکرده بلکه حتی در بعضی موارد سیاست معکوسی دارد، همانند حوزه زنان که در بعضی موارد قانون‌گذار به جای اتخاذ سیاست افتراقی در جهت حمایت از زنان، سیاست معکوسی اتخاذ کرده‌اند از جمله مجازات برقراری رابطه جنسی افراد ذکور با اطفال مؤنث همانند مجازات برقراری رابطه با افراد مؤنث بزرگسال است. طبق تبصره ماده ۸۳ قانون مجازات اسلامی چنانچه زن محصنه با پسر نابالغ زنا کند موجب حد تازیانه برای زن می‌شود. در حالی که طبق بند ماده مذکور زنان زن محصنه با مرد بالغ موجب رجم است. با وجودی که رابطه جنسی با طفل باعث ورود صدمه به طفل می‌شود، قانون‌گذار بدون توجه به این امر مجازات را کاهش داده است. در سال ۱۳۸۳ قانون مبارزه با قاچاق انسان به تصویب رسید. قبل از تصویب این قانون، قاچاق اطفال چنانچه در قالب خرید و فروش صورت می‌گرفت می‌توانست مشمول ماده ۳ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان باشد. در این ماده از هر گونه خرید و فروش اطفال به منظور اعمال خلاف صحبت به میان آمده است. ارتکاب اعمال جنسی از جمله موارد اعمال خلاف است. با تصویب قانون مبارزه با قاچاق انسان، قاچاق اطفال به منظور ارتکاب اعمال جنسی از شمول اعمال خلاف مندرج در ماده ۳

قانون حمایت از کودکان خارج شد. این قانون که به دنبال حوادث اتفاق افتاده در مشهد به تصویب رسید. برای اولین بار اصطلاحات و مفاهیم جدیدی را در ادبیات حقوقی ایران وارد کرده است. از جمله این موارد می‌توان به کاربرد واژه «بزه دیده» در ماده ۳ و تبصره ۳ آن اشاره کرد. تا قبل از تصویب این قانون در قوانین ایران از عبارت «شاکعی»، «مدعی»، «زیان دیده» و «مجنی علیه» استفاده می‌شد. از دیگر اصطلاحات جدید عبارت «سازمان یافته» است که برای اولین بار در قوانین ما استفاده شد. به موجب ماده ۳ «چنان چه قاچاق از مصادیق مندرج در قانون مجازات اسلامی باشد مطابق مجازات‌های مقرر در آن و در غیر این صورت به حبس از دو تا ده سال و پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر وجوه یا اموال حاصل از بزه یا وجوه و اموالی که از طرف بزه دیده یا شخص ثالث وعده پرداخت آن به مرتکب داده شده است، محکوم می‌شود». در مورد هرزه‌نگاری اطفال در قوانین ایران مقررهای در جهت از اطفال وجود ندارد. ماده ۶۴۰ قانون مجازات اسلامی بدون هیچ گونه تشدید مجازاتی نسبت به هرزه‌نگاری‌هایی که اطفال بزه دیده آن هستند. همه افراد را مشمول یک مجازات قرار داده است. اما قانون نحوه مجازات اشخاصی که در امور سمعی و بصری فعالیت‌های غیر مجاز می‌نمایند مجازات مشددی نسبت به کسانی که از اطفال در تهیه و توزیع آثار سمعی و بصری مبتذل و مستهجن استفاده می‌کنند در نظر گرفته است. بنا به تبصره ۳ بند «ب» ماده ۳ این قانون: «استفاده از صغار برای نگهداری، نمایش، عرضه و فروش و تکثیر نوارهای غیرمجاز موضوع این قانون موجب اعمال حداکثر مجازات‌های مقرر برای عامل خواهد بود» در این قانون برای تولید و توزیع آثار سمعی و بصری مستهجن یک تا سه سال حبس و برای آثار سمعی و بصری مبتذل سه ماه تا یک سال حبس در نظر گرفته شده است. اخیراً معاونت حقوقی و توسعه قضایی قوه قضائیه با تنظیم و تدوین لایحه قانون جرایم رایانه‌ای، که هم اکنون در مجلس در دست بررسی است، با الهام و اقتباس از کنوانسیون جرایم محیط مجازی شورای اروپا در مقام حمایت کیفری از اطفال کمتر از هیجده سال در برابر جرایم رایانه‌ای برآمده است. ماده ۱۰ این لایحه که از ماده ۹ کنوانسیون شورای اروپا مقتبس شده برای کسانی که از اطفال در هرزه‌نگاری استفاده و تصاویر هرزه‌نگاری را به آنان ارائه می‌کنند و همچنین کسانی که در این

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۶۳

امور نقش معاونت دارند، مجازات مقرر در ماده ۶۴۰ قانون مجازات اسلامی را در نظر گرفته است (قاسمی، ۱۳۸۸).

در ایران تنها یک قانون حمایت از کودکان و نوجوانان وجود دارد که در سال ۱۳۸۲ تنظیم شده و توسط شورای نگهبان پذیرفته شده است. در این قانون به صورت کلی راجع به برخورد با فحشا و سایر خشونت‌ها بر علیه کودکان صحبت شده است ولی هیچ تعریف جامعی در این زمینه ارائه نشده است. همچنین برای پورنوگرافی (تماشاگری جنسی) در اینترنت، قانونی در ایران وجود ندارد.

ثابت کردن جرم کودک‌آزاری جنسی در ایران کار دشواری است. متأسفانه در جامعه ما، ادعای کودک و تایید گروه روانشناس درباره راستگویی‌اش، کافی نیست و برای روشن شدن حقیقت باید اسناد و مدارک بیشتری ارائه شود. اگر به تعریف واقعی کودک‌آزاری جنسی از دیدگاه روانشناسی رجوع کنیم، این عمل به معنای استفاده از کودک به هر شکل و شیوه برای لذت جنسی بزرگسال هاست و حتی دست کشیدن به یک کودک با این هدف یا گفتن حرف‌های رکیک در حضور او نیز کودک‌آزاری جنسی است. با این تعریف، معنای کودک‌آزاری بسیار وسیع است و خیلی وقت‌ها جز با ادعای کودک و تایید گروه روانشناس امکان ندارد در حالی که این گواهی برای قانون کافی نیست. از آن مهمتر، در برخورد با کودک آزار خیلی از اوقات قانون سلیقه‌ای اعمال می‌شود. در نحوه اجرای قوانین و پیگیری مسایل مربوط به پیشگیری از کودک‌آزاری مشاهده شده که مسئولان رده بالای کشور لزوم این پیگیری‌ها را درک می‌کنند اما مسئولان رده پایینی وجود دارند که نقش شان را به عنوان واسطه به درستی انجام نمی‌دهند. به همین علت اصل قضیه را منکر می‌شوند، صورت مساله را پاک می‌کنند و موضوع کودک‌آزاری جنسی را یا نفی می‌کنند یا بیش از حد کوچک و کم اهمیت جلوه می‌دهند و در حالی که فاجعه باقی است، روند پیشگیری از آن را مختل می‌کنند. یک نکته دیگر این است که وقتی جرمی مانند کودک‌آزاری جنسی از سوی اولیای بچه اتفاق می‌افتد، او باید از والدین بدسرپرست گرفته شود اما به کجا برود که از مصون ماندنش مطمئن

باشم و بدانیم درگیر آسیب‌های اجتماعی بیشتر نشود؟ چنین مراکزی با ضریب امنیت بالا هنوز در کشور ما وجود ندارد (علیایی زند، ۱۳۹۲).

- تغییر هنجارها و نگرش‌های عمومی جامعه از طریق مبارزه تبلیغاتی وسیع با استفاده از آموزش و رسانه‌های گروهی (تلویزیون، روزنامه‌ها و مجلات). تبلیغات برای آموزش مسائل بهداشتی یکی از گام‌های با ارزش در تلاش‌های ملی است، بخصوص اگر خانواده‌ها نیز درگیر شوند.

مسائل جنسی و از آن جمله کودک‌آزاری جنسی در هر جامعه‌ای، متأثر از فرهنگ است و اگر بر بعد فرهنگی موضوع و تغییر دیدگاه‌ها درباره یک پدیده کار نشود، در برخورد با آن موفق نخواهیم شد. حرف زدن از کودک‌آزاری جنسی در ایران، یک تابو است. قربانی از واکنش والدین نسبت به گفتن خبر می‌ترسد و آن را پنهان می‌کند و حتی اگر والدین متوجه موضوع شوند هم سکوت می‌کنند که مبادا فرزندشان بدنام شود. آنها در چنین شرایطی آنقدر مضطرب و وحشت زده‌اند که به نجات نفرات بعدی فکر نمی‌کنند تا بخواهند درباره موضوع اطلاع رسانی کنند. والدین نباید کودک را به حال خود رها کنند. او یک قربانی است پس نباید او را سرزنش کنند. باید او را پذیرا باشند یعنی نشان دهند که با وجود حادثه‌ای که برایش رخ داده است دوستش دارند و درکش می‌کنند و حتماً در فرایند درمان از روانشناس کمک بگیرند. مطمئن باشند اگر کودک آزار دیده حمایت و پذیرفته شود، در بسیاری از اوقات، می‌تواند با کمترین آسیب دیدگی از حادثه، به زندگی عادی برگردد (علیایی زند، ۱۳۹۳).

راهبردهای اجرایی

راهبردهای اجرایی شامل موارد زیر هستند:

- تشکیل کمیته بهداشتی استان و شهرستان و توجه اعضاء در رابطه با سوء استفاده جنسی

از کودک

- تاکید بر مشارکت کلیه دست اندر کاران بهداشتی در جهت کاهش و پیشگیری از

سوء استفاده جنسی از کودک

- تاکید بر هماهنگی و همکاری بین سطوح مختلف واحدهای بهداشتی
- تفکیک مناطق برای اجرای طرح، تعیین یک مرکز برای بررسی مقدماتی و تفکیک جمعیت روستایی تحت پوشش به سن و جنس
- مرحله بندی در اجرای طرح با هدف کاهش میزان شیوع سوء استفاده جنسی از کودک تا پایان سال جاری در حد ۱۰٪ و تا پایان سال دوم به میزان ۲۰٪ و تا پایان سال سوم به میزان ۴۰٪.

راهبردهای آموزشی

راهبردهای آموزشی شامل موارد زیر هستند:

الف) برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای کلیه اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی اولیه اعم از پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی روستایی، کارشناسان، کاردان ها، بهورزان، رابطین بهداشت و مربیان آموزشگاه بهورزی

ب) ارائه آموزش به صورت گروهی کودکان دختر و پسر تحت پوشش مراکز بهداشتی

- درمانی و خانواده‌های آنها

- آموزش انفرادی کودکان دختر و پسر در ریسک خطر سوء استفاده جنسی

- آموزش انفرادی خانواده‌ها

آموزش افراد حرفه‌ای دست اندر کار مسائل بهداشت روانی در زمینه سوء استفاده جنسی از کودک ضروری است. در این راستا بواله‌ری و محیط (۱۳۷۳) در طرح ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های اولیه هشترگرد به این نتیجه رسیدند که آموزش بهورزان توانسته است در بسیاری از نگرش‌های غیر علمی و خرافی مانند دخالت ارواح خبیثه در بروز بیماری‌های روانی، واگیر بودن بیماری‌هایی مثل صرع، ترسناک بودن بیماران روانی، موثر بودن ازدواج در درمان بیماری‌های روانی، غیر قابل درک بودن بیماران روانی و در نهایت درمان ناپذیری بیماران روانی هم در بهورزان و هم در اهالی روستاهای تحت پوشش آنها، تغییرات معنی داری را از نظر آماری ایجاد کند.

تا پیش از تابوشکنی و باز شدن مسیر گفتگو درباره کودک آزاری جنسی، آموزشی هم وجود نداشت اما از زمانی که این تابو تا حدی کنار گذاشته شده، راه آموزش هم هموار شده است. آموزش زمانی اتفاق می افتد که اصل قضیه را پذیرفته شود یعنی قبول کردن اینکه حتی در جامعه ما هم کودک آزاری وجود دارد و به همین علت باید برای پیشگیری از آن اقدام کرد اما اگر صورت مساله پذیرفته نشود، آموزش دادن بسیار سخت و ابزارها و دامنه آموزش، بسیار محدود می شود (علیای زند، ۱۳۹۳).

آموزش روش های شناسایی موقعیت های احتمالی سوء استفاده جنسی از کودکان و روش های مقابله با آن عبارتند از:

۱) آموزش به کودکان در مورد مراقبت از بدن خود، نحوه مراقبت از قسمت های مختلف بدن و اهمیت عدم دستیابی سایر افراد به قسمت های محرمانه بدن مطابق با سطح درک و فهم آنها و با ارائه مثال های روشن و واضح

۲) صحبت کردن با کودکان در مورد مفهوم آزار و کودک آزاری و توضیح آن با کلمات ساده و قابل فهم برای آنها، ارائه اطلاعات در مورد مسائل جنسی متناسب با سن کودکان و عدم ارائه اطلاعات زیاد از حد و نامتناسب برای آنها، آموزش کلمات خاص به کودکان برای گفتگو راجع به مسائل جنسی جهت راحت تر صحبت کردن آنها راجع به این مسائل

۳) والدین باید به عنوان الگو و مدل رفتاری برای مراقبت از بخش های مختلف بدن از جمله اندام های جنسی باشند.

۴) آموزش این موضوع به کودکان با مثال زدن که بر خلاف قانون است که کسی رفتار جنسی را نزد آنها یا با آنها بروز دهد، آموزش به کودکان که چه قسمت هایی از بدنشان را کسی حق ندارد ببیند یا لمس کند.

۵) آموزش به کودکان که هر فردی می تواند مهاجم باشد (عضو خانواده، دوست خانوادگی، فرد مورد اعتماد خانواده و ...).

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۶۷

۶) آموزش نه گفتن و مخالفت به کودکان، به سرعت از موقعیت خارج شدن و تماس گرفتن با والدین در صورت مواجهه با این درخواست‌ها و یا حتی احساس اینکه فرد مورد نظر قصد چنین رفتارهایی دارد.

۷) آموزش به کودکان که احترام به بزرگترها به معنای اطاعت بدون چون و چرا از درخواست‌های آنها نیست و لازم نیست برای آنکه کودک با ادبی بنظر برسد از هر خواسته‌ای اطاعت کند.

۸) آموزش به کودکان که در مواقعی که مهاجم به زور متوسل می‌شود با فریاد کشیدن، کمک خواهی، اطلاع دادن به والدین، مریبان یا معلمان و یا استفاده از خطوط تلفنی کمک فوری سازمان بهزیستی یا پلیس ۱۱۰ امکان سوءاستفاده جنسی را از مهاجم بگیرند (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

بنابراین کودکان نیاز دارند که اطلاعات خوبی در مورد سکس، روابط جنسی، تولید مثل، کنترل تولد و بیماری‌های ناشی از سکس داشته باشند و امتناع از صحبت کردن در مورد سکس به معنای در امان بودن کودک نیست و با صحبت کردن در مورد سکس در سن کودکی، کودک قادر خواهد بود خود را از مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن حفظ کند (سجادی، ۱۳۸۴).

آموزش جنسی فرایندی از بدست آوردن اطلاعات و شکل گیری آگاهی، نگرش و رفتار در خصوص جنس، هویت جنسی، نحوه ارتباط و رفتار شایسته و اعتماد به نفس در رابطه با جنس مخالف می‌باشد که منجر به مصونیت در برابر سوءاستفاده جنسی، بیماری‌های مقاربتی، ایدز و ... می‌گردد. والدین بایستی پیش قدم باشند و بسته به میزان و قدرت فهم و درک کودک و سوال‌هایی که برای او ایجاد می‌شود صحبت‌های کوتاه و مستمر داشته باشند. بهترین زمان جهت دادن این اطلاعات جنسی به کودک زمانی است که خود او سوال می‌کند اما جواب‌ها باید کوتاه و روشن باشند. در دوران پیش از مدرسه سوال‌های کودک در این مورد، تفاوتی با سایر سوال‌های کودک ندارد. به سوال‌ها باید کوتاه ولی صحیح پاسخ داده

شود. والدین باید در بیان مطلب به کودک صداقت داشته باشند و تنها به همان سوال کودک پاسخ دهند (جبرائیلی و مرادی، ۱۳۸۴، سجادی، ۱۳۸۴).

در مورد بهداشت جنسی در دوران مدرسه والدین باید آموزش ببینند تا به کودکان خود پیاموند که بدنشان متعلق به خودشان است و آنها مسئول حفظ و نگهداری حریم خودشان می‌باشند. نباید وادار به بوسیدن خویشاوندان و دوستان خانوادگی شوند. روشهای مقابله با تجاوز و آزارهای جنسی را فرا بگیرند و هوشیاری لازم را بدست آورند. اطلاعات داده شده در این دوره باید متناسب با رشد فیزیکی، روانی و عقلانی به میزان درک و فهم کودک باشد. به کودک مهارت‌های آموزشی مانند ایجاد ارتباط، گوش دادن، گفتگو کردن، اعتماد به نفس، استقلال، توان نه گفتن و تشخیص خوب و بد داده شود. اهمیت حفظ سلامت اجزای بدن و تاثیر آن در داشتن زندگی سالم و شد آینده از جمله مهارت‌هایی است که در حفظ بهداشت جنسی در این دوران کمک‌کننده است، لذا با دادن آموزش‌های لازم اما مناسب با سن کودک می‌توان گامی مهم در ترویج بهداشت جنسی این دوران برداشت (شکوهی یکتا، اکبری زاده و قاسمی، ۱۳۸۲، صفدری و رمضان قربانی، ۱۳۸۲، احمدی و امیر علی اکبری، ۱۳۸۴).

عوامل اصلی مختل کننده رابطه بین فرزندان و والدین در طرح مسائل جنسی عبارتند از: فقدان آگاهی والدین از طرح چگونگی مسائل جنسی، ترس از شکستن حریم‌های خانوادگی و عدم آگاهی از زمان مناسب برای ارائه آموزش‌های جنسی (علایی، ۱۳۸۲، جبرائیلی و مرادی، ۱۳۸۴).

آموزش والدین جهت پاسخ به سوالات جنسی کودک زیر ۱۲ سال (کلاس و ارائه بروشور آموزشی) شامل آموزش مراحل رشد جسمی و روحی روانی کودک، برقراری ارتباط با کودک، ارتباط صحیح والدین با یکدیگر، نحوه پاسخ به سوالات کودکان و آموزش‌هایی که باید به کودک داده شود (سجادی، ۱۳۸۴، کریمیان و محبی نوبندگان، ۱۳۸۴). آموزش‌ها باید جنبه‌های فرهنگی برای مثال تاکیدات آموزشی دین اسلام را در بر داشته باشد (فرمehنی فراهانی، ۱۳۸۲).

دو قاعده برای ارائه اطلاعات جنسی برای کودکان صدق می‌کند: (۱) کشف و درک آنچه که کودکان می‌دانند و نحوه نگرش آنها به مسائل جنسی، و (۲) صداقت در بیان مطالب. سه مانع اساسی در بیان مسائل جنسی بین فرزندان و والدین می‌توان در نظر گرفت: (۱) فقدان آگاهی والدین از چگونگی ارائه تعالیم جنسی و عدم احساس راحتی آنها در پاسخ، (۲) ترس از شکستن حریم‌های خانوادگی، و (۳) عدم آگاهی از زمان مناسب برای ارائه آموزش‌های جنسی. مناسب‌ترین زمان برای آموزش مسائل جنسی به کودک زمانی است که خود او سوالی را مطرح می‌سازد (گرمکی، ۱۳۸۲).

کودکان را متناسب با سن آنها در زمینه سوء استفاده جنسی آگاه کرد. تجربه سوء استفاده جنسی در دوره کودکی اتفاق ناخوشایندی است که می‌تواند نتایج آن تا بزرگسالی تداوم پیدا کند و ممکن است در زمان ازدواج و به شکل اختلالات جنسی خود را نشان دهد. آنان معتقدند وجود رفت و آمدهای خانوادگی و اجتماعی، فرزندان را در برقراری روابط بین فردی تقویت می‌کند (فرهودی، گزارش ایسنا، ۱۳۹۲).

سوء استفاده جنسی از کودکان، یکی از دشوارترین واقعیت‌هایی است که خانواده با آن مواجه می‌شوند. والدین ابتدا این مسئله را انکار می‌کنند، چون پذیرش این واقعیت وحشتناک که کودک شان مورد آزار جنسی قرار گرفته است، بسیار سخت و دردآور است. والدین ابراز می‌کنند که در چنین مواقعی، بدترین لحظات عمرشان را سپری کرده‌اند. ممکن است دچار احساس خشم و نفرت (نسبت به آزار دهنده‌ی جنسی) شوند، احساس گناه یا هم دیگر را متهم به غفلت و کم کاری کنند. کودک را تنبیه و سرزنش کنند که «ای بچه‌ی بی عقل و بی دست و پا، نتونستی از خودت محافظت کنی» یا به صورت جبرانی، محبت افراطی به کودک کنند. والدین در مواجهه با آزار جنسی فرزندشان باید با حفظ خونسردی، پرهیز از تنبیه و سرزنش، پرهیز از سؤال‌های بی مورد درباره‌ی مسائل جنسی از کودک، او را تشویق به صحبت کردن کنند. در صورت شتاب زدگی و آشفتگی و برخوردهای خشونت آمیز، کودک شدیداً احساس گناه می‌کند و ترجیح می‌دهد که سکوت کند و خاموش باشد و راجع به اتفاقی که افتاده است، صحبت نکند. لذا لازم است والدین با حمایت عاطفی از کودک، به نحوی که

کودک احساس کند که پدر و مادرش مثل قبل او را دوست دارند و او را می‌پذیرند و طردش نمی‌کنند و با گفتن یک جمله‌ی ساده مثل « عزیزم احساس می‌کنم که کسی تو را اذیت کرده و تو از این بابت خیلی ناراحتی، من آماده‌ام که با هم صحبت کنیم» با او هم‌دردی کنند. وقتی کودک احساس کند از هر جهتی مورد حمایت والدین است و مورد شمامت و توهین و تحقیر قرار نمی‌گیرد، قفل سکوت را می‌شکند و راجع به جزئیات واقعه، صحبت می‌کند. والدین باید سعی کنند شنونده‌ی خوبی باشند و از قضاوت عجولانه پرهیز کنند و از مشاورین و متخصصین کمک بگیرند. والدین در چنین مواقعی، ترجیح می‌دهند، جهت حفظ آبروی خانواده، خصوصاً اگر مجرم از نزدیکان و آشنایان باشد، مسئله را فاش نکنند و به پلیس و مراجع قانونی، مراجعه نکنند، ولی اگر والدین، جهت پیشگیری از اقدام مجدد کودک آزاری مجرم، به مراجع قانونی مراجعه کردند، بهتر است، پیگیری‌های قانونی را خودشان به تنهایی انجام دهند و تا حد امکان، کودک را از درگیری‌های طولانی و آزاردهنده و اضطراب‌آور قانونی، معاف کنند، چرا که کودکی که مورد آزار قرار گرفته و دچار آسیب پس از حادثه شده است، با سؤالات و معاینات مکرر پزشک، پلیس و قاضی دادگاه مواجه می‌شود و این آسیب، مکرراً تکرار می‌شود. مثل این که آزار جنسی، چند بار برای او اتفاق افتاده است (امین زاده، ۱۳۸۹).

برنامه‌های آموزشی می‌توانند به کودکان بیاموزند، پیشروی‌های جنسی نامناسب را تشخیص دهند و به آنها نشان دهند که برای دریافت کمک به کجا مراجعه کنند. با این حال، به خاطر اختلاف نظرهایی که بر سر آموزش دادن سوء استفاده جنسی به کودکان وجود دارد، تعداد کمی از مدارس این مداخله‌ها را ارائه می‌دهند. نیوزیلند تنها کشور در جهان است که برای سوء استفاده جنسی، برنامه پیشگیری ملی در سطح مدارس تحت عنوان "از خودمان مراقبت کنیم" دارد. بریگز و هاوکینز (۱۹۹۴) گزارش دادند که در سال ۱۹۸۷، در پاسخ به نگرانی‌های مربوط به شیوع بالای گزارش شده سوء استفاده جنسی از کودک، وزارت آموزش و پرورش و سیاست نیوزیلند به طور مشترک برنامه ملی ایمنی شخصی مبتنی بر مدرسه تحت عنوان "از خودمان مراقبت کنیم" را معرفی کردند. در دسامبر سال ۱۹۹۰، ۲۵۲ کودک در هشت مدرسه ابتدایی مورد مصاحبه قرار گرفتند، به عنوان نمونه معرف تنوع قومی، اقتصادی و

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۷۱

اجتماعی جامعه نیوزیلند انتخاب شدند (بریگز، ۱۹۹۱). برنامه مصاحبه طراحی شد بر روی خطوط حل مسئله برای بررسی این امر که آیا کودکان می‌توانند به طور ایمنی طیف گسترده‌ای از شرایط بالقوه ناایمن را شناسایی کنند و به آنها واکنش نشان دهند. یک سال بعد، به ۱۱۷ از کودکان برای مصاحبه با استفاده از همان پرسشنامه در دسترس بودند. کودکان دریافت کننده برنامه از خودمان مراقبت کنیم، راهبردهای ایمنی خود در آن زمان را حفظ کرده و آن راهبردها را افزایش داده بودند. متغیرهای سن، جنس، نژاد و سطح تحصیلی بر بهبود تاثیر نداشت اما تعداد دستاوردهای اولیه توسط کودکان دارای معلمان بسیار متعهد، تقریباً دو برابر تعداد به دست آمده توسط معلمان طبقه بندی شده به عنوان داشتن سطوح پایین تعهد موثر بود. قبل از استفاده از این برنامه، کودکان از گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین به طور قابل توجهی سطوح دانش و مهارت پایین تری از کودکان طبقه متوسط داشتند. کودکان طبقه متوسط نیز بیشتر از این برنامه منافع بیشتری را به دست آوردند. این تفاوت در مزایای کسب شده در قالب مشارکت والدین در برنامه مدارس توضیح داده شد (بریگز و هاوکینز، ۱۹۹۴). در برنامه از خودمان محافظت کنیم، کودکان ۵ تا ۱۳ ساله یاد می‌گیرند که سوء استفاده کنندگان معمولاً غریبه‌ها نیستند، بلکه خویشاوندان نزدیک آنها هستند. همکاری خانه و مدرسه تضمین می‌کند که کودک مهارت‌های محافظت از خود را فرا گیرد. ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که تقریباً همه والدین و کودکان نیوزیلندی از این برنامه حمایت می‌کنند و به خیلی از کودکان کمک کرده است که از سوء استفاده جنسی اجتناب ورزند یا فوراً آن را گزارش کنند (بریگز و هاوکینز، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹).

فینکلهور، آسدیگیان و دزیوبا-ایترمن (۱۹۹۵) پژوهشی به منظور بررسی اینکه آیا آموزش در مدرسه و خانه در مورد چگونگی پیشگیری از آسیب، بر رفتار کودکان در موقعیت‌های تهدید آسیب واقعی تاثیری دارد. مصاحبه‌های تلفنی در سال ۱۹۹۲ با یک نمونه معرف کشوری با ۲۰۰۰ جوان ۱۰ تا ۱۶ ساله و مراقبان آنها انجام شد. برنامه‌های مدرسه‌ای جامع تر مختلط و کم بود ولی تاثیرات مثبت برنامه‌ها کلی بود. کودکان دریافت کننده چنین برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه، هنگامی که فرد قربانی یا فرد مورد تهدید به احتمال زیاد

از راهبرد خود حفاظتی از خود توصیه شده توسط مربیان پیشگیری استفاده کرده بودند، در آزمون کوتاه دانش در مورد قربانی جنسی بهتر عمل کردند؛ بیشتر احتمال داشت احساس کنند که در دفاع از خود موفق بوده اند؛ و به احتمال زیاد فردی را که تلاش‌هایی در خصوص آسیب زدن به آنها تلاش کرده بود را افشا کنند. آنها قادر به محدود کردن جدیت و شدت حملات نشدند، در واقع، آنها صدمات بیشتری را در دوره تجاوزات جنسی تجربه کردند. آموزش جامع والدینی نیز تاثیرات مثبتی بر دانش، استفاده از راهبرد خود حفاظتی ترجیح داده شده و احتمال فاش سازی داشت. کودکان دارای آموزش جامع والدینی بیشتر احتمال داشت جدیت و شدت حملات را محدود کنند.

وولی و گابریلز (۱۹۹۹) یک مطالعه شامل ترکیب روش‌های کمی و کیفی برای بررسی اینکه کودکان مفاهیم پیشگیری از سوء استفاده جنسی را از طریق برنامه از خودمان مراقبت کنیم چگونه مفهوم سازی کردند، انجام دادند. شرکت کنندگان ۹۶ کودک دبستانی، در محدوده سنی پنج و یازده، بودند که اخیراً برنامه از خودمان مراقبت کنیم را به پایان رسانیده بودند. ۱۲ دانش آموز برای شرکت در یک مصاحبه پیگیرانه انتخاب شدند. برای ارزیابی سطوح دانش مفاهیم کلیدی پیشگیری، نسخه اصلاح شده پرسشنامه دانش کودک از سوء استفاده جنسی - تجدید نظر شده توتی (۱۹۹۴) استفاده شد. یک تحلیل کیفی از داستان‌ها و توضیح‌های خود کودکان، بینش‌هایی را ارائه کردند برای روشی که آنها معنا را از مفاهیم ارائه شده به آنها طی شرکت در برنامه از خودمان مراقبت کنیم، ساختار دادند. نتایج نشان داد که دانش کودکان از عوامل حول و حوش سوء استفاده جنسی با بالا رفتن سن افزایش پیدا کرد. کودکان در شناسایی موقعیت‌های پر خطر دچار مشکل بودند و اینکه تصورات غلط معمول پس از اتمام برنامه حفظ شدند. آنها پیشنهاد کردند که شیوه‌هایی که در آنها عوامل رشدی ممکن است بر یادگیری مفاهیم پیگیرانه تخطی ایجاد کنند، مدنظر قرار گیرند.

گیسون و لیتبرگ (۲۰۰۰) مطالعه‌ای با هدف تعیین تفاوت نرخ سوء استفاده جنسی از کودکان در میان زنان با سطح تحصیلات کارشناسی که در یک برنامه پیشگیری از سوء استفاده جنسی در دوران کودکی شرکت کرده بودند با زنانی که در این برنامه شرکت

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۷۳

نکرده بودند، انجام دادند. هدف دوم این پژوهش تعیین تفاوت در رضایت جنسی یا اجتناب از فعالیت جنسی بین زنانی که در چنین برنامه شرکت کرده بودند با زنانی که در این برنامه شرکت نکرده بودند، بود. برای اعتبار پژوهش، ۸۲۵ زن دانشجوی دوره کارشناسی از دانشگاه ایالتی نیوانگلند نظرسنجی در باره "تجربه جنسی" را تکمیل کردند. از پاسخ دهندگان سوالات مفصلی در مورد سوابق سوء استفاده جنسی دوره کودکی و مشارکت در برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه در دوران کودکی پرسیده شد. علاوه بر این، آنها به سوالاتی در مورد رضایت جنسی و رفتارهای جنسی فعلی خود پاسخ دادند. ۶۲ درصد از نمونه گزارش دادند که آنها در یک برنامه پیشگیرانه سوء استفاده جنسی "تماس خوب، تماس بد" در مدرسه شرکت کرده‌اند. ۸ درصد از پاسخ دهندگان که شرکت در یک برنامه پیشگیری را گزارش داده بودند، در مقایسه با ۱۴ درصد از پاسخ دهندگان که تاکنون در یک برنامه پیشگیری شرکت نداشتند، نیز آزار جنسی را گزارش دادند. تفاوتی در رضایت جنسی بزرگسالی یا وسایل سنجش رفتاری فعالیت جنسی در بین پاسخ دهندگانی که در یک برنامه پیشگیرانه سوء استفاده جنسی در مدرسه شرکت کرده بودند و افرادی که در این برنامه شرکت نکرده بودند، مشاهده نشد. این پژوهش دریافت که برنامه‌های پیشگیری سوء استفاده جنسی از کودکان در مدرسه با کاهش بروز سوء استفاده جنسی همراه است. علاوه بر این، بر خلاف نگرانی ابراز شده در ادبیات تحقیق، هیچ شواهدی وجود نداشت که برنامه‌های پیشگیری با کاهش رضایت جنسی یا اجتناب از رابطه جنسی در دوران بزرگسالی همراه هستند.

کودکانی که قول داده‌اند رازی را نگه دارند ممکن است از صحبت کردن بترسند، پس والدین باید به پرسش‌هایی که ممکن است نشانه آن باشند که کسی دارد از معصومیت کودک آنها سوء استفاده کند، توجه کنند. والدین باید در مورد سایر علایمی نیز که کودک آنها نشان می‌دهد حساسیت به خرج دهند، علائمی مانند موارد زیر:

- گوشه گیری

- خودداری از غذا خوردن

- اکره داشتن از روبرو شدن با یکی از بستگان

- کابوس دیدن
- مشکل در راه رفتن یا نشستن
- اجتناب ناگهانی از شرکت در فعالیت‌های ژیمناستیک یا فعالیت‌های بدنی
- شب ادراری
- تغییر ناگهانی در اشتها
- خوردن چیزهای خاص و نشان دادن رفتارها و اطلاعات جنسی غیرمعمول
- مشغول شدن بیش از حد به ناحیه تناسلی
- خط خطی کردن ناحیه تناسلی یا وسط پاها در نقاشی‌ها
- استفاده از رنگ‌های تیره، سیاه و یا تیره کشیدن بعضی از افراد در نقاشی

کودکان باید بدانند که می‌توانند در مورد هر چیزی به والدین پناه بیاورند و والدین حرف آنها را جدی خواهند گرفت. بسیاری از کودکان از ترس اینکه والدینشان حرف آنها را باور نکنند، از گفتن مساله به آنها هراس دارند. لازم است والدین بسیار آرام باشند و آماده باشند تا با ملایمت این مساله را بررسی کنند و کشف کنند که انگیزه پرسش کودکشان چیست؟ این را برای کودکان خود روشن کنند که او می‌تواند هر چیزی را به والدین بگویند، حتی رازهای بسیار مهم را، و به او اطمینان دهند که از او حمایت خواهند کرد. اگر کودک فکر کند که با گفتن این مساله به والدین، مورد سرزنش قرار می‌گیرد و یا والدین در موقعیتی قرار می‌گیرند که آسیب می‌بینند ممکن است از گفتن مساله پرهیز کنند. بنابراین به آنها نشان دهید که علاوه بر راز دار بودن آنقدر شجاع هستید که بدون اینکه غش و ضعف کنید راز او را تا آخر بشنوید. فراموش نکنید که در بسیاری از موارد متجاوز و یا فرد سوء استفاده کننده با ترساندن کودک از اینکه مثلاً مادر و پدرش به دردسر بیفتند او را وادار به رازداری می‌کند. مثلاً به او می‌گوید: اگر به مامانت بگویی او دیگر سر کار نمی‌رود و کارش را از دست می‌دهد. آنوقت تو مسؤول این بدبختی مامان هستی!

والدین باید از اینکه ناخودآگاه گفته‌های کودک خود را به عنوان توهم و یا واکنشی بیهوده رد کنند پرهیزند، زیرا ممکن است بطور ناخواسته باعث تکرار سوء استفاده از کودک

شوند. حتی زمانی که اشاره می‌کنید کار شخص غلط بوده است، باز هم ممکن است کودکان احساس کنند نمی‌توانند به او خیانت کنند زیرا دوست ندارند که آن شخص تنبیه شود. تمام کودکان قربانی فکر می‌کنند که به نوعی سزاوار سرزنش‌اند. والدین باید به کودکان اطمینان دهند که او مقصر نیست. اگر راستگو باشد دچار هیچ مشکلی نخواهد شد. اگر مشخص شود که شخص متعدی از آشنایان و نزدیکان است، حتماً باید از مراجع ذیربط تقاضای کمک کنند. مهمترین مسوولیت والدین حمایت از کودک است، نه از شخص متعدی (مولایی)، (۱۳۹۴).

نکاتی برای مقابله با سوء استفاده جنسی به کودکان

سوء استفاده جنسی به تدریج شروع می‌شود. با تماس‌های خوب آغاز می‌شود، بعد نوبت به تماس‌های مشکوک می‌رسد و سپس تماس‌های بد انجام می‌شود. نمونه‌هایی از تماس‌های خوب، مشکوک و بد در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱- نمونه‌هایی از انواع تماس‌ها

تماس‌های بد	تماس‌های مشکوک	تماس‌های خوب
نیشگون گرفتن پاها و وسط پاها	نیشگون گرفتن	بغل کردن
نوازش ناحیه تناسلی	قلقلک و لمس نقاط خصوصی بدن	گرفتن دستها
مالیدن پشت و کمر یا هر نقطه از بدن به پشت و باسن	دست دادن همراه با نیشگون گرفتن دست	نوازش کردن موها
دست زدن به ناحیه تناسلی و سینه‌ها	مالیدن پشت و کمر بغل کردن طولانی مدت	بوس کردن
		ضربه ملایم به پشت برای تحسین
		معاینه توسط پزشک

معمولاً سوء استفاده جنسی همراه با فریب، تهدید و یا حتی تماس‌های لذت‌بخش است. معمولاً فردی آشنا در این قضیه درگیر است. گرچه ممکن است غریبه‌ها هم گاهی به این کار

اقدام کنند. معمولاً فرد متعرض و یا متجاوز از کودک می‌خواهد تا راز او را نگه دارد. سوء استفاده جنسی می‌تواند هم پسرها و هم دخترها را تهدید کند و ربطی به خوشگل و زشت بودن ندارد. والدین راه‌های فرار از یک موقعیت و یا وضعیتی که ممکن است سوء استفاده جنسی در آن رخ دهد را به کودکان خود بیاموزند، می‌توانند برای این کار از داستان‌ها و یا سناریوهایی مانند مثال زیر استفاده کنند:

"مامان سپیده و سارا آنها را برای خریدن نوشابه به سوپر محل فرستاده است، آنها بارها برای خرید به این فروشگاه رفته‌اند. وقتی آنها وارد می‌شوند همسایه که پیرمرد است آنها را برای خوردن بستنی به خانه‌اش دعوت می‌کند. وقتی آنها دارند بستنی می‌خورند، پیرمرد شروع به ماساژ دادن پای سارا می‌کند. از کودک ۶ تا ۸ ساله تان پرسید اگر او به جای بچه‌ها بود چه کار می‌کرد؟ به چه کسی خبر می‌داد؟ می‌توانید داستان را این طور ادامه بدهید که اگر پیرمرد به آنها بگوید: "اگر به کسی چیزی نگویند من هر بار که اینجا می‌آید به شما بستنی می‌دهم!" آنها چه کار باید بکنند. اگر آنها را تهدید کند که به صاحب خانه‌شان می‌گوید که آنها را از خانه بیرون بکند، بچه‌ها باید چه کار بکنند؟

خلاق باشید. مثال‌هایی از این دست فراوانند. شما می‌توانید با تاکید بر آنچه خود بچه‌ها می‌دانند به آنها روش‌های مقابله را بیاموزید.

- لیستی از کسانی که ممکن است کودک در صورت احساس خطر به آنها پناه ببرد برای او مشخص کنید (ترجیحاً از زنان و خانم‌های مورد اعتماد و در دسترس).

- حمام کردن کودک فرصت خوبی برای آموزش نقاط خصوصی بدن و راه‌های محافظت از آنها به کودک است.

- به کودک تان نشان دهید که شستن و تمیز نگه داشتن این ناحیه، برای سلامتی او اهمیت دارد و در ضمن باید مراقب باشد کسی به این نقطه دست نزنند.

- نشان دهید که شما هم فقط برای سلامتی و پاکیزه نگه داشتن او به این نقطه دست می‌زنید. برای شستن این ناحیه از او اجازه بگیرید و یا در سنین بالاتر، در صورتی که او را به حمام می‌برید به او فرصت دهید تا این ناحیه را خودش بشوید.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۷۷

- می‌توانید راههای برخورد با تماس‌های ناخواسته را به او آموزش دهید. " نه گفتن " را به او بیاموزید و اینکه در صورتی که با تماس ناخواسته فردی سمج و پر زور روبرو شد چگونه از خود محافظت کند.

- به کودک بگویید که تمام تماس‌ها خوب نیستند و یک بچه باهوش باید فرق بین تماس‌های خوب و بد را بفهمد. باید تماس‌های بد را به مادر و پدر، معلم و یا یک فرد مورد اعتماد گزارش بدهد. چون این تماس‌ها ممکن است کم‌کم پیشرفت کند و به سوء استفاده جنسی ختم بشوند.

- به کودک اطمینان بدهید که اگر تماس‌های مشکوک را به یک آدم بزرگ مورد اعتماد گزارش بدهد، راحت‌تر می‌توان در مورد روش برخورد با آن تصمیم گرفت.

- به بچه‌ها بگویید که گزارش دادن موارد مشکوک باعث حفاظت بیشتر خودشان و بچه‌های دیگر می‌شود.

- به بچه یاد بدهید که نقاط جنسی و بدنش به خودش تعلق دارد و کسی حق ندارد بدون اجازه او به آن نقاط دست بزند. می‌توانید برای این آموزش از یک شعر و یا داستان استفاده کنید. یک شعر ژاپنی برای کودکان ۲-۳ ساله توضیح می‌داد که همانطور که مامان ساعتش را بالای کمد می‌گذارد و یا بابا وقتی موتور سواری می‌کند از کلاه ایمنی استفاده می‌کند. او هم پوشک می‌پوشد. شما هم می‌توانید به بچه بگویید که همانطور که او از چیزهای گرانبهایش مراقبت می‌کند از آن نقطه هم باید مراقبت کند، و اجازه ندهد کسی آن را لمس کند مگر مامان یا دکتر آن هم فقط وقتی که مامان اجازه می‌دهد. اگر در سن ۳-۲ سالگی این آموزش را به کودکان بدهید بعد می‌توانید آموزشهای بعدی را بر همین اساس ادامه داده و در طی سال‌های بعد از اینکه او می‌داند چگونه از خودش مراقبت کند خیالتان آسوده‌تر باشد. این کودک بعدها بهتر خواهد پذیرفت که برای حفاظت از خودش در برابر بیماری‌های مقاربتی از تماس با افراد مشکوک خودداری کرده و از کاندوم استفاده نماید.

- ارزش‌های خانوادگی را به او بیاموزید مثلاً بگویید: " ما توی خانواده مون از این کارها نمی‌کنیم. " یا مثلاً " ما این رفتارها رو نمی‌پسندیم. "

- این کار باید در زمینه‌ای از واقعیت انجام شود. کودک باید ببیند که شما واقعاً برخی رفتارها را عیب می‌دانید و به آنها نمی‌پردازید؛ حتی اگر در حال مشاهده یک رفتار مشکوک توسط یکی از بستگان نزدیک مانند پسر خاله و یا پسر عمویش است. گرچه این کار گاهی بسیار مشکل است اما کودک باید بداند که ارزش‌های خانواده او و قوانینی که در خانه آنها وجود دارد حتی با قوانین خانواده عمو و خاله فرق دارد.

- این کار نیز باید در محیطی آرام و بدون ترس و سختگیری انجام بگیرد. بیشتر روی ارزش‌های خانوادگی تان تاکید کنید.

- وقتی رفتار مشکوکی از یکی از افراد غریبه و آشنا دیدید. به کودک بگویید که "این رفتار را من نمی‌پسندم و فکر می‌کنم خیلی از آدم‌های دیگه دنیا هم تاییدش نمی‌کنند".
کودکان قربانی غالباً احساس می‌کنند که اگر فاش کنند مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند، گناهشان دو چندان می‌شود، بنابراین پرسش‌های آنها ممکن است غیر مستقیم و حاوی سرخ‌های پنهانی باشد. در زیر مثال‌هایی از پرسش‌های کودکان و پاسخ‌های والدین وجود دارد. این قبیل پرسش‌ها می‌تواند نشانه سوء استفاده جنسی باشد:

- آیا باید به او اجازه دهم مرا ببوسد؟

- آیا حتماً باید روی زانوی عمو بنشینم؟

- آیا ممکنه رازداری کار اشتباهی باشه؟

- آیا درسته که کسی به وسط پاهای من دست بزنه؟

- آیا همه کارهای عمو یا بابا بزرگ درسته؟

پاسخ‌ها برای سنین ۶-۲ سال:

- اگر دوست نداری، هیچ وقت مجبور نیستی کسی را ببوسی یا بغل کنی. هیچ آدم بزرگی و یا هیچ فرد بزرگتر از تو حق نداره به وسط پاهای تو دست بزنه، پس باید همیشه به من بگویی، تو مجبور نیستی هیچ رازی را از مامان مخفی کنی. حتی اگر کسی به تو بگوید

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۷۹

که "اگر این کار را نکنی، اتفاق بدی می افتد". همه چیز را فوراً به من بگو و مطمئن باش کاری می کنم که اتفاق بدی برای تو نیفتد.

پاسخ‌ها برای سنین ۶-۸ سال:

- تنها کسی که تو باید همیشه از او اطاعت کنی ماما است. تو باید در مدرسه همان طوری رفتار کنی که به تو می گویند، اما اگر در مدرسه کسی از تو خواست که کار عجیبی را در تنهایی با او انجام بدهی، لازم نیست حرف او را گوش کنی.

- اگر کسی به تو بگوید کارهایی مثل دست زدن به بدن همدیگر و یا بوس کردن را انجام بدهی، مجبور نیستی حرفش را گوش کنی. فقط بگو: "من نمی خواهم این کار را انجام بدهم:" یا "من نمی خواهم این بازی را بکنم." یا "می خواهم به خانه بروم." اگر کسی از تو خواست تا درباره چیزی رازداری کنی، معمولاً به خاطر اینست که او می داند ماما از فهمیدن آن عصبانی خواهد شد.

- بنابراین کار غلطی است که از تو بخواهند چیزی را به ماما نگوئی. من باید همه رازهای تو را بدانم، بخصوص آنهایی که ناراحتت می کند. اگر شخصی به تو بگوید در صورت فاش کردن رازی به زندان یا جهنم می روی، بدجنس است و دروغ می گوید. او فقط برای ترساندن تو این را می گوید. نگران نباش ماما می تواند همه چیز را درست کند و تو اصلاً سرزنش نمی شوی. هیچ کس هیچ وقت نخواهد فهمید که تو درباره او با من صحبت کرده ای. تو همیشه می توانی به من اعتماد کنی.

پاسخ‌ها برای سنین ۱۱-۸ سال:

- بعضی از آدم بزرگ‌ها دوست دارند با کودکان؛ پسر یا دختر، کارهای بد انجام بدهند. آنها آدمهای بدی هستند و این کار نیز بسیار غلط است. این آدمها فکر می کنند چون بزرگتر و قویتر از کسی هستند می توانند او را مجبور به انجام هر کاری بکنند، این اصلاً درست نیست. این خلاف قانون است و پلیس بالاخره آنها را دستگیر و زندانی می کند.

- اگر کسی سعی کند بدن تو را به شیوه بدی لمس کند یا از تو بخواهد بدن او را لمس کنی. حتی اگر فردی از خانواده خودمان باشد، آنچه را به تو گفتم به او بگو. تو هیچ وقت نباید حرف او را گوش کنی. حتی اگر هدیه‌ها و جایزه‌های بزرگی به تو پیشنهاد بکند.

- اگر احساس می‌کنی که شخصی به تو علاقه خاصی دارد و ممکن است سعی کند تماس‌های مشکوکی با تو داشته باشد، فوراً به مامان بگو تا من ترتیبی بدهم که تو دیگر هیچ وقت با او تنها نمایی. بعضی بچه‌ها فکر می‌کنند که اگر اتفاق بدی برای آنها بیافتد تقصیر خودشان است، اما تو باید بدانی که اگر یک آدم بزرگ یا دختر یا پسر بزرگتر سعی کند کار بدی مانند این انجام بدهد، هرگز تقصیر از کودک نیست (مولائی نژاد، ۱۳۹۴).

کودکان می‌توانند بیاموزند که برای اشاره به اعضای تناسلی خود از عبارت (اعضای خصوصی بدن) استفاده کنند. بسیاری از بچه‌های پیش دبستانی می‌توانند برخلاف بچه‌های بزرگتر این عبارت را خیلی راحت و بدون احساس شرم بر زبان بیاورند. لذا یکی از کارهای مهم والدین این است که سطح شرم را در کودکان رو به رشد خود در سطحی نگه دارند که وقتی بچه‌ها به اطلاعات نیاز داشتند نه والدین و نه کودکان نسبت به پرسش در این باره بی‌میل نباشند. والدین باید به کودکان پیش دبستانی و دبستانی خود بگویند که گرچه موضوعات خصوصی خود را با خانواده در میان می‌گذارند اما نباید آن را به دوستان کوچکترشان بگویند. برای این که به فرزند خود آموزش بدهید که چه چیزهایی را می‌تواند با دیگران در میان بگذارد و چه رفتارهایی از او قابل قبول است با او نقش بازی کنید (اگر دوست از تو خواست که اعضای خصوصی بدنت را به او نشان بدهی به او چه می‌گویی؟ یا اگر دوستت پرسید همجنس بازی یعنی چه تو چه کاری کنی؟ شما می‌توانید به عنوان والدین کودک چند جمله ساده به فرزند خود بیاموزید تا اگر یک دوست یا غریبه خواست به مسائل خصوصی او دسترسی پیدا کند او بتواند آن‌ها را به زبان بیاورد مثلاً بدن من خصوصی است. در این باره از پدر و مادر خود سوال کن. بسیاری از والدین هم فکر می‌کنند که اگر در باره مسایل جنسی به کودکان خود چیزی بگویند افکار جنسی را در ذهن‌های کوچک آنها پرورش می‌دهند و با این کار بچه‌ها را به تجربه جنسی تشویق می‌کنند، نزد فرزندتان اعتراف کنید که سخن گفتن

در باره جنسیت گاهی با شرم و حیا همراه است، چون موضوع خیلی حساس و خصوصی است و همین خود می تواند زمینه مشترکی باشد تا گفتگویتان را آغاز کنید به یاد داشته باشید که لازم نیست همه اطلاعات را یک جا در اختیار او بگذارید. فراگیری آموزش جنسی نیز مانند درس هایی چون ریاضی و علوم باید به صورت تدریجی و در طی زمان صورت گیرد. باید لحظه های مناسب آموزش را پیدا کرد. می تواند هر یک از موقعیت های زیر را به یک موقعیت مناسب برای آموزش تبدیل کرد: معلم فرزندان یکی از بستگان یا همسایه های شما باردار شده است، تلویزیون برنامه ای نشان می دهد که در آن ارزش های خانوادگی یا اختلاف اخلاقیات خانوادگی مطرح می شود. دیداری از باغ وحش دارید که شامل مشاهده رفتار جنسی حیوانات یا توضیح درباره چرخه حیاتی آنهاست؛ زاییدن یک حیوان خانگی؛ به هنگام رفتن به مطب پزشک برای معاینه؛ وقتی کودک شما به بدن های برهنه یا نیمه برهنه دیگران در خانه و استخر زل می زند؛ وقتی دختر یا پسران سعی می کنند کسی را که برهنه است ببیند؛ نگاه های کنجکاو فرزندان هنگامی که پوشک بچه ای عوض می کند؛ و دیدن نوار بهداشتی در یک فروشگاه.

والدین باید حتماً درباره سوء استفاده جنسی و پیشگیری از آن با فرزندان صحبت کنند. برای این کار باید بچه ها را از امکان سوء استفاده جنسی آگاه ساخت و در عین حال از پدید آمدن ترس ها و نگرانی های بی مورد در آنها جلوگیری کرد. بچه هایی که برای جسم خود ارزش و احترام قائلند کمتر در خطر سوء استفاده قرار می گیرند. بهترین موقع طرح این موضوع هنگام حمام کردن بچه هاست. موضوع سوء استفاده موضوعی خشن است و والدین می توانند برای ملایم کردن گفتگوی خود درباره رشد مناسب بدن فرزندان نیز صحبت کنند و سلامت جسمی او را تحسین کنند. هنگام گفتگو در این باره به فرزندان بگویند که چه کاری بد و چه کاری خوب است. اما بیشتر افراد امروزه معتقدند اگر کارها را به طور مشخص خوب یا بد بنامیم در بلند مدت ممکن است بچه را گیج کنیم. هنگام گفتگو با فرزندان درباره پیشگیری از سو استفاده جنسی می توان از جملات زیر استفاده کرد:

- به به چقدر تمیز شدی. چه بدن سالمی داری.

- یادت باشه بدن تو خصوصی است و کسی نباید از تو بخواد که به قسمت های خصوصی بدن تو نگاه کند یا به آن دست بزند.
- اگر ما مادر یا پدرت به تو کمک کنیم که خودت را بشویی یا بخوایم با دیدن بدنت از سالم بودن مطمئن بشویم اشکال ندارد.
- برای اینکه بچه ها نسبت به جسم خود احساس خوشایندی داشته باشند والدین نیز باید برای حد و مرز آنها احترام قائل شوند. به عنوان مثال: هرگز به میل خودتان اصرار نکنید که فرزندتان به کسی محبت کند.
- به آنها دستور ندهید خاله را ببوسد و آنها را به زور به آغوش نکشید. چون از یک سو از بچه می خواهید که اجازه ندهد کسی به بدنش دست بزند و از سوی دیگر آنها را مجبور می کنید که مطابق با خواست شما به دیگران محبت کند. البته گاهی پیش می آید که فرد بزرگسالی مانند پزشک باید به دلایل پزشکی به قسمت های خصوصی بدن بچه دست بزند یا نگاه کند. در این صورت باید قبل از رفتن نزد پزشک او را با توضیحاتی آماده کنید.
- بعد از مرور نکات اساسی درباره خصوصی بودن بدن یا فرزند خود اگر نسبت به سلامتی جسمی او نگرانی دارید از او پرسید: آیا کسی با دست زدن به قسمت های خصوصی بدنت تو را ناراحت کرده است؟
- اگر پاسخ مثبت است، آرامش خود را حفظ کرده و از او بخواهید که کل جریان را برای شما تعریف کند.
- اگر احساس کردید جریانی که برای شما تعریف می کند باور کردنی نیست، احساسات خود را کنترل کنید و همه چیز را از او پرسید. او را مقصر اعلام نکنید؛ شاید لازم باشد از پزشک کمک بگیرید.
- فرد سوء استفاده کننده ممکن است عضو خانواده یا فامیل همسایه یا فرد دیگر باشد؛ پس بدون اینکه بچه را بترسانید، اقدامات پیشگیرانه را به آنها بیاموزید.
- اگر کسی با دست زدن به بدن آنها، آنها را ناراحت می کند بگویند نه سپس بروند.

والدین می‌توانند با نقش بازی کردن بچه‌ها را برای مقابله با سوء استفاده آماده کنند. مثلاً می‌توانند از فرزند خود بپرسند: اگر در مدرسه کسی خواست لباس زیر تو را ببیند یا تو را در آغوش بگیرد چه کار می‌کنی؟ اگر والدین بچه‌ها را پیشاپیش آماده کنند، آنها اعتماد به نفس به دست می‌آورند و تمایل پیدا می‌کنند در صورت لزوم فرمول نه برو بگورا پیاده بکنند. طبق قاعده‌ای بچه‌ها ترس‌های خود را با تغییر رفتارشان نشان می‌دهند. نمی‌توان از یک رفتار خاص بچه فهمید که قربانی سوء استفاده جنسی شده است، اما رفتارهای زیر علائم هشدار دهنده هستند:

- رفتارهای جنسی مکرر و دائمی مانند زیاده روی در خودارضایی .
- تغییر در روحیه معمول کودک.
- نشان دادن رفتارهای جنسی که با سن بچه و هنجارهای جامعه متناسب نیست.
- رفتارهایی مانند منزوی شدن یا دور شدن از خانواده یا دوستان (رضایی، ۱۳۹۲).
- کودکان با آموزش‌های مناسب، مهارت‌های لازم، جهت شناسایی موقعیت‌های احتمالی آزار جنسی را کسب می‌کنند و روش‌های مقابله با آن را یاد می‌گیرند. آموزش‌ها باید متناسب با سن و برای او قابل فهم و درک باشد (شهنی و شعیری، ۱۳۸۴).

۱. به کودکان در مورد قسمت‌های خصوصی بدن و اندام تناسلی شان آموزش داد:

به کودکان ۲ تا ۶ ساله که در دستشویی رفتن، حمام کردن و تعویض لباس به پدر و مادرشان وابسته‌اند، باید این گونه توضیح داد « به غیر از مامان و بابا، آن هم فقط برای شستن تو و موقع لباس عوض کردن، هیچ کس دیگه‌ای اجازه نداره به پشت تو (باسن) و جلوی شکمت (اندام تناسلی) دست بزنه یا به اونجا نگاه بکنه. فقط خودت می‌تونی به این قسمت‌ها نگاه کنی و اگه کسی خواست این کار رو انجام بده، حتی اگه آدم آشنایی هم بود، زود بیا، به مامان و بابا بگو و اگه مامان و بابا نبودن، چیغ بکش و آدم‌ها رو خبر کن».

به کودکان بالای ۶ سال که در انجام دادن کارهای شخصی خود مستقل شده‌اند باید توضیح داد « هیچ کس، حتی بابا و مامان، حق نداره شلوارت رو پایین بکشسه و به پشت

(باسن) و جلو شکمت (اندام تناسلی ات) دست بزنه یا نگاه کنه. اگر کسی خواست با تهدید (زور و فشار) یا با تطمیع (دادن شکلات و خوراکی و اسباب بازی) این کار را بکنه و به تو دست بزنه، محکم دستش را پس بزنی و به اون نه بگو. آگه خواست دوباره و به زور این کار رو بکنده، با داد و فریاد کردن، اطرافیان رو خبر کن»، این گفت و گوها که در محیطی دوستانه با فرزندان انجام می‌گیرد، ذهن کودکان را نسبت به تعرض‌های احتمالی آماده می‌کند و باعث آمادگی جهت مقابله با آزارهای جنسی می‌شود.

۲. حرمت‌ها و حریم‌ها را باید به کودک آموزش داد.

به کودک باید آموزش داد که دیدن بعضی از قسمت‌های بدن، خصوصی و شخصی است و هر وقت دستشویی یا حمام می‌رود حتماً در را ببندد، چرا که زشت است کسی او را ببیند و هر وقت خواست لباس عوض کند حتماً در اتاق را ببندد که کسی او را نبیند.

۳. به کودکان آموزش داد در صورتی که در موقعیت آزار جنسی قرار گیرند، چه کار باید بکنند.

باید به آنها گفت، به سرعت از آن موقعیت خارج شوند و از افراد مطمئن، مثل پلیس، معلمان، مربیان و آشنایان، کمک بگیرند. تلفنی خاص برای اعلام موارد کودک‌آزاری جنسی در اختیار افراد قرار گیرد (امین زاده، ۱۳۸۹).

به منظور کاهش سوء استفاده جنسی از کودکان بسیاری از کشورها سعی دارند با تدوین برنامه‌های آموزشی جدید به مقابله با این مشکل بپردازند. یکی از جوامع هدف برای ارائه این آموزش‌ها معلمان مدارس ابتدایی هستند. (فولاد چنگک، ۱۳۸۴، فاضل پور و هاساواری، ۱۳۸۴). آلبوکردی، نیکو سیر جهرمی و ابراهیمی (۱۳۸۸) در بررسی دانش و نگرش معلمان مدارس ابتدایی نسبت به مسئله سوء استفاده جنسی از کودکان و لزوم گزارش آن نشان دادند که دانش معلمان در این زمینه ناکافی است و ارائه آموزش‌هایی در زمینه تشخیص و گزارش این مسئله در دوره‌های آموزشی پیش از خدمت و ضمن خدمت ضروری بنظر می‌رسد.

اردیبهشتی (۱۳۸۲) آگاهی و نگرش افراد کلیدی (والدین، معلمین، پزشکان) را درباره آموزش رفتار جنسی به کودکان و نوجوانان بررسی نمود. یافته‌ها نشان داد که ۷۹٪ افراد موافق آموزش مسائل جنسی به کودکان و نوجوانان را معلمین و والدین بر عهده گیرند و آموزش جنسی توسط معلمین و والدین را مناسب دانستند. ۸۹٪ معتقد بودند که عدم آموزش مسائل جنسی به کودکان و نوجوانان مشکلاتی را ایجاد خواهد کرد. وی آموزش به افراد کلیدی در زمینه دادن اطلاعات و برقراری ارتباط با کودکان و نوجوانان، واگذاری بخش بیشتری از امر آموزش به پرسنل بهداشتی و روحانیون را پیشنهاد نمود. جوکار و نصراله پور (۱۳۸۶) گزارش دادند که اولیای مدارس در مقایسه با دانش آموزان نگرش مثبت تری به آموزش مسائل جنسی در مدارس دارند.

نیکنام، چراغی، علی زاده و همکاران (۱۳۸۴) گزارش دادند که ۳۲/۳٪ مادران با بیشتر شدن تمایلات جنسی در کودکان خردسال مخالف بودند. ۲۴/۲٪ معتقد بودند که درک هویت جنسی در کودک به روابط والدین بستگی ندارد. ۵۶/۵٪ از وجود تنفر کودک خردسال نسبت به والد همجنس آگاه نبودند. ۲۱٪ دستکاری آلت جنسی غیر طبیعی داشتند. ۴۰٪ با تنبیه کردن کودک هنگام دستکاری آلت جنسی موافق بودند. ۴۷/۵٪ اعتقاد داشتند که به دلیل کنجکاوی جنسی هنگام بازی نباید فرصت بازی به کودک داد. بر اساس این نتایج مادران کودکان خردسال اطلاعات کافی در زمینه سلامت روانی جنسی کودکان خود نداشتند و نیاز به اطلاع رسانی از طریق رسانه‌های گروهی در این زمینه ضروری می‌باشد.

آقامحمدیان، شفیعی، یوسفی و شیخ (۱۳۸۶) گزارش دادند که ۷۸٪ والدین دانشگاهی موافق آموزش علمی مسائل جنسی به کودکان بودند. ۹۱/۶۶٪ والدین را اصلاح می‌دانستند، ۸۶/۱۱٪ مریبان، ۳۰/۵۵٪ دوستان و همسالان، ۱۱/۱۱٪ کتب و مجلات، ۲/۱۷٪ خواهر و برادر و اقوام، ۰/۰۵٪ سایر افراد را مرجع مناسب برای آموزش مسائل جنسی به کودکان می‌دانستند. تهذیبی و جوادنیا (۱۳۸۴)، علوی لنگرودی و احمدی (۱۳۸۸)، خرمی راد و همکاران (۱۳۸۸)، پور طهماسبی، تاجور و پور طهماسبی (۱۳۸۸)، طالبیان، صنعتگر و ارزانی (۱۳۸۸)،

موسوی لطفی، خرمی راد، فلاحتی و حاج محمد حسینی (۱۳۸۸) بر در نظر گرفتن دیدگاه اسلام در تربیت جنسی تاکید کرده‌اند و مراقبت‌ها در تربیت جنسی را از نظر اسلام را شامل مراقبت در لباس پوشیدن کودکان، مراقبت در زمان و مکان خواب آنها، مراقبت در توالی رفتن و استحمام فرزندان و مراقبت در پاسخ دادن به پرسش‌های جنسی آنها در هر قسمت ذکر شده دانستند.

حسینخانی، علایی و سلطانی (۱۳۸۶) گزارش دادند که آموزش تربیت جنسی تاثیر مطلوبی بر ایجاد آگاهی و نگرش مطلوب در مادران داشت. آموزش والدین در سلامت جنسی کودکان و نوجوانان موثر است (کریمی و عتیق، ۱۳۸۶، سلگی، قنبرلو و قائدی، ۱۳۸۸). تکنولوژی‌های نوین نقش زیادی در آموزش دارند، کامل کننده و جایگزین مراکز آموزشی هستند (جهان آرا، ۱۳۸۸، جوکار و نصراله پور (۱۳۸۶) گزارش دادند که اولیای مدارس در مقایسه با دانش آموزان نگرش مثبت‌تری به آموزش مسائل جنسی در مدارس دارند. محتوای کتب درسی مدارس از نظر تربیت جنسی باید تغییر کند و مولفه‌های برنامه تربیت جنسی در برنامه ریزی درسی باید لحاظ گردد (مهرام و نبی زاده شهری، ۱۳۸۶، خدادادی، مومنی کریم نندی و شکاری، ۱۳۸۸، پور طهماسبی و تاجور، ۱۳۸۸، خبازی کناری، ۱۳۸۸).

افراد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی سوء استفاده جنسی را تجربه می کنند (امجدی و میرقادری، ۱۳۸۴، غنی آبادی، ۱۳۸۸). کودکان ناتوان ذهنی مانند کودکان سالم نیازمند آموزش بهداشت جنسی در زمان مناسب می باشند. ناآگاه بودن آنها از مسائل جنسی می تواند خطراتی مانند آزار جنسی، ابتلاء به بیماری‌های مقاربتی، بارداری ناخواسته و غیره گردد. سوء رفتار با این کودکان ۱/۷ برابر کودکان سالم است. هدف از آموزش بهداشت جنسی این است که این کودکان بتوانند به نقش جنسیت خود پی ببرند و مهارت محافظت از خود را کسب کنند، رفتار مناسب با سن خود را داشته باشند، رفتارهای قابل قبول جمع را تشخیص دهند و بدانند که حق دارند برقراری رابطه جنسی را رد کنند (پیکری و جلالی نیا، ۱۳۸۲).

از طرفی برنامه‌های مدون آموزشی در ارتقاء اعضاء تیم بهداشتی مراقبت‌های بهداشتی اولیه موثر است.

ج) تدوین کتابچه‌های راهنما، بسته‌ها، جزوه‌ها و نشریات آموزشی برای پزشکان پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی روستایی، کارشناسان، کاردان‌ها، بهورزان، رابطین بهداشت و مربیان آموزشگاه بهورزی با تاکید بر:

- ۱) شناسایی سوء استفاده جنسی از کودک و عوارض جسمی و روانی زیانبار ناشی از آن
- ۲) آموزش مهارت‌های زندگی
- ۳) آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری
- ۴) آموزش مهارت‌های جرات‌ورزی
- ۵) آموزش مهارت‌های حل مسئله.

اطلاعات آموزشی در بسته‌ها، جزوه‌ها و نشریات آموزشی بایستی بخش به بخش تفکیک شده باشد، محتوای آنها کاربردی، متمرکز بر مسائل بهداشتی و انعطاف پذیر باشد و مثال‌هایی از دنیای واقعی در آنها گنجانیده شده باشد. در راستای راهبردهای آموزشی، تاکید بر مهارت‌های حل مسئله برای ارتقاء بهداشت و تغییر نگرش‌ها، به عنوان یکی از منابع در دسترس محسوب می‌شود. آموزش مهارت‌های حل مسئله از چند مرحله تشکیل می‌شود:

- ۱) تعریف مشکل
- ۲) آیا مشکل قابل حل است؟
- ۳) شناسایی راه‌هایی برای مشکل
- ۴) شناسایی بهترین راه حل
- ۵) تعریف راه حل مورد نظر
- ۶) اجرای راه حل مورد نظر
- ۷) ارزیابی راه حل
- ۸) آیا مشکل حل شده است؟ در صورتی که حل نشده است بهتر است راه حل دیگری را انتخاب نمود (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۴).

آموزش مهارت‌های لازم به دست اندر کاران بهداشتی و انتقال آن به جمعیت تحت پوشش (افرادی که کودکان را مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌دهند و کودکانی که مورد

سوء استفاده جنسی قرار می گیرند) باعث کاهش سوء استفاده جنسی از کودک می شود و به افراد سوء استفاده کننده نیز کمک می کند تا مشکلات خود را حل کنند.

راهبردهای درمانی

بعضی از متخصصین مهم ترین اقدام را درمان والدین می دانند، اما درمان کودک نیز ضروری است. درمان به صورت گروهی است و متخصصین روانپزشکی اطفال، متخصص پزشکی قانونی، پزشک متخصص اطفال، مددکار اجتماعی و روان شناس در گروه درمان شرکت دارند. اصول درمان شامل حمایت از کودک، مراقبت و روان درمانی گروهی و خانواده درمانی است. خصوصاً در موارد کودک آزاری روحی، نیاز به بررسی و ارزیابی روانشناختی کودک می باشد. همچنین درمان اختصاصی برای اختلالات روحی و رفع ترس و اضطراب و برگرداندن اعتماد به نفس به کودک، بهبود اختلالات خواب و تغذیه ای، درمان خیس کردن رختخواب، بهبود توجه و صحبت کردن کودک ضرورت دارد (نجفی توانا، ۱۳۹۴).

الف: حذف یا تعدیل عوامل استرس زای محیطی و اجتماعی

ب: روان درمانی

ج: آموزش تکنیک های رفتاری به والدین (نجفی توانا، ۱۳۹۴).

از نظر هابز و هانکر (۱۹۹۹) شش مرحله اساسی در مداخلات درمانی کودک آزار دیده

وجود دارد که عبارتند از موارد زیر:

(۱) شناسایی و ارجاع

(۲) حمایت فوری و برنامه ریزی جهت کشف علت و معلول

(۳) ارزیابی

(۴) تصمیم گیری در مورد نحوه حمایت از کودک

(۵) ارزیابی جامع و طرح درمانی کامل

۶) اجرا کردن طرح درمانی، بازبینی و در صورت لزوم ثبت نام کودک در مراکز حمایتی.

در مورد سوء استفاده جنسی از کودک، اهداف درمانی عبارتند از موارد زیر:

۱) بهبود مهارت‌های جراتمندانه حمایت از خود زیرا تقویت مهارت‌های جرات داشتن و نه گفتن در کودکان و افزایش اعتماد به نفس در آنها می‌تواند کودکان را در برابر سوء استفاده جنسی محافظت کند.

۲) بهبود یک رابطه حمایت کننده با والد یا مراقب غیر سوء استفاده کننده

۳) آموزش کنترل مشکلات رفتارهای درونی کردن، جنسی کردن و بیرونی کردن

۴) پردازش فشرده هیجان‌ات مرتبط با سوء استفاده جنسی و عواقب مربوط به آن

۵) بهبود باورهای مثبت ارزیابی از خود

۶) پذیرفتن مذاکره و برقراری ارتباط با سوء استفاده کننده در یک حد و مرز مشخص

(کار، ۱۹۹۹).

برخورد با سوء استفاده جنسی از کودک، دشوار است. واکنش‌های اعضای خانواده - نگرانی از آسیب رساندن به کودک، خشم نسبت به سوء استفاده کننده و گاهی خصومت ورزیدن نسبت به قربانی به خاطر بازگو کردن آن - می‌تواند پریشانی کودک را بیشتر کند. چون سوء استفاده جنسی معمولاً با سایر مشکلات جدی خانواده همراه است، درمان دراز مدت کودکان و اعضای خانواده معمولاً ضرورت می‌یابد (دویل، ۱۹۹۴، گلشاهی، ۱۳۸۴).

پرستار در آزارهای جنسی کودکان و نوجوانان نقش حمایتی دارد. وی مکانیسم‌های حمایتی لازم و کافی را در برخورد با این کودکان و نوجوانان آسیب دیده بکار برده و به رفع مشکلات و ارتقاء سطح سلامت آنها کمک می‌نماید. این حمایت‌ها شامل کاهش استرس، بررسی از نظر احتمال بیماری‌های آمیزشی عفونی، بررسی از نظر احتمال بروز حاملگی در دختران، گرفتن کمک از منابع قانونی، کمک به خانواده در جهت حمایت از کودک یا نوجوان برای تطابق با این مشکل، پیشگیری از بروز آزارهای جنسی با ارائه آموزش کافی،

استفاده از سیستم‌های حمایتی موجود در جامعه و استفاده از روش‌های مقابله‌ای در کودک، نوجوان و خانواده است (سلیمی، شهبازی، فرنی و دهقانپور، ۱۳۸۴).

به کودکانی که تهاجم جنسی را گزارش می‌کنند، باید به دقت گوش فرا داد، حتی اگر قسمت‌هایی از شرح وقایع بی‌ثبات به نظر برسد. به طور تپیک، وقتی کودک شروع به افشاء اطلاعات در مورد تهاجم جنسی می‌کند، میل و بی‌میلی نسبت به بیان موضوع به طور مشخص وجود دارد و اضطراب ممکن است مانع شرح کامل این راز شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

گوش دادن فعال به صحبت‌های کودک و ایجاد فضای ارتباطی مناسب، کمک می‌کند تا کودک بهتر بتواند راجع به واقعه سوءاستفاده جنسی صحبت کند. واکنش‌های توأم با سرزنش و قضاوت زودرس از سوی والدین باعث می‌شوند که کودک از بازگو کردن واقعه امتناع کند. پذیرفتن کودک و باور داشتن او باعث می‌شود که کودک با اطمینان بیشتری بتواند با والدین خود ارتباط برقرار کند. والدین در اولین اقدام بایستی سعی کنند سلامت کودک را تامین کنند و اقدامات حمایتی و درمانی مناسب را برای کودک فراهم سازند.

واکنش نامناسب والدین منجر به عکس العمل‌های زیر از طرف کودک می‌شود:

۱) کودک سکوت می‌کند.

۲) بخش‌های زیادی از ماجرا را بیان نمی‌کند.

۳) ابتدا به واقعه اشاره کرده ولی بعد به کلی آن را انکار می‌کند.

۴) داستان را تغییر می‌دهد، به نحوی که بتواند والدین را آرام کند.

۵) بیان ماجرا را بر اساس سوالات والدین تنظیم می‌کند که در این صورت هنگام

مداخلات قانونی باعث ابهام ماجرا و تناقض گویی می‌شود (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

بچه‌های کوچکی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند غالباً اطلاعات جنسی خود

را در بازی‌ها نشان می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). کودکانی که مورد سوءاستفاده

جنسی قرار گرفته‌اند از افراد بزرگسال، بخصوص مردها هراسان هستند. بازی زبان ارتباطی

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۹۱

کودکان و یکی از موقعیت‌های مناسب برای گفتگو و آموزش مهارت‌های لازم به آنها است (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

کنار آمدن و سازگاری با واقعه سوء استفاده جنسی از کودکان تحت تاثیر عوامل زیر

هستند:

- ۱) شدت آزار جنسی
 - ۲) شرایط وقوع آزار جنسی
 - ۳) سن بروز آسیب
 - ۴) دفعات و میزان تکرار واقعه
 - ۵) رابطه کودک با مهاجم
 - ۶) میزان برخورداری کودک از حمایت‌های خانواده و اجتماع
 - ۷) سرشت کودک
 - ۸) وجود زمینه‌های ژنتیکی اختلال‌های اضطرابی و خلقی
 - ۹) مهارت‌های اجتماعی کودک (حل مشکل، مدیریت هیجانات و استرس، کنترل خشم، آگاهی از خود و ...)
 - ۱۰) مکانیسم‌های انطباقی و دفاعی مناسب
 - ۱۱) ویژگی‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).
- بهترین راه کاهش دادن رنج قربانی‌ها این است که از ادامه سوء استفاده جنسی از کودک، جلوگیری شود. این روزها، دادگاه‌ها، سوء استفاده کنندگان جنسی (مخصوصاً غیرخویشاوندان) را شدیدتر تحت تعقیب قرار می‌دهند و شهادت کودکان را جدی‌تر می‌گیرند.

روش‌های سوء استفاده کنندگان جنسی برای افساء نشدن عبارتند از موارد زیر:

- ۱) تقویت احساس شرم در کودک
- ۲) سرزنش کودک و انداختن مسئولیت آزار به دوش کودک
- ۳) ترساندن کودک از واکنش احتمالی اطرافیان

۴) گیج نمودن کودک و مخدوش کردن واقعیات

۵) تهدید کردن

۶) طبیعی جلوه دادن این رفتار (محمودی قرائی، ۱۳۸۶).

در کنار تنبیه‌های اجتماعی و قانونی، مداخلات درمانی نیز باید برای آنها صورت گیرد. در افراد بزرگسالی که چنین تجربیاتی را در کودکی داشته‌اند و پیامدهای درازمدت اختلال را تجربه می‌کنند، انجام مداخلات تخصصی ضرورت دارد. آموزش به مهاجمین برای درک آسیب‌های جبران ناپذیری که بر قربانیان وارد می‌کنند، کسب لذت و ارضای نیازهای جنسی به روشی ایمن‌تر، درمان مشکلات روانپزشکی و انحراف‌های جنسی لازم است. برای افراد مهاجم راهکارهایی به شرح زیر مطرح شده‌اند:

۱ - پذیرش مسئولیت برای انجام عملی که مرتکب شده‌اند.

۲ - صحبت کردن با فردی که مورد آزار و یا سوء استفاده جنسی آنها بوده است. در این حد که به او بگویند احساسشان چه بوده و از چه ترفندهایی برای بدست آوردن آن بچه استفاده کرده‌اند و به او اطمینان بدهند که هیچ گناهی متوجه او نیست و تنها فرد مهاجم بوده که از روی احساساتی داشته مرتکب همچین عملی شده و نه بخاطر اینکه آن بچه آمادگیش را داشته یا لذت می‌برده یا خوشگل بوده و غیره. اکثر کودکانی که مورد آزار جنسی بوده‌اند تصور می‌کنند این گناه آنها بوده که به نوعی رفتار کرده‌اند که از بین این همه بچه آنها مورد آزار قرار گرفته‌اند. فرد مهاجم باید این قضیه را در ذهن فرد قربانی تغییر دهد یعنی همه تقصیرها و تعبیرها را متوجه خودش بکند و در نهایت عذرخواهی کند و طلب بخشش.

۳ - اگر روبرو شدن با فرد قربانی برای آنها میسر نیست با او تماس بگیرند، برایش نامه یا

ایمیل بفرستند.

۴ - اگر آن هم مقدور نبود نامه را بنویسند با تمام جزئیات و شرح همه احساسات و غیره و بعد آن را ریز ریز کنند، یا آتش بزنند و یا به آب روان بدهند. مهمترین بخش این تمرین آن است که اولاً فردی که مورد آزار یا سوء استفاده بوده بداند که تقصیر او نبوده و دوماً اینکه فرد مهاجم مسئولیت کارش را قبول کند و احساس گناه کند. احساس گناه را می‌شود مورد بررسی

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۹۳

قرار داد و تحت کنترل در آورد اما اگر کسی احساس مسئولیت و گناه نکند نمی توان کاری برایش کرد.

۵- فرد مهاجم با توجه به شناختی که از خودش دارد نباید خود را در محیط‌هایی قرار دهد که به او این فرصت را بدهد که کودکی را مورد آزار و یا سوء استفاده جنسی قرار دهد.

۶- اگر نمی توانند با کسی از اطرفیان‌شان در این مورد صحبت کنند و می ترسند مورد سرزنش قرار بگیرند به یک روانشناس یا روان درمانگر یا روان‌درمانگر جنسی مراجعه کنند.

تغییر تمایل از داشتن رابطه جنسی با افراد کم سن و سال به رابطه جنسی داشتن با افراد بزرگسال صد در صد ممکن نیست اما همین که فرد مهاجم بتواند میل خود را تحت کنترل در بیاورد کافی است در پژوهش‌های انجام شده بر روی مهاجمین جنسی، افرادی که طول مدت درمان خود را (جلسات مرتب با روان درمانگر یا روانشناس) طی کرده‌اند و در گروه‌های حمایتی شرکت می کنند (گروه‌هایی که متشکل از افراد مهاجم جنسی است که همدیگر را در کنترل احساساتشان همراهی می کنند) درصد بسیار معدودی دوباره دست به چنین کارهایی زده‌اند (سایت جامعه پزشکان ایران، ۱۳۹۰). روش‌های مشاوره درمانی جدیدی برای مشکلات مربوط به حیطة‌های جنسیتی و اختلال‌های جنسی به وجود آمده‌اند (دادفر، عاطف وحید، ۱۳۹۴، دادفر، عاطف وحید، اصغر نژاد فرید و کاظم زاده عطوفی، ۱۳۹۴).

راهبردهای پژوهشی

راهبردهای پژوهشی شامل موارد زیر هستند:

- تهیه پرسشنامه‌ای برای سنجش دقیق سوء استفاده جنسی از کودک
- بررسی و ارزیابی نگرش مردم منطقه در رابطه با سوء استفاده جنسی از کودک
- تعیین میزان شیوع اولیه سوء استفاده جنسی از کودک در منطقه
- بررسی و ارزیابی نیازهای مردم در رابطه با چگونگی و نوع مداخله برای کاهش سوء استفاده جنسی از کودک
- بررسی و نظرخواهی از مردم منطقه در رابطه با منابع حمایتی محلی در دسترس

- تدوین پرسشنامه‌ای برای نظر سنجی از مردم منطقه
- تدوین سوال‌هایی به عنوان پیش آزمون و پس آزمون در کارگاه‌های آموزشی
- تعیین میزان شیوع نهایی پس از ۲ سال مداخله آموزشی
- تدوین و تهیه فرم آماری جهت ارائه گزارش‌های ماهیانه
- انجام پژوهش‌های آزمایشی با استفاده از گروه‌های آزمایشی و کنترل برای تعیین تاثیر مداخله آموزشی در کاهش سوء استفاده جنسی از کودک

فعالیت‌ها

۱- سطح اول

محل فعالیت:

- خانه بهداشت

نیروی انسانی:

- بهورز

- روحانی و شورای اسلامی

- مردم (افراد داوطلب)

فعالیت‌ها

فعالیت‌ها شامل موارد زیر هستند:

- آموزش راجع به شناسایی موارد سوء استفاده جنسی از کودک
- آموزش راجع به آثار سوء جسمی و روانی ناشی از سوء استفاده جنسی از کودک
- شناسایی، ارجاع، پیگیری و آموزش توسط بهورز
- درمان دارویی قربانیان با نظارت پزشک مرکز
- آموزش مهارت‌های زندگی، تصمیم‌گیری، جرات‌ورزی و حل مسئله
- آموزش کودکان دختر و پسر به صورت انفرادی

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۹۵

- ارائه آمار ماهیانه مراکز بهداشتی درمانی و ثبت موارد سوء استفاده جنسی از کودک
به صورت منظم

- پیگیری، مراقبت، آموزش و ارجاع قربانیان

۲- سطح دوم

محل فعالیت:

۱- مرکز بهداشتی درمانی روستایی

۲- آموزشگاه بهورزی

نیروی انسانی:

- کاردان‌های بهداشت خانواده و مربیان آموزشگاه بهورزی

- کاردان‌های مسئول طرح‌های بهداشتی و رابطین بهداشتی

- پزشک عمومی مستقر در مرکز بهداشتی درمانی روستایی

فعالیت‌ها

- نظارت بر آموزش بهورزان و عملکرد بهورزان

- پذیرش موارد ارجاعی

- انجام درمان‌های دارویی

- انجام مداخلات آموزشی برای موارد سوء استفاده جنسی از کودک

- آموزش مهارت‌های زندگی، تصمیم‌گیری، جرات‌ورزی و حل مسئله

- برگزاری گروه همیاری (تصمیم‌گیری - خودیاری)

- ارائه آمار ماهیانه به مرکز بهداشت شهرستان

- آموزش کودکان دختر و پسر به صورت گروهی

۳- سطح سوم

محل فعالیت:

- مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان عمومی شهرستان

نیروی انسانی:

- کارشناسان ستادی
- کاردان‌های مسئول طرح‌های بهداشتی (پزشک ناظر) بر طرح سوء استفاده جنسی از

کودک

- کارشناس بهداشت روان
- روانپزشک
- مددکار اجتماعی
- فعالیت‌ها
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای کاردان‌ها، مربیان بهورزی و پزشکان عمومی

مسئول مراکز

- نظارت و پایش عملکرد بهورزان
- پذیرش موارد ارجاعی از مراکز بهداشتی
- مشاوره و روان درمانی قربانیان سوء استفاده جنسی
- دارو درمانی قربانیان سوء استفاده جنسی در صورت نیاز
- انجام مداخلات آموزشی برای موارد سوء استفاده جنسی از کودک
- تشکیل گروه‌های همیاری، حمایتی و گروه‌های آموزشی جهت موارد ارجاعی
- تشکیل کمیسیون‌های پزشکی تخصصی
- ارائه آمار به مرکز بهداشت استان
- اجرای پژوهش‌های لازم در این راستا

ارزشیابی:

- گزارش نهایی یکساله و مقایسه آن با شروع طرح
- بررسی نقاط قوت و ضعف مربوط به اجرای طرح
- بررسی میزان شیوع کاهش یافته

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۹۷

- بررسی میزان شیوع فعلی و مقایسه آن با میزان شیوع مربوط به وضعیت موجود
- بازدید کارشناسان استانی از مراکز بهداشت شهرستان ها
- بازدید کارشناسان شهرستانی از مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت
- همه پرسی و یا پرس و جو از مردم منطقه در رابطه با بررسی میزان آگاهی آنها در باره سوء استفاده جنسی از کودک و یا راهکارهای مداخله‌ای مربوطه

بودجه:

- ۱- برآورد بودجه برای مرحله مقدماتی (Pilot study)
- ۲- برآورد بودجه برای کل مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری طرح در طول یکسال

اجرای طرح در یکی از مراکز به صورت مقدماتی (Pilot study)

- مرحله اول:** تشکیل کمیته بهداشت روان شهرستان در خصوص توجیه مسئولین و اهمیت موضوع پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک
- مرحله دوم:** انتخاب مراکز بهداشتی درمانی روستایی
- ۱- تا حد امکان مرکزی باشد که نیروهای بهداشتی مناسبی داشته باشد.
 - ۲- قبلاً هم در اجرای طرح‌های بهداشتی موفقیت‌هایی کسب کرده باشد و کیفیت ارائه خدمات در آن در سطح بالایی باشد.
- مرحله سوم:** الف) تدوین کتابچه‌های و جزوه‌های آموزشی برای مطالعه بهورزان و سایر کارکنان
- ب) آموزش بهورزان، کاردان‌ها و مربیان بهورزی توسط کارشناس بهداشت روان شهرستان
- ج) آموزش پزشک مرکز بهداشتی درمانی
- مرحله چهارم:** الف) بیماریابی در سطح روستاها و جمعیت حاشیه‌ای تحت پوشش (تعیین میزان شیوع نسبی مشکل در منطقه)
- ب) ارجاع موارد شناسایی شده به پزشک مرکز جهت معاینه
- ج) آموزش به کودکان قربانی سوء استفاده جنسی به صورت انفرادی
- ۱) آموزش به معلمان
 - ۲) تشکیل کلاس‌های آموزشی برای دختران و پسران گروه هدف
 - د) همکاری‌های بین بخشی با شورای محل، معلمان و سایر مسئولین روستا در جهت ارائه آموزش به مردم برای تغییر باورهای غیر منطقی و نگرش‌های مخرب نسبت به این موضوع
 - ه) ارائه آمار به پزشک مرکز و نیز کارشناس ستادی در باره مواردی که شناسایی شده‌اند و آموزش دیده‌اند.
- و) ارزیابی برنامه پیشگیری پس از ۶ ماه
- ۱- تعیین میزان شیوع دقیق موارد قربانی سوء استفاده جنسی
 - ۲- تعیین تاثیر آموزش و پیشگیری از سوء استفاده جنسی در جمعیت هدف
- ی) اجرای طرح در سایر مراکز بهداشتی درمانی روستایی

منابع

- آقا بیگلویی، عباس و همکاران (۱۳۸۰). کودک آزاری. تهران: انتشارات آوند دانش.
- آقامحمدیان، حمیدرضا، شفیعی، زهره، یوسفی، ملکانز، شیخ، شیما (۱۳۸۶). بررسی نگرش والدین دانشگاهی نسبت به آموزش جنسی کودکان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۲۵۹.
- آلبو کردی، سجاد، نیکو سیر جهرمی، محمد، ابراهیمی، سیروان (۱۳۸۸). بررسی دانش و نگرش معلمان مدارس ابتدایی نسبت به مسئله سوءاستفاده جنسی از کودکان و لزوم گزارش آن. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران: دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۱۹۴.
- احمدخانی ها، حمیدرضا، ترکمن نژاد، شریف، حسینی مقدم، سیدمحمد مهدی (۱۳۸۱). همه گیر شناسی افسردگی و سوءاستفاده جنسی در کودکان خیابانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۸، شماره ۱ (پیاپی ۲۹)، ۲۰-۱۴.
- احمدی، محبوبه، امیر علی اکبری، صدیقه (۱۳۸۴). بهداشت جنسی در کودکی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، ۲ و ۳ آذر ماه، دانشگاه شاهد.
- اردیبهشتی، مریم (۱۳۸۲). بررسی آگاهی و نگرش افراد کلیدی (والدین، معلمان، پزشکان) در باره آموزش رفتار جنسی به کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۶.
- استوپارد، میریام (بی تا). پرسشهای کودکان و پاسخ آنها ترجمه: فرهاد سوری.
- اسداللهی، قربانعلی، خدادادی، فروغ، جاوید مقدم، مهدی (۱۳۷۸). بررسی آگاهی زنان متاهل در باره بیماری های روانی در منطقه هفتون اصفهان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۴، ۳۷-۳۲.
- امجدی، جبار، میرقادی، جلیل (۱۳۸۴). تبیین سوءاستفاده های جنسی در افراد عقب مانده ذهنی "MR". مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲-۳ مهرماه، ۲۸۲.
- امیر علی اکبری، صدیقه، احمدی، محبوبه (۱۳۸۴). سوءرفتار جنسی با کودک. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، ۲ و ۳ آذر ماه، دانشگاه شاهد.

۱۰۰ / برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک

امین زاده، مجتبی (۱۳۸۹). مسائل جنسی کودکان (تعلیم و تربیت فرزندان). تهران: نشر قطره، چاپ اول.

باقری یزدی، سید عباس، ملک افضلی، حسین، شاه محمدی، داود، تقوی، محسن، حکمت، سیمین (۱۳۷۸). ادغام برنامه بهداشت روان در شبکه بهداشتی درمانی بروجن استان چهار محال و بختیاری. تهران: اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

باقری یزدی، سید عباس، ملک افضلی، حسین، شاه محمدی، داود، تقوی، محسن، حکمت، سیمین (۱۳۸۰). ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارائه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه شهرستان بروجن - استان چهار محال و بختیاری. مجله حکیم، دوره چهارم، شماره دوم، ۱۰۹-۱۰۰.

بوالهری، جعفر، احمدخانیها، حمیدرضا، حاجبی، احمد، باقری یزدی، سیدعباس، ناصر بخت، مرتضی، کریمی کیسی، عیسی، طهماسبی، سیامک (۱۳۹۰). ارزشیابی ادغام برنامه بهداشت روان در سامانه مراقبت های بهداشتی اولیه ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۴، ۲۷۸-۲۷۱.

بوالهری، جعفر، بینا، مهدی، احسان منش، مجتبی، کریمی کیسی، عیسی (۱۳۷۶). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان (۱۳۷۴). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۱، ۱۲-۴.

بوالهری، جعفر، بینا، مهدی، باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۶). بررسی عملکرد بهداشت روانی پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی ایران. مجله طب و تزکیه، شماره ۲۵، ۱۲-۷.

بوالهری، جعفر، محیط، احمد (۱۳۷۳). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه هشتگرد (۷۲-۱۳۷۰). اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۱ و ۲.

بوالهری، جعفر، محیط، احمد (۱۳۷۳). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. گزارش منتشر نشده.

بوالهری، جعفر، محیط، احمد (۱۳۷۴). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه هشتگرد (۷۲-۱۳۷۰). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۱ و ۲، ۲۴-۱۶.

پایگاه جامع اطلاعات پزشکی ایران سلامت (۲۰۱۰). کودک آزاری (مقاله جامع).

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۱۰۱

پور طهماسبی، سیاوش، تاجور، آذر (۱۳۸۸). ضرورت دیدگاه‌ها و محتوای آموزش جنسی در مدارس. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۰۱.

پور طهماسبی، سیاوش، تاجور، آذر، پور طهماسبی، سعید (۱۳۸۸). بررسی تطبیقی دیدگاه‌های مختلف در باره تربیت جنسی با تاکید بر دیدگاه اسلام. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۰۲.

پیکری، نیلوفر، جلالی نیا، شیرین (۱۳۸۲). آموزش بهداشت جنسی به کودکان ناتوان ذهنی. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۲۴.

پیمان نامه حقوق کودک - انتشارات یونیسف.

تهذیبی، نسرین، جوادنیا، امیر (۱۳۸۴). مراحل رشد انسان و توصیف جنسی کودکان از نظر اسلام. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۲۷۰.

جبرائیلی، مهناز، مرادی، آذر (۱۳۸۴). آموزش مسائل جنسی به کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، ۲ و ۳ آذر ماه، دانشگاه شاهد.

جوکار، بهرام، نصراله پور (۱۳۸۶). جایگاه آموزش جنسی در مدارس. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۱۹۱.

جهان آرا، عبدالرحیم (۱۳۸۸). جایگاه اینترنت و رایانه در تربیت جنسی. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۱۳.

جهانبانی، عفت (۱۳۸۰). بررسی تطبیقی مدیریت برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان در تئوری و عمل. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

جهانفر، شایسته، مولائی نژاد، میترا (۱). در سنامه اختلالات جنسی

حسن زاده، سیدمهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام ارائه خدمات بهداشتی اولیه در شبکه شهرضا. دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰، ۲۷-۲۳.

۱۰۲ / برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک

حسینخانی، سیده نوابه، علایی، نسرین، سلطانیان، فرانک (۱۳۸۶). بررسی تاثیر آموزش بر نگرش مادران درباره تربیت جنسی کودک خردسال. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۲۰۰۸.

حسینیان، سیمین، خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۸۲). بررسی سوء استفاده جنسی در دوران کودکی از دختران بر قربانی شدن جنسی و فرار آنها در نوجوانی و جوانی. مقاله ارائه شده در اولین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران: دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهر ماه، ۴۲-۴۳.

جبازی کناری، علی (۱۳۸۸). تربیت جنسی و مراحل رشد. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۰۳.

خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۸۶). بررسی رابطه‌ی بین زنا‌ی با محارم در دوران کودکی و بروز اختلال انگیزختگی جنسی در قربانیان زن. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران: دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذر ماه، ۸۱.

خدادادی، مهدی، مومنی کریم ونیدی، مراد، شکاری، عباس (۱۳۸۸). کاربست مولفه‌های برنامه تربیت جنسی: حوزه مغفول در برنامه ریزی درسی. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۴۷.

خرمی راد، اشرف، وفاجوی دیانتی، زهرا، عابدینی، زهرا، موسوی لطفی، سیده مریم، احمدی طهران، هدی (۱۳۸۸). تربیت جنسی در سنین مختلف از دیدگاه اسلام. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۲۹۹-۳۰۰.

خزائلی، آذین (۱۳۹۴). کودک آزاری جنسی: مروری بر تحقیقات ده ساله اخیر. <http://Iranhealers.com>

خوشابی، کتایون (۱۳۸۷). کودک آزاری (انواع آزار جسمی، جنسی، عاطفی و بی‌توجهی به کودکان)، تهران: نشر قطره، چاپ اول.

خوشابی، کتایون، باقری یزدی، سید عباس (۱). کودک آزاری جسمی. تهران: انتشارات فروغ دانش. دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، پیرمرادی، محمدرضا، عبادی زارع، سعید، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۴). گروه درمانی. تهران: انتشارات میرماه.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۱۰۳

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). شاخص‌های تشخیصی آزمون‌های روانشناسی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۴). کاربرد برنامه روانشناختی راکوود در درمان متجاوزین جنسی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی (۱۳۹۴). پیشگیری از افسردگی کودکان: راهنمای عملی برای والدین. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کاظم زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۹۴). ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، غرابی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.

دواساز ایرانی، رضا (۱۳۸۳). ادغام برنامه‌ی بهداشت روان در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی اندیمشک. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۱۱۵-۱۱۰.

دواساز ایرانی، رضا، اخلاصی، عبدالکریم (۱۳۷۹). گزارش توصیفی ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت اولیه بهداشتی شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان طی سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۰. اهواز: معاونت بهداشتی استان خوزستان.

رئسی، پوران، شاه محمدی، داود، قاضی زاده، احمد (۱۳۷۶). هزینه - منفعت بیماران صرعی در نظام شبکه بهداشت و درمان استان کردستان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۱ و ۲، ۱۸-۱۳.

۱۰۴ / برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک

رئیس، پوران، کبریایی، علی (۱۳۷۹). رضایت شغلی بهورزان خانه‌های بهداشت. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۴، ۶۱-۵۱.

راحت، مریم، گودرزی، محمد علی (۱۳۸۶). بررسی انواع و فراوانی رفتارهای دارای ماهیت جنسی در کودکان دو تا شش ساله. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۱۰۰.

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

رضا سلطانی، پروانه، رافت، فاطمه (۱۳۸۶). خشونت و آزار جنسی در کودکان و زنان و راههای پیشگیری از آن. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران: دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذر ماه، ۸۳-۸۲.

روزی طلب، مهین، محمدی، بیژن (۱۳۸۶). آیا کودکان در اینترنت در معرض سوء استفاده جنسی هستند؟ مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران: دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذر ماه، ۲۴۰.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸). جزوه اصول برخورد با سوء استفاده جنسی.

سایت جامعه پزشکان ایران (۱۳۹۰). کودک آزاری.

سایت علمی و پژوهشی آسمان (۱۳۹۳). انواع کودک آزاری.

سجادی، شیدا (۱۳۸۴). پاسخ به سوالات جنسی کودکان. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، ۲ و ۳ آذر ماه، دانشگاه شاهد.

سلگی، رحیم، قنبرلو، حمیده، قائدی، غلامحسین (۱۳۸۸). لزوم تربیت جنسی در کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۱۱.

سلیمی، طاهره، شهبازی، لیلی، فرنیاء، فرحناز، دهقانپور، محمد حسن (۱۳۸۴). نقش حمایتی پرستار در آزارهای جنسی کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۱۹۰.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۱۰۵

شاه محمدی، داود (۱۳۷۲). گزارش ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاهای شهرکرد. تهران: اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

شاه محمدی، داود (۱۳۸۱). ضرورت تجدید نظر در "برنامه کشوری بهداشت روان". فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، ضمیمه شماره ۴، ۴۰-۳۹.

شاه محمدی، داود، ملک افضل، حسین (۱۳۷۲). بررسی تاثیر آموزش بهداشت روان بر میزان بیماریابی و صحت و تشخیص عناصر پایه‌ای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۸). کودک‌آزاری و پیامدهای آن. سایت راسخون.

شکوهی یکتا، محسن، اکبری زاده، علی، قاسمی، محمد مهدی (۱۳۸۲). بررسی آموزش‌های جنسی کودکان و نوجوانان.. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۸۳.

شمس، اسداله، فتاحی، مرضیه (۱۳۸۹). بررسی وضعیت خدمات بهداشت روان در PHC از دیدگاه عرضه کنندگان آن در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۹. مقاله ارائه شده در کنگره بین‌المللی روان‌تنی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۶ تا ۲۸ مهر ماه.

شیرازی زمانی، ابوالفضل (۱۳۷۷). ارزیابی نیازهای بیماران روانی شدید و مصروعین و امکانات و تسهیلات بهداشت روان در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

صفدری، رضا، رمضان قربانی، ناهید (۱۳۸۲). آموزش بهداشت جنسی: چالش‌ها و روشها.. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۸۳.

طالبیان، منصوره، صنعتگر، مانده، ارزانی، محمد (۱۳۸۸). مهارت‌های تربیت جنسی کودک برای خانواده‌ها، مبتنی بر مبانی، اصول و روش‌های اسلامی. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۰۹.

۱۰۶ / برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک

طیری، فریبا، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، بوالهری، جعفر، قاضی زاده، احمد (۱۳۸۵). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سنندج. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۴، ۴۰۹-۴۰۳.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۴). روانشناسی قانونی. تهران: انتشارات میرماه.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، ۵۷-۴۱.

عبهری، محمد (۱۳۷۷). گزارش توصیفی خدمات بهداشت روانی و ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در منطقه ساوجبلاغ. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۳، ۴۰-۲۹.

عرب گل، فریبا (بی‌تا). سایت گروه سلامت سیمرغ.

علایی، نسرین (۱۳۸۲). تربیت جنسی در کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۹۸.

علوی لنگرودی، کاظم، احمدی، زلیخا (۱۳۸۸). تربیت جنسی. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۲۹۸.

علیایی زند، شهین (۱۳۹۲). من همه را دوست دارم، اما... تهران: انتشارات رخداد نو.

علیایی زند، شهین (۱۳۹۳). نشانه‌های آزار جنسی کودکان و پیامدهای آن را بشناسیم. جام جم آنلاین.

غنی آبادی، کاظم (۱۳۸۸). کودکان استثنایی و نیاز جنسی: چالش‌های پیش روی خانواده. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۱۹.

فاضل پور، سیده فاطمه، هاساواری، فریده (۱۳۸۴). مدارس و ضرورت آموزش مسائل جنسی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۱۴۲.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۱۰۷

فرامرز، محبوبه، اسماعیل زاده، صدیقه (۱۳۸۴). تاثیر تجارب آزارهای کودک بر خشونت جنسی در بزرگسالی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲-۳ مهرماه، ۶۲.

فرج پور، محمد (۱۳۷۷). بررسی میزان دانش، نگرش و عملکرد بهورزان شهرستان کرمان در زمینه بیماری‌های روانی بعد از گذشت ۶ سال از طرح ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه. پایان نامه دوره دکترای تخصصی اعصاب و روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.

فرمهبینی فراهانی، محسن (۱۳۸۲). محتوای مناسب برای تربیت جنسی در دوره متوسطه (با تاکید بر دیدگاه اسلام). مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۱۰۳.

فرهودی، فرزاد (۱۳۹۲). به کودکان آگاهی جنسی دهید. خبرگذاری دانشجویان ایران (ایسنا). فولاد چنگ، محبوبه (۱۳۸۴). محتوی و روش‌های مناسب تربیت جنسی در برنامه‌های درسی مدارس. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲-۳ مهرماه، ۱۴۱.

قاسمی، جواد (۱۳۸۸). کودک آزاری و حمایت‌های کیفی. <http://www.qomprisons.ir> قاضی زاده، احمد (۱۳۷۵). تحلیل هزینه - منفعت خدمات بهداشت روانی در سیستم شبکه بهداشت و درمان استان کردستان. پایان نامه دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، تهران: واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی.

کامل عباسی، امیررضا، آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا (۱۳۸۹). کودک آزاری: مروری بر کودک آزاری جنسی. مقاله ارائه شده در اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران. سویلیکا.

کریمی، علی، عتیق، مهدی (۱۳۸۶). نقش آموزش والدین در سلامت جنسی کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۲۳۵.

۱۰۸ / برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک

کریمیان، رئیس، محبی نوبندگانی، زینب (۱۳۸۴). شناخت رفتارهای جنسی در کودکان زیر ۱۲ سال. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲-۳ مهرماه، ۲۱۶.

کولیوند، پیر حسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.

گرچی، یوسف (۱۳۸۸). بررسی رفتارهای جنسی کودکان در سالهای قبل از دبستان. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۴۷. گرمکی، علیرضا (۱۳۸۲). نحوه پاسخ به سوالهای جنسی کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۳-۲۴ مهرماه، ۱۲۳.

گزارش و اسناد آماری منتشر نشده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و کارشناسان بهداشت روان منطقه ساوجبلاغ (۱۳۷۶-۱۳۷۳).

گلشاهی، عبدالوهاب (۱۳۸۴). خانواده و مسایل جنسی کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۲۰۸. مجموعه مقالات درباره‌ی خاستگاههای کودک آزاری و آزار جنسی کودکان (۱۳۹۳).

محمدخانی، پروانه، محمدی، محمدرضا، صلواتی، مژگان، نظری، محمدعلی (۱۳۸۱). شیوع کودک آزاری، شایع‌ترین الگوی آزار در دانش آموزان مدارس راهنمایی شهر تهران. طرح تحقیقاتی مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

محمدی، مسعود (۱۳۷۷). اثربخشی ادغام بهداشت روان بر بیماران سایکوتیک و صرع در شهرستان مرودشت. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

محمودی قرائی، جواد (۱۳۸۶). سوء استفاده جنسی از کودکان: روش‌های پیشگیری از کودک آزاری جنسی و نحوه مواجهه با آن. تهران: نشر قطره.

محیط، احمد (۱۳۸۱). فرصت‌ها و موانع برنامه ریزی برای بهبود بهداشت روان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، ضمیمه شماره ۴، ۲۹-۲۵.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۱۰۹

محیط، احمد، شاه محمدی، داود، بوالهری، جعفر (۱۳۷۶). ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴.

مرادی، آذر، جبرائیلی، مهناز (۱۳۸۴). راهبردهای مقابله‌ای با آزار جنسی کودکان. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، ۲ و ۳ آذر ماه، دانشگاه شاهد.

موسوی لطفی، سیده مریم، خرمی راد، اشرف، فلاحتی، سمیرا، حاج محمد حسینی، مهسا (۱۳۸۸). لزوم آموزش جنسی از دیدگاه اسلام. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۳۲۸.

مولائی نژاد، میترا (۱۳۹۴). آیا باید به کودک روشهای مقابله با سوء استفاده جنسی را بیاموزیم؟ بهداشت باروری. سایت دانشگاه علوم پزشکی اراک. شبکه بهداشت و درمان شهرستان محلات.

مهرام، بهروز، نبی زاده شهری، بتول (۱۳۸۶). بررسی محتوای کتب درسی دوره‌های راهنمایی و متوسطه از حیث تربیت جنسی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۲۴۹.

نجفی توانا، داوود (۱۳۹۴). کودک آزاری چیست؟ www.drdtavana.ir

نیکنام، فریده، چراغی، پروین، علی زاده، مانده، پوراکبر، خدیجه، صدری، فاطمه، اللهیاری، زرین (۱۳۸۴). نیازهای آموزش مادران در ارتباط با مسائل روانی - جنسی کودکان خردسال. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۳۴۵.

واحد بهداشت روان حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (۱۳۷۵). گزارش تفصیلی موارد بیمار یابی، ارجاع و پیگیری بیماری‌های روانی در طرح کشوری بهداشت روان در شهرستان ساوجبلاغ در سال ۱۳۷۴، گزارش منتشر نشده.

هاشمی زاده، هایده (۱۳۸۶). سوء استفاده جنسی از کودکان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران: دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذر ماه، ۱۳۰.

Babatsikos, G. (2010). Parents' knowledge, attitudes and practices about preventing child sexual abuse: a literature review. *Child Abuse Review*, 19(2), 107-129. doi: 10.1002/car.1102

- Babatsikos, G. (2011). Australian parents, child sexuality, and boundary setting: Informing preventative approaches to child sexual abuse. (PhD Thesis), James Cook University.
- Bethea, L. (1999). Primary prevention of child abuse. *American Family Physician*.
- Blumberg, E. J., Chadwick, M. W., Fogarty, L. A., Speth, T. W., & Chadwick, D. L. (1991). The touch discrimination component of sexual abuse prevention training: Unanticipated positive consequences. *Journal of Interpersonal violence*, 6, 12-28.
- Briggs, F. & Hawkins, R. M. F. (1994). Follow up study of children of 5-8 years using child protection programmes in Australia and New Zealand. *Early Child Development and Care*, 100, 111-117.
- Briggs, F. (1991). Child protection programmes: Can they protect young children? *Early Child Development and Care*, 67, 61-72.
- Briggs, F., & Hawkins, R. M. F. (1994). Follow-up data on the effectiveness of New Zealand's national school based child protection program. *Child Abuse & Neglect*, 18, 8, 635-643.
- Briggs, F., & Hawkins, R. M. F. (1994). Follow up Study of Children of 5-8 years Using Child Protection Programmes in Australia and New Zealand. *Early Child Development and Care*, 100(1), 111-117. doi: 10.1080/0300443941000108
- Briggs, F., & Hawkins, R. M. F. (1996). A comparison of the childhood experiences of convicted male child molesters and men who were sexually abused in childhood and claimed to be nonoffenders. *Child Abuse and Neglect. The International Journal*, 20(3), 221-233.
- Briggs, F., & Hawkins, R. M. F. (1997). *Child protection: A guide for teachers and early childhood professionals*. Sydney: Allen & Unwin.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child & adolescent clinical psychology*. Routledge, London.
- Carroll, L. A., Miltenberger, R. G., & O'Neill, H. K. (1992). A review and critique of research evaluating child sexual abuse prevention programs. *Education and Treatment of children*, 15, 335-354.
- Child Protection Global Initiative, 2010 Annual Report
- Child Protection Global Initiative, 2011 Annual Report for Save the Children Sweden
- Child Protection Global Initiative, Child Protection in the post-2015 development agenda. Thematic think piece by Save the Children, for internal use only, Final Version, 31 August 2012
- Child Protection Initiative, 2011 Annual Plan
- Child Protection Initiative, 2012 Annual Plan
- Child Protection Initiative, A snapshot of achievements June 2011 – May 2012
- Child Protection Initiative, Breakthrough Logframe, 9 October 2012
- Child Protection Initiative, Child Protection Global Strategy Results Framework, 13 September 2012
- Child Protection Initiative, Child Protection Total Reach Analysis 2009, 2010 and 2011, August 2012
- Dadfar, M., Bolhari, J., & Dadfar, F. (2012). Integration of prevention of child sexual abuse in Primary Health Care (PHC) in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 4, Suppl. Pubmed

- De Young, M. (1988). The good touch/bad touch dilemma. *Child Welfare*, 67, 60-68.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1986). Prevention: A review of programs and research. In D. Finkelhor & Associates. *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Asdigian, N., Dziuba-Leatherman, J. (1995). The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse & Neglect*, 19, 2, 141-153.
- Gibson, L. E., & Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse and Neglect. The International Journal*, 24(9), 1115-1125.
- Gibson, L. E., & Leitenberg, L. (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24, 9, 1115-1125.
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children*. The Gilford Press.
- Goodman, R., Scotts, S. (1997). *Child psychiatry*. Black Well Science. USA.
- Hawkins, R. (). *Protecting children from sexual abuse* Austrian Psychological Society APS.
- Hawkins, R., & McCallum, C. (2001). Mandatory notification training for suspected child abuse and neglect in South Australian schools. *Child Abuse and Neglect. The International Journal*, 25(12), 1603-1625.
- Hobbs, J. C & Hanks, H. G. (1999). *Child abuse and neglect*. Churchill Livingstone.
- Hurtado, A., Katz, C. L., Ciro, D., Gutfreund, D., & Nosike, D. (2014). Children's knowledge of sexual abuse prevention in El Salvador. *Annals of global health*, 80, 2, 103-107.
- Lewis, M. (1996). *Child & adolescent psychiatry*. Williams & Wilkins, USA.
- New Zealand Police & the Ministry of Education (1994). *Knowing what to do* (Rev. ed.). Wellington: Learning Media Ltd.
- New Zealand Police, & Department of Education (1987b). *Keeping Ourselves Safe: Getting help*. Wellington: Learning Media Ltd.
- NGO Advisory Council for Follow-up to the UN Study on Violence against Children, *Five Years On: A global update on violence against children*, forthcoming
- Petrak, J., Hedge, B. (2002). *The trauma of sexual assault*. Wiley.
- Rispens, J., Aleman, A., & Goudena, P. P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse and Neglect. The International Journal*, 21(10), 975-987.
- Sadock, B., Sadock, B. (200۳). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol 2, Williams & Wilkins. USA.
- Sanderson, J. (2004). Child-focused sexual abuse prevention programs. How effective are they in preventing child abuse? *Crime and misconduct commission. Research & issues paper*. 5, 1-8.
- Save the Children Association, Save the Children International, Board Meeting 27-28 September 2012, Geneva, Global Initiatives and Thematic Breakthroughs

- Save the Children, Child Protection Breakthrough and the signature programme proposals, 2012
- Save the Children, Child Protection Initiative, 2009- 2015, High Level Business Plan
- Save the Children, Child Protection Initiative, Advocacy Strategy 2010-2015
- Save the Children, Child Protection Initiative, Advocacy Strategy 2010-2015, Draft 2
- Save the Children, Child Protection Initiative, Building rights-based national child protection systems: a concept paper to support Save the Children's work
- Save the Children, Child Protection Initiative, Priority Area strategies 2010-2015: an overview
- Save the Children, Child Protection Initiative, Priority Area strategy 2010-2015: Children without Appropriate Care
- Save the Children, Child Protection Initiative, Steering Group meeting. Melbourne, 8-9 February 2012, Agenda Item 5, Proposal on process for elaboration of a revised CPI Global Strategy
- Save the Children, Child Protection Initiative, Taking action against all forms of abuse, neglect, exploitation and violence
- Save the Children, City Kids. Urbanization and its consequences for children's right to be protected from abuse, neglect, exploitation and violence. A Save the Children Discussion Paper, May 2012
- Save the Children, Communication Brief. Draft as of 6 September 2012
- Save the Children, CPI Meeting on Sexual Violence against Children in Emergencies, Copenhagen, 26-28 June 2012 (Draft)
- Save the Children, Education Global Initiative, Moving ahead on education. A focused strategy for achieving our education goals 2012-2015
- Save the Children, Fundraising For Child Protection. A first mapping, Draft (2012)
- Save the Children, Getting it Right for Children. A practitioners' guide to child rights programming, 2007
- Save the Children, Global Strategy on the Prohibition and Elimination of Physical and Humiliating Punishment (PHP) of children, 2012
- Save the Children, Keeping Children Out of Harmful Institutions. Why we should be investing in family-based care, 2009
- Save the Children, Our Resources To Protect. A mapping of Save the Children's human and financial Child Protection resources 2012, May 2012
- Save the Children, Strategy 2010-2015, Appendix 2, Theory of Change
- Save the Children, Thematic Leadership Group, Action Sheet, 3 September 2012
- Save the Children, Thematic Leadership Group, Draft Terms of Reference, 6 September 2012
- Save the Children, Thematic Leadership Group, Financial Data Scope of Work. Draft as of 5 September 2012
- Save the Children, Thematic Leadership Group, Thematic Staff Development, 2012
- Scholes, L., Jones, C., Stieler-Hunt, C., Rolfe, B., & Pozzebon, K. (2012). The teachers' role in child sexual abuse prevention programs: Implications for teacher education. *Australian Journal of Teacher Education*, 37, 11, 104-131.

برنامه پیشنهادی ادغام پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودک / ۱۱۳

- Tomison, A. M. & Poole, L. (2000), Preventing child abuse and neglect: Findings from an Australian audit of prevention programs. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Tutty, L. M. (1992). The ability of elementary school children to learn child sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse and Neglect*, 16, 369-384.
- Tutty, L. M. (1994). Developmental issues in young children's learning of sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse and Neglect*, 18, 179-192.
- Tutty, L. M. (1997). Child Sexual Abuse Prevention Programs: evaluation who do you tell. *Child Abuse & Neglect*, 21 (9), 869-881.
- What causes child abuse? By Socialist Worker, 16 Oct 2012
- WHO. (2004). *Managing child abuse: A handbook for medical officer*.
- Wiener, J. M., Dulkan, M. K. (2004). *Textbook of child and adolescent psychiatry*. American Psychiatry Publication.
- Woolley, C. C. M., & Gabriels, T. C. M. (1999). Children's conceptualisation of some child sexual abuse prevention concepts as taught by 'Keeping Ourselves Safe', a New Zealand prevention programme. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, ???.

منابعی برای مطالعه بیشتر

- Asdigian, N., & Finkelhor, D. (1995). What works for children in resisting assaults? *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 4, 402–418.
- Bagley, C., Thurston, W. E., & Tutty, L. M. (1996). Understanding and preventing child sexual abuse, vol. 1, *Children: Assessment, social work, and clinical issues, and prevention education*, Ashgate Publishing Ltd, England.
- Barth, R. P., & Derezotes, D. S. (1990). *Preventing adolescent abuse*, Lexington Books, Lexington, MA.
- Berrick, J. D. (1988). Parental involvement in child abuse prevention training: what do they learn? *Child Abuse and Neglect*, 12, 543–553.
- Berrick, J. D. (1991). Sexual abuse prevention training for preschoolers: Implications for moral development, *Children and Youth Services Review*, 13, 61–75.
- Berrick, J. D., & Barth, R. P. (1992). Child sexual abuse prevention: research review and recommendations. *Social Work Research and Abstracts*, 28, 6–15.
- Berrick, J. D., & Gilbert, N. (1991). *With the best of intentions: The child sexual abuse prevention movement*, Guilford Press, New York.
- Blumberg, E. J., Chadwick, M. W., Fogarty, L. A., Speth, T. W., & Chadwick, D. L. (1991). The touch discrimination component of sexual abuse prevention training: unanticipated positive consequences. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 12–28.
- Bogat, G. A., & McGrath, M. P. (1993). Preschoolers' cognitions of authority, and its relationship to sexual abuse education, *Child Abuse and Neglect*, 17, 651–662.
- Briggs, F 1991, 'Child protection programs: Can they protect young children? *Early Child Development and Care*, 67, 61–72.
- Briggs, F & Hawkins, RMF 1994a, 'Follow up study of children of 5–8 years using child protection programmes in Australia and New Zealand. *Early Child Development and Care*, 100, 111–117.
- Briggs, F & Hawkins, RMF 1994b, 'Choosing between child abuse programmes', *Child Abuse Review*, vol. 3, pp. 272–84.
- Briggs, F & Hawkins, RMF 1996, 'Low socioeconomic status children are disadvantaged in the provision of school-based child protection programmes', *British Journal of Social Work*, vol. 26, pp. 667–78.
- Briggs, F & Hawkins, RMF 1997, *Child protection: a guide for teachers and child care professionals*, Allen & Unwin, NSW.
- Budin, LE & Johnson, CF 1989, 'Sex abuse prevention programs: offenders' attitudes about their efficacy', *Child Abuse and Neglect*, vol. 13, pp. 77–87.
- Carroll, LA, Miltengerger, RG & O'Neill, HK 1992, 'A review and critique of research evaluating child sexual abuse prevention programs', *Education and Treatment of Children*, vol. 15, pp. 335–54.
- Chalk, R & King, PA 1998, *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*, National Academy Press, Washington.
- Conte, JR 1986, *A look at child sexual abuse*, National Committee for Prevention of Child Abuse (NCPCA), Chicago, IL.
- Conte, JR & Berliner, L 1981, 'Sexual abuse of children: implications for practice', *Social Casework*, vol. 62, pp. 601–06.
- Conte, JR & Fogarty, LA 1989, *Attitudes on sexual abuse prevention programs: a national survey of parents*. (Available from JR Conte, School of Social Work,

- University of Washington. Mailstop 354900, 4101 15th Avenue NE, Seattle, WA 98195-6299)
- Conte, JR, Rosen, C & Saperstein, L 1986, 'An analysis of programs to prevent the sexual victimization of children', *Journal of Primary Prevention*, vol. 6, pp. 141-55.
- Conte, JR, Wolf, S, & Smith, T 1989, 'What sexual offenders tell us about prevention strategies', *Child Abuse and Neglect*, 13, pp. 293-301.
- Daro, D 1991, 'Prevention programs', in C Hollin & K Howells (eds), *Clinical approaches to sex offenders and their victims*, Wiley, New York, pp. 285-306.
- Daro, D & Salmon-Cox, S 1994, *Child sexual abuse prevention programs: do they work?*, National Resource Center on Child Abuse and Neglect.
- Davis, MK & Gidycz, CA 2000, 'Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis', *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 29, pp. 257-65.
- DeVoe, ER & Faller, KC 1999, 'The characteristics of disclosure among children who may have been sexually abused', *Child Maltreatment*, vol. 4, pp. 217-27.
- de Young, M 1988, 'The good/bad touch dilemma', *Child Welfare*, vol. 67, pp. 60-7.
- Dunne, MP, Purdie, DM, Cook, MD, Boyle, FM & Najman, JM 2003, 'Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia', *Child Abuse and Neglect*, vol. 27, pp. 141-52.
- Elliott, M, Browne, K & Kilcoyne, J 1995, 'Child sexual abuse prevention: what offenders tell us', *Child Abuse and Neglect*, vol. 19, pp. 579-84.
- Finkelhor, D (ed.) 1984, *Child sexual abuse: new theory and research*, Free Press, New York.
- Finkelhor, D 1986, 'Prevention: a review of programs and research', in D Finkelhor, S Araji, L Baron, A Browne, SD Peters & GE Wyatt (eds), *A sourcebook on child sexual abuse*, Sage, Beverly Hills, CA, pp. 224-54.
- Finkelhor, D 1990, 'New ideas for child sexual abuse prevention' in RK Oates (ed.) *Understanding and managing child sexual abuse*, Harcourt, Brace, Jovanovich, Philadelphia, pp. 385-96.
- Finkelhor, D & Dziuba-Leatherman, J 1995, 'Victimization prevention programs: a national survey of children's exposure and reactions', *Child Abuse and Neglect*, vol. 19, pp. 129-39.
- Finkelhor, D & Strapko, N 1992, 'Sexual abuse prevention education', in DJ Willis, EW Holden & M Rosenberg (eds), *Prevention of child maltreatment: developmental and ecological perspectives*, John Wiley & Sons, New York.
- Finkelhor, D, Asdigian, N & Dziuba-Leatherman, J 1995, 'Victimization prevention programs for children: a followup', *American Journal of Public Health*, vol. 85, 1684-9.
- Finkelhor, D, Williams, L & Burns, N 1988, *Nursery crimes: sexual abuse in day care*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Finkelhor, D, Hotaling, G, Lewis, IA & Smith, C 1990, 'Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors', *Child Abuse and Neglect*, vol. 14, pp. 19-28.
- Flandreau-West, P 1989, *The basic essentials: protective behaviours anti-victimization and empowerment process*, Protective Behaviors, Inc., Winsconsin, USA.
- Friedrich, WN, Urquiza, AJ & Beilke, R 1986, 'Behavioural problems in sexually abused young children', *Journal of Paediatric Psychology*, vol. 11, pp. 47-57

- Fryer, GE, Kerns-Kraizer, S & Miyoshi, T 1987, 'Measuring children's retention of skills to resist stranger abduction: use of the simulation technique', *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, pp. 181-5.
- Garbarino, J 1987, 'Children's response to a sexual abuse prevention program: a study of the Spiderman comic', *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, pp. 143-8.
- Gilbert, N, Berrick, JD, LeProhn, N & Nyman, N 1989, *Protecting young children from sexual abuse: does preschool training work?*, Lexington Books, Lexington, MA.
- Gilgun, J & Connor, T 1989, 'How perpetrators view child sexual abuse', *Social Work*, vol. 34, pp. 249-51.
- Goldman, JDG & Padayachi, UK 1997, 'The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia', *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, pp. 489-98
- Gries, LT, Goh, DS & Cavanaugh, J 1996, 'Factors associated with disclosure during child sexual abuse assessment', *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 5, pp. 1-19.
- Grober, JS & Bogat, GA 1994, 'Social problem solving in unsafe situations: implications for sexual abuse education programmes', *American Journal of Community Psychology*, vol. 22, pp. 399-414.
- Harrington, D & Dubowitz, H 1993, 'What can be done to prevent child maltreatment?', in RL Hampton (ed.), *Family violence: prevention and treatment: issues in children's and families' lives*, vol. 1, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Hazzard, AP, Webb, C., Kleemeier, CP, Angert, L & Pohl, J 1991, 'Child sexual abuse prevention: evaluation and one-year followup', *Child Abuse and Neglect*, vol. 15, pp. 123-38.
- Kaufman, J & Zigler, E 1992, 'The prevention of child maltreatment: programming, research, and policy', in DJ Willis, EW Holden, & M Rosenberg (eds), *Prevention of child maltreatment: developmental and ecological perspectives*, John Wiley & Sons, New York.
- Kaufman, KL, Hilliker, DR & Daleiden, EL 1996, 'Subgroup differences in the modus operandi of adolescent sexual offenders', *Child Maltreatment*, vol. 1, pp. 17-24.
- Kaufman, K, Holmberg, J, Orts, K, McCrady, F, Rotzien, A, Daleiden, E, & Hilliker, D 1998, 'Factors influencing sexual offender modus operandi: an examination of victim-offender relatedness and age', *Child Maltreatment*, vol. 3, pp. 349-61.
- Kolko, DJ, Moser, JT & Hughes, J 1989, 'Classroom training in sexual victimization awareness and prevention skills: an extension of the red flag/green flag people program', *Journal of Family Violence*, vol. 4, pp. 25-45.
- Krivacska, J 1990, *Designing child sexual abuse prevention programs: current approaches and a proposal for the prevention, reduction and identification of sexual misuse*, Thomas, Springfield, IL.
- Liang, B, Bogat, A, & McGrath, M 1993, 'Differential understanding of sexual abuse prevention concepts among preschoolers', *Child Abuse and Neglect*, vol. 17, pp. 641-50.
- MacIntyre, D & Carr, A 2000, 'Prevention of child sexual abuse: implications of programme evaluation research', *Child Abuse Review*, vol. 9, pp. 183-199.
- Mahoney, C 1998, "'Keeping Ourselves Safe": investigating the development, implementation and reactions to the programme', Masters thesis, University of Otago, Dunedin, New Zealand.
- McCurdy, K & Daro, D 1994, 'Current trends in child abuse reporting and fatalities', *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 9, no. 4, pp. 75-94.

- Melton, GB 1992, 'The improbability of prevention of sexual abuse' in DJ Willis, EW Holden & M Rosenberg (eds), *Prevention of child maltreatment: developmental and ecological perspectives*, John Wiley & Sons, pp. 168–89, New York.
- Melton, GB & Flood, MF 1994, 'Research policy and child maltreatment: developing the scientific foundation for effective protection of children', *Child Abuse and Neglect*, vol. 18, suppl. 1, pp. 1–28.
- Oates, RK (ed.) 1990, *Understanding and managing child sexual abuse*, Harcourt, Brace, Jovanovich, Philadelphia
- O'Donahue, W & Greer, J 1992, 'The primary prevention of child sexual abuse' in W O'Donahue & J Greer (eds), *The sexual abuse of children: clinical issues*, vol. 2, Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 477–517.
- Pelcovitz, D, Adler, NA, Kaplan, S, Packman, L & Kreiger, R 1992, 'The failure of a schoolbased child sexual abuse prevention program', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, pp. 887–92.
- Peraino, J 1990, 'Evaluation of a preschool antivictimization prevention program', *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 5, pp. 520–8.
- Perniskie, LM 1995, 'Child protection programmes: what do children learn and remember? "Keeping Ourselves Safe": an evaluation with follow-up', Masters thesis, Victoria University, Wellington.
- QCC — see Queensland Crime Commission Queensland Crime Commission & Queensland Police Service, 2000a, *Project Axis*, vol. 1, *Child sexual abuse in Queensland: the nature and extent*, QCC and QPS, Brisbane.
- _____ 2000b, *Project Axis*, vol. 2, *Child sexual abuse in Queensland: responses to the problem*, QCC and QPS, Brisbane.
- _____ 2000c, *Project Axis*, vol. 3, *Child sexual abuse in Queensland: offender characteristics and modus operandi*, QCC and QPS, Brisbane.
- _____ 2000d, *Project Axis*, vol. 4, *Child sexual abuse in Queensland: selected research papers*, QCC and QPS, Brisbane.
- Ratto, R & Bogat, GA 1990, 'An evaluation of a preschool curriculum to educate children in the prevention of sexual abuse', *Journal of Community Psychology*, vol. 18, pp. 289–97.
- Ray, J & Deitzel, M 1985, 'Teaching child sexual abuse prevention', *School of Social Work Journal*, vol. 1, pp. 100–108.
- Reppucci, ND & Haugaard, JJ 1989, 'Prevention of child sexual abuse: myth or reality?', *American Psychologist*, vol. 44, pp. 266–75.
- _____ 1993, 'Problems with child sexual abuse prevention programs', in RJ Gelles & DR Loseke (eds), *Current controversies on family violence*, Sage Publications, Newbury Park.
- Reppucci, ND, Woolard, JL & Fried, CS 1999, 'Social, community, and preventive interventions', *Annual Review of Psychology*, vol. 50, pp. 387–418.
- Rispens, J, Aleman, A, & Goudena, PP 1997, 'Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs', *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, pp. 975–87.
- Roberts, MC, Alexander, K & Fanurik, D 1990, 'Evaluation of commercially available materials to prevent child sexual abuse and abduction', *American Psychologist*, vol. 45, pp. 782–3.
- Sang, D 1994, "'Just say no" may not be enough to prevent sexual abuse', *Social Work*, vol. 39, pp. 603–5.

- Seitz, V 1987, 'Outcome evaluation of family support programs: research design alternatives to true experiments', in SL Kagan, D Powell, B Weissbound & E Zigler (eds), *America's family support programs: perspectives and prospects*, Yale University Press, New Haven. Smallbone, SW & Wortley, RK 2001, 'Child sexual abuse: offender characteristics and modus operandi', *Trends & Issues in crime and Criminal Justice*, no. 193, Australian Institute of Criminology, Canberra.
- Sorensen, T & Snow, B 1991, 'How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse', *Child Welfare*, vol. 70, pp. 3-15.
- Staiger, P, Wallace, S & Higgins, D 1997, *Independent evaluation of the Child Sexual Assault Prevention Program (CSAPP)*, School of Psychology, Deakin University.
- Tharinger, DJ, Krivacka, JJ, Laye-McDonough, M, Jamison, L, Vincent, GG & Hedlund, AD 1988, 'Prevention of child sexual abuse: an analysis of issues, educational programs, and research findings', *School Psychology Review*, vol. 17, no. 4, pp. 614-34.
- Tomison, AM 1996, *Child maltreatment and disability*, National Child Protection Clearinghouse Issues Paper No. 7, Australian Institute of Family Studies, Melbourne.
- 1997, *Preventing child abuse and neglect in NSW: findings from a state audit*, NSW Child Protection Council, Sydney.
- 2000, *Evaluating child abuse prevention programs*, National Child Protection Clearinghouse Issues Paper No. 12, Australian Institute of Family Studies, Melbourne.
- Tomison, AM & Poole, L 2000, *Preventing child abuse and neglect: findings from an Australian audit of prevention programs*, Australian Institute of Family Studies, Melbourne.
- Trudell, B & Whatley, M 1988 'School sexual abuse prevention: unintended consequences and dilemmas', *Child Abuse and Neglect*, vol. 12, pp. 103-13.
- Tutty, LM 1995, 'The revised Children's Knowledge of Abuse Questionnaire: development of a measure of children's understanding of sexual abuse prevention concepts', *Social Work Research*, vol. 19, pp. 112-20.
- 1997, 'Child sexual abuse prevention programs: evaluating "Who Do You Tell"', *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, pp. 869-81.
- 2000, 'What children learn from sexual abuse prevention programs: difficult concepts and developmental issues', *Research on Social Work Practice*, vol. 10, pp. 275-300.
- Wald, MS, & Cohen, S 1986, 'Preventing child abuse: what will it take?', *Family Law Quarterly*, vol. 20, pp. 281-302.
- Western Australian Government 2003, *Putting the picture together: inquiry into response by government agencies to complaints of family violence and child abuse in Aboriginal communities*, Perth.
- Whetsell-Mitchell, J 1995, *Rape of the innocent: understanding and preventing child sexual abuse*, Taylor & Francis, Washington, DC.
- Williams, SB & Stith, SM 1987, 'Survey results: needs and interests of students, parents, and professionals for information about sexual abuse', paper presented at the Third National Family Violence Research Conference, July, Durham, NH.

- Woodward, JH 1990, 'Evaluating the implementation of the "Keeping Ourselves Safe" child sexual abuse prevention programme', Masters thesis, University of Otago, Dunedin.
- Wurtele, SK 1987, 'School-based sexual abuse prevention programs: a review', *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, pp. 483-95.
- 1990, 'Teaching personal safety skills to four-year-old children: a behavioural approach', *Behavior Therapy*, vol. 21, pp. 25-32.
- 1993, 'Enhancing children's sexual development through child sexual abuse prevention programs', *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 19, pp. 37-46.
- 1998, 'School-based child sexual abuse prevention programs: questions, answers, and more questions', in JR Lutzker (ed.), *Handbook of child abuse research and treatment*, Plenum Press, New York, pp. 501-16.
- 2002, 'School-based child sexual abuse prevention', in PA Schewe (ed.), *Preventing violence in relationships: interventions across the lifespan*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 9-25.
- Wurtele, SK, Kast, LC, & Melzer, AM 1992, 'Sexual abuse prevention education for young children: a comparison of teachers and parents as instructors', *Child Abuse and Neglect*, vol. 16, pp. 865-76.
- Wurtele, SK, Kvaaternick, M & Franklin, CF 1992, 'Sexual abuse prevention for preschoolers: a survey of parents' behaviours, attitudes, and beliefs', *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 1, pp. 113-28.
- Wurtele SK, Marrs, SR & Miller-Perrin, CL 1987, 'Practice makes perfect? The role of participant modelling in sexual abuse prevention programs', *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, vol. 55, pp. 599-602.
- Wurtele, SK, Currier, LL, Gillespie, EI & Franklin, CF 1991, 'The efficacy of a parentimplemented program for teaching preschoolers personal safety skills', *Behavior Therapy*, vol. 22, pp. 69-83.
- Wurtele, SK, Gillespie, EI, Currier, LL & Franklin, CF 1992, 'A comparison of teachers vs. parents as instructors of a personal safety program for preschoolers', *Child Abuse and Neglect*, vol. 16, pp. 127-37.
- Wurtele, SK, Kast, LC, Miller-Perrin, CL & Kondrick, PA 1989, 'A comparison of programs for teaching personal safety skills to preschoolers', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, pp. 505-11.
- Wurtele SK & Miller-Perrin, CL 1992, *Preventing child sexual abuse: sharing the responsibility*, University of Nebraska Press, Lincoln.
- Wurtele, SK, Saslawsky, DA, Miller, CL, Marrs, S. & Britcher, JC 1986, 'Teaching personal safety skills for potential prevention of sexual abuse: a comparison of treatments', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, pp. 688-92.

Proposed Program of Integration Prevention of Child Sexual Abuse (CSA) in Primary Health Care (PHC) System of Iran



by:

Dr. Mohammad Kazem Atef Vahid

Clinical psychologist

Faculty Member of Iran University of Medical Sciences
School of Behavioral Sciences & Mental Health

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences