

Complications of Rape in Adolescents and Rehabilitation of the victims: A Narrative Review Article

Shiva Khodarahmi ^{1,2}, Zeinab Tavakol ³, Masoumeh Simbar ⁴

1. Ph.D. Candidate, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0003-1447-7136

2. Ph.D. Candidate, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. ORCID ID: 0000-0003-1447-7136

3. Assistant Professor, Community-Oriented Nursing Midwifery Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. ORCID ID: 0000-0001-9743-4160

4. Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (Corresponding Author), Tel: 021-88202512, Email: msimbar@gmail.com .ORCIDID: 0000-0003-2843-3150

ABSTRACT

Background and Aim: Adolescents are vulnerable groups who comprise one-third of all new cases of abuse and experience higher rates of sexual abuse. Evidence on sexual abuse of adolescents has shown short-term and long-term effects on the psychological functions of the victims. The present study was performed to review the complications and rehabilitation of adolescent rape victims.

Material and Methods: This study was conducted by searching Persian and English databases including Elsevier Proquest, UpToDate, Scopus, Magiran, Irandoc, SID, Iran medex, Sciencedirect, Ebsco, Pubmed, and Google Scholar. To extract related articles, the keywords of rape, adolescents, prevention, rehabilitation and their Latin equivalents were used. In this study, articles dealing with the effects of rape and rehabilitation of adolescent rape victims, published from January 2000 to December 2020 were included. This study included articles with correct study method written in Persian or English, dealing with rape in the adolescent age group and articles reporting complications and rehabilitation of adolescent rape victims.

Results: Out of 59 related articles, 41 articles were excluded due to lack of reporting complications or rehabilitation of adolescent rape victims. Finally 18 studies were included in this review study. To collect information, the articles were carefully reviewed and the results were extracted. The topics covered in the study included sexually transmitted diseases, substance and alcohol abuse, unwanted pregnancies and abortions, psychological disorders, high-risk sexual behavior, treatment and rehabilitation of adolescents rape victims, and sex education for adolescents.

Conclusion: It is necessary to develop plans to prevent rape in adolescents and provide appropriate measures for rehabilitation of sexual victims, including reproductive health education in schools, comprehensive community-based awareness, and open discussion about sex and reproductive health issues with adolescents at family and school level.

Key words: Complications, Rehabilitation, Rape, Adolescents

Received: Jan 13, 2021

Accepted: Jan 12, 2022

How to cite the article: Shiva Khodarahmi, Zeinab Tavakol, Masoumeh Simbar . Complications of Rape in Adolescents and Rehabilitation of the victims: A Narrative Review Article. SJKU 2022;27(3):115-128.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

عوارض تجاوز جنسی در نوجوانان و بازتوانی آن: یک مقاله مرور روایتی

۱. دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. کد ارکید: ۷۱۳۶-۱۴۴۷-۰۰۰۳-۰۰۰۰
۲. دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. کد ارکید: ۷۱۳۶-۱۴۴۷-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۳. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری مامایی جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. کد ارکید: ۴۱۶۰-۹۷۴۳-۰۰۰۱-۰۰۰۰
۴. استاد، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (مولف مسئول)، تلفن ثابت: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲، پست الکترونیک: msimbar@gmail.com، کد ارکید: ۳۱۵۰-۲۸۴۳-۰۰۰۳-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان، گروه آسیب‌پذیری هستند که یک سوم از تمام موارد جدید ابتلا به ایدز و نرخ بالاتر سوءاستفاده جنسی را تجربه می‌کنند. طبق شواهد، سوءاستفاده جنسی از نوجوانان، اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدتی بر کارکردهای روان‌شناختی آنان دارد؛ لذا مطالعه حاضر جهت انجام مروری بر عوارض تجاوز جنسی در نوجوانان و بازتوانی آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با جستجو در پایگاه‌های اطلاعات فارسی و انگلیسی شامل Elsevier, Proquest, UpToDate, Scopus, Magiran, Irandoc, SID, Iran medex, Sciencedirect, Ebsco, Pubmed, Google Scholar گرفت. برای استخراج مقالات مرتبط از کلیدواژه‌های تجاوز جنسی، نوجوانان، پیشگیری، بازتوانی استفاده شد. در این پژوهش مقالات چاپ شده از ژانویه ۲۰۰۰ تا دسامبر ۲۰۲۰ که با هدف بررسی عوارض و بازتوانی در تجاوز جنسی به نوجوانان انجام شده بودند، مورد توجه قرار گرفتند. معیارهای ورود مطالعات به تحقیق شامل نگارش به زبان فارسی یا انگلیسی، کار در زمینه تجاوز جنسی در گروه سنی نوجوانان، گزارش عوارض و بازتوانی تجاوز جنسی در نوجوانان و انتخاب روش صحیح انجام کار در مطالعات بود.

یافته‌ها: از بین ۵۹ مقاله مرتبط تعداد ۴۱ مقاله به دلیل عدم بیان عوارض و یا بازتوانی تجاوز جنسی در نوجوانان، کنار گذاشته و در نهایت ۱۸ مطالعه وارد پژوهش مروری حاضر شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، مقالات به دقت بررسی و نتایج استخراج شد. مطالب بیان شده در مطالعات شامل بیماری‌های منتقله جنسی، سوءمصرف مواد و الکل، بارداری ناخواسته و سقط، اختلالات روان‌شناختی، رفتار جنسی پرخطر، درمان و بازتوانی نوجوان مورد تجاوز جنسی و آموزش جنسی به نوجوانان بود.

نتیجه‌گیری: لازم است برنامه‌هایی برای پیشگیری از تجاوز جنسی در نوجوانان و ارائه راهکارهای مناسب جهت بازتوانی قربانیان جنسی در نظر گرفته شود از جمله آموزش بهداشت باروری در مدارس، آگاهی جامع مبتنی بر جامعه و بحث آزاد در مورد روابط جنسی و مسائل بهداشت باروری با نوجوانان در سطح خانواده و مدرسه.

کلمات کلیدی: عوارض، بازتوانی، تجاوز جنسی، نوجوانان

وصول مقاله: ۹۹/۱۰/۲۴ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲

مقدمه

تجاوز جنسی که به معنای انجام نزدیکی جنسی به زور و بدون رضایت است، در دوره نوجوانی، سنین ۱۸-۱۲ سال را که زمان گذار از دوره کودکی به بزرگسالی است، در برمی گیرد (۱، ۲). نوجوانان، گروه‌های آسیب‌پذیری هستند که یک سوم از تمام موارد جدید ابتلا به ایدز و نرخ بالاتر سوء استفاده جنسی را تجربه می‌کنند (۳). تجاوز جنسی در میان نوجوانان در همه کشورها در مقایسه با سایر گروه‌های سنی شایع‌تر بوده (۴-۶) و در ۳۳٪ از تمام قربانیان در سنین ۱۳-۱۷ سالگی رخ می‌دهد (۶). تجربه جنسی ناخواسته در دوره نوجوانی، نگرانی رایج دختران در ایالات متحده است (۷). نتایج مطالعات نشان داده که میزان شیوع سوء استفاده جنسی از کودکان و نوجوانان بین ۳۰-۲٪ در پسران و ۶۰-۴٪ در دختران است و معمولاً دختران بیش از پسران مورد آزار و اذیت جنسی قرار می‌گیرند (۸). این میزان در نوجوانان آفریقای جنوبی، ۶۰-۱/۶٪ برآورد شده است (۹). در کشورهای در حال توسعه مانند اتیوپی، کم‌گزارش - دهی سوء استفاده جنسی نوجوانان شایع است. مشکل در به دست آوردن آمار دقیق سوء استفاده جنسی نوجوانان را می‌توان به چند عامل شامل ترس، انگ اجتماعی و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نسبت داد (۱۰). به همین دلیل است که در زمینه آمار تجاوز جنسی در کشور ایران گزارش مستندی تاکنون منتشر نشده است. همچنین تجاوز جنسی به نوجوانان در خانواده‌های آشفته و از هم پاشیده شایع‌تر بوده (۱۱، ۱۲) و به اشکال متفاوتی از نظر نوع تجاوز، فرکانس، مدت زمان و استفاده از زور یا اجبار دیده می‌شود (۱۳).

طبق شواهد، سوء استفاده جنسی از نوجوانان اثرات کوتاه-مدت و بلندمدتی بر کارکردهای روان‌شناختی آنان دارد (۱، ۱۴-۲۵). به‌عنوان مثال اکثر این افراد پس از مدت کوتاهی به اختلالات اضطرابی و خوردن، روان‌تنی، شخصیتی، جنسی و پس‌ضربه‌ای مبتلا می‌شوند و وابستگی افراطی و شدیدی نسبت به سایر افراد از خود نشان می‌دهند که این امر آنان را در معرض خطر سوء استفاده مجدد قرار می‌دهد (۸). در یک نظرسنجی ملی در آمریکا، ۶۹/۲٪ از

قربانیان تجاوز جنسی در بزرگسالی، اولین بار قبل از ۱۸ سالگی مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند (۲۶). در نوجوانان بازمانده از این حادثه، بازتوانی و مداخله بهنگام برای کاهش عوارض، بسیار مهم است و نرخ بالای سوء استفاده جنسی در نوجوانان، ضرورت اجرای مداخلات هدفمند و مؤثر برای جلوگیری از بروز عوارض و دوباره قربانی شدن را ایجاب می‌کند (۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۵، ۲۷-۳۰). توانمندسازی نوجوانان بازمانده از سوء استفاده جنسی، سبب افزایش اعتماد به نفس و احساس مثبت نسبت به خود، کاهش حس انزوا، افزایش حس ارتباط بین فردی و جهت‌گیری آینده می‌شود (۲۹). از طرفی نوجوانی که قربانی تجاوز جنسی شده است، خود در معرض متجاوزگر شدن نیز است، از این‌رو درمان خاص وی باید مدنظر قرار گیرد (۲۷).

با توجه به حساس بودن دوران نوجوانی و پیامدهای کوتاه و بلندمدتی که تجاوز جنسی بر سلامت روحی و جسمی نوجوانان دارد و از آنجا که آمار این مسئله در جامعه بالا بوده؛ لذا گردآوری اطلاعات در این زمینه جهت کمک به نوجوانان و درمانگران ضروری است؛ بنابراین طی این مقاله، در راستای هدف ذکر شده، مروری کلی بر عوارض، درمان، بازتوانی و آموزش در تجاوز جنسی به نوجوانان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر پس از کسب کد اخلاق (IR.SBMU.RETECH.REC.1398.654) در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تصویب رسید. این مطالعه با جستجو در متون موجود در پایگاه‌های اطلاعات فارسی و انگلیسی شامل Elsevier Proquest, UpToDate, Scopus, Magiran, Iran doc, SID, Iran medex, Sciencedirect, Ebsco, Pubmed, Google Scholar انجام گرفت. برای استخراج مقالات مرتبط از کلید واژه - های تجاوز جنسی، نوجوانان، پیشگیری، بازتوانی و معادل لاتین آن‌ها Sexual Abuse, Adolescent, Prevention, Rehabilitation استفاده شد. در این پژوهش

Gavril و همکاران (۲۰۱۵) مطالعه‌ای را به روش گذشته نگر بر روی کودکان و نوجوانان مورد سوء استفاده جنسی با بررسی اولیه و یک دوره پیگیری ۵ ساله، انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که از بین ۷۲۷ نمونه، در ۴۷ نفر از نمونه‌ها (۶.۵٪) بیماری‌های منتقله جنسی (STD) وجود داشت. همچنین STD ها در نوجوانان دختری که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند، بیشتر بود (۳۱٪) Wilson و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعه خود بر روی بزرگسالانی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند، افزایش میزان STD ها را گزارش کردند (۳۲٪) Santerre و همکاران نیز در سال ۲۰۱۶ پژوهشی را در مورد اضطراب واسطه بین سوء استفاده جنسی و درد تناسلی لگن در دختران نوجوان انجام دادند. آن‌ها از هفت دبیرستان در امریکای شمالی که دانش‌آموزان آن در طیف سنی ۱۲ تا ۱۹ سال بودند، نمونه‌گیری کردند. از هر سطح تحصیلی در دبیرستان، تعداد ۲ الی ۴ کلاس، توسط مدیریت مدارس برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌ها از جمعیت‌های مختلف اجتماعی- اقتصادی بودند. با استفاده از پرسشنامه، داده‌ها از ۲۱۸ دختر نوجوان که از لحاظ جنسی فعال بودند، جمع‌آوری شد. متوسط سن مقاربت برای اولین بار در کل دختران نمونه‌گیری شده که از نظر جنسی فعال بودند ۱۴.۵ سال بود ($SD=1.3$). از این ۲۱۸ دختر نوجوان، ۶۹ نفر (۳۱.۷٪) سابقه سوء استفاده جنسی در طول عمر خود و ۵۱ مورد (۲۳.۴٪) درد تناسلی لگن را گزارش کردند (۲۰).

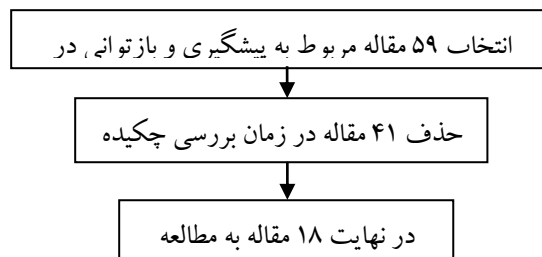
سوء مصرف مواد و الکل:

Rew و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود بر روی ۹۶ نوجوان بی‌خانمان که به‌طور متوسط ۱۷.۹ ساله بودند و بیش از ۶۰٪ از آن‌ها تجربه تجاوز جنسی را داشتند، نشان دادند که شرکت‌کنندگان با سابقه سوء استفاده جنسی به‌طور معنی‌داری بیشتر از کسانی که سابقه سوء استفاده جنسی ندارند، احتمال دارد که الکل و یا ماری‌جوانا استفاده نموده و یا طی ۱۲ ماه گذشته اقدام به خودکشی کرده باشند (۲۴). بارداری ناخواسته و سقط:

مقاله‌های چاپ شده از ژانویه ۲۰۰۰ تا دسامبر ۲۰۲۰ که با هدف بررسی عوارض و بازتوانی تجاوز جنسی در نوجوانان بودند، مورد توجه قرار گرفتند. سپس عنوان و منابع تمام مقاله‌های استخراج شده، مطالعه و آن‌هایی که با هدف مطالعه حاضر، مرتبط بودند، انتخاب و موارد غیر مرتبط و تکراری حذف شدند. در مرحله دوم مقالات مختلف منتخب از نظر عنوان، چکیده، روش نمونه‌گیری، اندازه-گیری متغیرها، تحلیل آماری و اهداف مطالعه، توسط پژوهشگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. در اولین مرحله تعداد ۵۹ مقاله انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. پس از مرور عناوین، تعداد ۴۱ مقاله مرتبط شناسایی و وارد مرحله دوم یعنی ارزیابی کیفی چکیده مقاله‌ها شدند. در نهایت ۱۸ مقاله مناسب جهت ورود به مطالعه حاضر انتخاب شدند (شکل ۱).

معیارهای ورود مطالعات به تحقیق شامل نگارش به زبان فارسی یا انگلیسی، کار در زمینه تجاوز جنسی در گروه سنی نوجوانان، گزارش عوارض و بازتوانی تجاوز جنسی در نوجوانان و انتخاب روش صحیح مطالعه بود. معیار خروج مطالعات از تحقیق شامل عدم امکان دسترسی به متن کامل مقاله بود. در انتخاب مقالات هیچ‌گونه محدودیتی از نظر نژاد و قومیت مد نظر قرار نگرفت. اطلاعات استخراج شده از مطالعات عبارت بودند از: محل انجام مطالعه، تعداد شرکت‌کنندگان، مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان، طول مدت انجام مطالعه، عوارض به دنبال تجاوز جنسی به نوجوانان و روش‌های بازتوانی در آن‌ها.

شکل ۱: فلوچارت انتخاب مقالات



نتایج

بیماری‌های منتقله جنسی و درد تناسلی لگن:

سوءاستفاده جنسی، احتمال بارداری در نوجوانان را افزایش می‌دهد (۱۶). طی مطالعه Noll و همکاران (۲۰۰۸) در امریکا مشخص شد که دختران با سابقه سوءاستفاده جنسی بیش از دو برابر نسبت به دخترانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار نگرفته‌اند، بیشتر احتمال دارد که در دوره نوجوانی، بارداری را تجربه کنند و تجزیه و تحلیل تکمیلی نشان داد که ۵ نفر از ۱۰ نوجوان باردار، سابقه سوءاستفاده جنسی داشته‌اند (۱۹). Mekuria و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق خود مشاهده کردند که شیوع بارداری به دنبال تجاوز جنسی در میان دختران نوجوان دبیرستانی شهر آریامینچ واقع در جنوب اتیوپی ۱۱٪ است و بارداری ناخواسته و سقط جنین، شایع‌ترین پیامد به دنبال تجاوز جنسی است (۱۸).

اختلالات روان‌شناختی:

Afifi و همکاران (۲۰۰۳) در مقاله خود که در بنی سویف و مصر انجام شد، گزارش کردند که در ۲۰٪ از نمونه‌هایی که مورد سوءاستفاده جنسی و عاطفی قرار گرفته بودند، رفتار خشونت‌آمیز دیده شده است (۱۴). عوارض سوءاستفاده جنسی بر سلامت روانی قابل توجه است (۳۳)، به طوری که

نوجوانان قربانی تجاوز، دچار کاهش خودکارآمدی، عزت نفس و تشدید احساس ناتوانی می‌شوند (۳۴) و اغلب مشکلاتی در روابط بین فردی و اجتماعی پیدا می‌کنند (۳۵) که می‌تواند به بی‌اعتمادی نسبت به دیگران و انزوای اجتماعی ناشی از ترس از قربانی شدن مجدد منجر شود (۳۴).

Hailes و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه مروری خود دریافتند که اختلالات شخصیتی مرزی، اضطراب و افسردگی در کودکانی که تحت سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند به‌طور معنی‌داری شایع‌تر است (۳۶). اضطراب، یکی از مکانیسم‌های روانی است که در سوءاستفاده جنسی از نوجوانان، منجر به افزایش خطر ابتلا به درد تناسلی لگن می‌شود (۲۰). همچنین سوءاستفاده جنسی در نوجوانان باعث ضعف در عملکرد مدرسه، سوء مصرف مواد، بزهرکاری،

فحشا، اختلال عملکرد جنسی، بیماری‌های روانی، خودکشی و انتقال رفتار مخرب به نسل بعدی می‌شود (۱۳). Lonczak و همکاران (۲۰۰۶) در مقاله خود بیان کردند که به دنبال تجاوز جنسی، تقریباً در ۲۳٪ موارد، اختلال در سلامت روان شامل افسردگی و خشم مشاهده می‌شود (۲۳). Cauce & Tyler (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند، حدود نیمی از نوجوانان شرکت‌کننده در مطالعه، از نظر فیزیکی مورد آزار قرار گرفته و از یک سوم آن‌ها سوءاستفاده جنسی شده بود. زنان در مقایسه با مردان بیشتر تجربه سوءاستفاده جنسی را داشتند و میانگین مدت زمان دوره سوءاستفاده جسمی و جنسی به ترتیب ۵ و ۲ سال بود. در بیش از نیمی از کسانی که مورد سوءاستفاده جسمی و جنسی قرار گرفته بودند، خشونت شدید ایجاد شده بود (۲۵).

Edmond و همکاران (۲۰۰۶) نیز پژوهشی را بر روی ۱۹۰ دختر انجام دادند. با استفاده از پرسشنامه مشخص شد که ۵۴٪ از این دختران (n=۱۰۲)، سوءاستفاده جنسی را در زندگی‌شان تجربه کرده و نیمی از آن‌ها دچار مشکلات رفتاری و روانی شده بودند که میزان این مشکلات به شدت سوءاستفاده و طرد شدن از طرف خانواده بستگی داشت. همچنین این مطالعه نشان داد که بازتوانی و مداخله به‌موقع در بازماندگان تجاوز جنسی در بهبود عملکرد آن‌ها مؤثر است (۲۱).

نرخ اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان متفاوت است و به جمعیت مورد مطالعه و نوع تروما وابسته است. Shannon Dorsey و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی درمان رفتاری شناختی برای استرس پس از سانحه در نوجوانان نشان دادند که سوءاستفاده جنسی با میزان بالاتری از اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است (۱۵). این عارضه به دنبال تجاوز جنسی به نوجوانان، بسیار ناتوان‌کننده بوده و علائم آن در بزرگسالی نیز تداوم دارد (۱۷). همچنین سوءاستفاده جنسی به‌طور عمده‌ای شانس خشونت را افزایش می‌دهد و نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی از افسردگی، عصبانیت، خصومت و رفتارهای خود تخریبی

نوجوانان مورد تجاوز جنسی، بهتر است که جهت اختلال استرس پس از سانحه، مورد درمان مؤثر قرار بگیرند (۱۵). King و همکاران (۲۰۰۰) نیز در مطالعه خود که بر روی ۳۶ نوجوان قربانی تجاوز جنسی (۶۹٪ دختر و ۳۱٪ پسر) انجام شد، آسیب شناسی روانی از نمونه‌ها به عمل آوردند. در ۶۹٪ از نمونه‌ها (۲۵ نفر) تشخیص اولیه اختلال استرس پس از سانحه داده شد. از این ۲۵ نفر، ۴ نفر تمامی علائم اختلال استرس پس از سانحه را نشان دادند. ۹ نفر از نمونه‌ها یک مورد، ۱۰ نفر دو و ۲ نفر سه مورد از علائم همراه را داشتند. علائم همراه شامل کج خلقی (۷ نفر)، نافرمانی (۷ نفر)، اختلال اضطراب جدایی (۶ نفر)، اختلال اضطراب منتشر (۵ نفر)، اختلال رفتاری (۳ نفر)، افسردگی اساسی (۲ نفر)، نقص توجه/ بیش‌فعالی (۲ نفر) و فوبیا (۲ نفر) بود. نمونه‌ها به‌طور تصادفی تحت درمان شناختی-رفتاری (CBT)، خانواده درمانی و یا یک لیست انتظار نظارت بر وضعیت قرار گرفتند و به این نتیجه رسیدند که نوجوانان مورد تجاوز جنسی قرار گرفته، نیاز به حمایت دارند تا پیشرفت‌های قابل توجهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از تروما و گزارش خود از ترس و اضطراب داشته باشند (۱۷). تعدادی از درمان‌های شناختی رفتاری برای استرس پس از سانحه در نوجوانان موجود هستند. این درمان‌ها شامل عناصر مشترکی مانند عوامل روانی، آرامش، مهارت‌های مدولاسیون عاطفی می‌باشند (۱۵).

نتایج مطالعه فرا تحلیلی Hetzel-Riggin (۲۰۰۷) نشان داد که درمان روانی بعد از سوءاستفاده جنسی نوجوانان، نسبت به عدم درمان، منجر به نتایج بهتری می‌شود. ارزیابی روانی اولیه و درمان سریع به دنبال تجاوز جنسی، باعث کاهش ارتکاب به جرم در نوجوانان می‌شود و درمان حمایتی نیز در اشکال گروهی یا فردی برای مشکلات رفتاری مؤثر است. همچنین درمان شناختی-رفتاری فردی و خانوادگی، بیشترین تأثیر را بر پریشانی روانی به دنبال سوءاستفاده جنسی داشته و گروه درمانی بیشتر بر اعتماد به نفس پایین مؤثر است (۲۸).

رنج می‌بردند (۱۴). به‌طور برعکس، تجاوز جنسی کودکان و نوجوانان از زندگی در فضای همراه با خشونت، درد و رنج و کیفیت پایین مراقبت و نظارت ناشی می‌شود و کارهای درمانی خاص با فرد جوان که مورد تجاوز قرار گرفته و کار در زمینه اصلاح خانواده، باید مدنظر قرار گیرد (۲۷). طبق مطالعه Nasıroglu و cimen (۲۰۱۶) ۱۰-۸۰٪ از نوجوانانی که رفتار جنایی دارند سابقه سوءاستفاده جنسی داشته‌اند. این محققین این‌گونه نتیجه‌گیری کردند که نوجوانان مورد تجاوز جنسی نیاز به بازتوانی، پیگیری و درمان ذهنی دارند و ارزیابی روانی اولیه و درمان سریع، باعث کاهش ارتکاب به جرم در این گروه می‌شود. همچنین ارائه تسهیلات و یک واحد تخصصی در روان‌پزشکی نوجوانان جهت پاسخگویی در این زمینه، ضروری است. همچنین باید با نوجوانان، ارتباط دوستانه برقرار شود چراکه این گروه سنی تنها پس از یک رابطه اعتمادآمیز با درمانگر، تجربه خود از سوءاستفاده جنسی را بازگو خواهند کرد (۱).

رفتار جنسی پرخطر:

سوءاستفاده جنسی در دوره نوجوانی منجر به افزایش احتمال رفتارهای جنسی پرخطر، بیماری‌های مقاربتی و بارداری می‌شود (۱۶، ۱۸). یک متاآنالیز توسط Yuko Homma و همکاران در سال ۲۰۱۶ برای ارزیابی ارتباط بین سابقه سوءاستفاده جنسی و هر یک از سه رفتار جنسی پرخطر (مقاربت جنسی محافظت نشده، داشتن شرکای جنسی متعدد و باردار نمودن شریک جنسی) در نوجوانان پسر در شمال امریکا به انجام رسید. میانگین وزنی برای عوارض این رفتارهای جنسی شامل: ۱.۹۱ برای مقاربت محافظت نشده، ۲.۹۱ برای داشتن شرکای جنسی متعدد و ۴.۸۱ برای وقوع بارداری در شریک جنسی بود. نتایج نشان داد که پسران نوجوانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند به‌طور قابل توجهی با احتمال بیشتری نسبت به پسرانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار نگرفته‌اند، هر سه نوع رفتار پرخطر جنسی را بروز می‌دهند (۱۶).

درمان و بازتوانی نوجوان مورد تجاوز جنسی:

توسط همسالان و دسترسی به اطلاعات ساده و بدون قضاوت در زندگی خانوادگی باشد. اطلاعات عرضه شده در برنامه آموزش جنسی به نوجوانان کمک می‌کند تا از انتخاب‌های خود آگاه شوند و بتوانند خود را در مقابل آسیب‌های عاطفی، بارداری ناخواسته و بیماری‌های آمیزشی محافظت کنند (۳۹)؛ اما نوجوانان در دستیابی به منابع اطلاعات جنسی معتبر، با محدودیت‌های فراوانی روبه‌رو هستند، به طوری که مهم‌ترین منابع دسترسی به اطلاعات جنسی آن‌ها، دوستان و فیلم‌های پورنوگرافی است. از اینرو برای ارتقای سلامت جنسی آن‌ها برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی شفاف، مشخص و کاربردی مورد نیاز است (۴۰). از طرفی آموزش و حمایت خانواده نیز باعث می‌شود که نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی با این حادثه سازگارتر شده و درباره آینده خود، خوشبین‌تر گردند (۲۱).

Kessler و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود دریافتند که اکثر قربانیان جنسی، خانواده درمانگری را بر درمان انفرادی ترجیح می‌دهند و اظهار داشتند که دریافت حمایت از اعضای خانواده، آموزش و یادگیری حل مسئله و استفاده از آن برای برخورد با مشکلات ارتباطی و بازسازی شناختی از جمله مهم‌ترین و کارآمدترین فنون یاری‌دهنده به آنان بوده است (۳۷).

در مطالعه Hoffman و Kress که در سال ۲۰۰۸ انجام شد، شرکت‌کنندگان، مشتمل بر ۸ گروه دختر در سن ۱۲ تا ۱۶، با سابقه سوءاستفاده جنسی بودند که در جلسات مشاوره گروهی به سبک اریکسون شرکت کردند. طول دوره جلسات ۸ هفته بود. در ابتدا شرکت‌کنندگان خود را معرفی کرده و اطلاعات مختصری از خود را با سایر اعضای گروه به اشتراک گذاشتند. شرکت در این گروه‌درمانی برای شرکت‌کنندگان فواید متعددی داشت که شامل (۱) بحث در گروه برای سازگاری با احساسات قوی خود (۲) یادگیری بیان احساسات و افکار خود درباره سوءاستفاده جنسی (۳) سازگاری و مدیریت بهتر احساسات قوی خود با استفاده از آرامش جسمی و استفاده از تفکر مثبت به‌عنوان یک‌راه کار برای کنار آمدن (۴) افزایش احساس پذیرش و آگاهی درباره سوءاستفاده جنسی (۵) توانایی بهتر در تماس برای پشتیبانی اجتماعی (۶) کاهش حس سرزنش خود و (۷) یادگیری انجام رفتارها و فعالیت‌های ایمن بود. در این مطالعه نشان داده شد که گروه درمانی منجر به توانمندسازی نوجوانان قربانی تجاوز جنسی و افزایش احساس مثبت نسبت به خود، افزایش اعتماد به نفس، کاهش حس انزوا، افزایش حس ارتباط بین فردی و جهت‌گیری درست در آینده می‌شود (۲۹).

آموزش جنسی به نوجوانان:

دوره نوجوانی زمانی است که نگرش نسبت به خشونت و تمایلات جنسی می‌تواند با مداخلات آموزشی شکل گیرد (۳۸). این در حالی است که درک نوجوانان از تمایلات جنسی ضعیف است و استراتژی مفید برای توانمندسازی آن‌ها و تغییر رفتارشان باید شامل آموزش

روش تحقیق	متغیر برون داد	ابزار	کشور	تعداد شرکت کنندگان	نویسندگان	سال
کار آزمایه ی بالینی	تأثیر درمان شناختی- رفتاری خانواده و فردی بر کاهش علائم PTSD	۶ جلسه درمان شناختی رفتاری فردی (۱۲ نفر) ۶ جلسه درمان شناختی رفتاری خانواده (۱۲ نفر)/۱۲ نفر هم در گروه کنترل	استرالیا	۳۶ نفر نوجوان دختر و پسر با میانگین سنی ۱۵.۲ سال	King & Tonge & Mullen & et al	۲۰۰۰
مقطعی	مصرف الکل، ماری جوانا و خودکشی	پرسشنامه بررسی سلامت روان گلدبرگ	ایالت تگزاس امریکا	۹۶ نوجوان بی خانمان با میانگین سنی ۱۴.۸ سال	Rew & Taylor-Seehafer & Fitzgerald	۲۰۰۱
کار آزمایه ی جنسی	تأثیر اصلاح دیدگاه خانواده بر بازتوانی به دنبال سوءاستفاده جنسی	انجام ۸ جلسه مشاوره برای خانواده گروه مورد	انگلیس	۱۲۰ نوجوان در گروه مورد ۱۲۰ نوجوان در گروه شاهد	Bentovim	۲۰۰۲
کیفی جنسی	خشونت شدید، استثمار به دنبال وقوع تجاوز جنسی	مصاحبه	سیاتل	۳۷۲ نوجوان ۱۳ تا ۲۱ سال بی خانمان	Cauce & Tyler	۲۰۰۲
مقطعی	خشونت، افسردگی، عصبانیت و رفتارهای خود تخریبی، مشکلات زناشویی و اختلال شخصیت و رفتار	پرسشنامه	مصر	۲۰۳ نوجوان ۱۲-۱۸ ساله، به طور میانگین ۱۵.۶ سال	Afifi & Lawindi & Ahmed & Basily	۲۰۰۳

کیفی	اختلال روانی	مصاحبه	سیاتل	۱۴۴ نوجوان تا سن ۲۱ سالگی با میانگین سنی ۱۵.۴	Lonczak & Abbott & Hawkins & Et Al	۲۰۰۶
ترکیبی	تأثیر حمایت خانواده، آموزش، نفوذ همسالان و مذهب در بازتوانی	انجام مصاحبه‌های انفرادی حدوداً یک ساعت و ۸ جلسه آموزشی مهارت زندگی	امریکا (واشنگتن)	۹۹ نوجوان دختر، در سن ۱۵ تا ۱۸ سال با میانگین سنی ۱۶.۳۳	Edmond & Auslander & Elze & et al	۲۰۰۶
متاآنالیز	تأثیر فراوان درمان شناختی-رفتاری خانواده و درمان فردی بر پیشانی روانی و کاهش علائم PTSD و بیشترین تأثیر ناشی از گروه درمانی برای اعتماد به نفس پایین	مرور داده های ۲۸ مطالعه	امریکا	۲۸ مطالعه بین سال‌های ۱۹۹۹-۲۰۰۵	Hetzel-Riggin & Montgomey & Brausch	۲۰۰۷
کارآزمایی	تأثیر مشاوره گروهی اریکسون بر توانمندسازی نوجوانان به دنبال تجاوز جنسی	در هر گروه ۸ هفته مشاوره گروهی به سبک اریکسون	امریکا	۸ گروه دختر در سن ۱۲ تا ۱۶ با میانگین سنی ۱۴.۶	Hoffman & Kress	۲۰۰۸
متاآنالیز	تجربه بارداری در دوره نوجوانی به علت سوءاستفاده جنسی (۴.۵) نفر از ۱۰ نوجوان باردار تجربه سوءاستفاده جنسی داشته اند)	بررسی داده های ۲۱ مطالعه	امریکا	۷۸ نوجوان دختر ۱۵-۱۹ ساله با میانگین سنی ۱۵.۹	Noll & Shenk Putnam	۲۰۰۸
کارآزمایی	مؤثر بودن روش شناختی - رفتاری (CBT) بر بازتوانی نوجوانان درگیر PTSD به دنبال تجاوز جنسی	۱۰ جلسه شناختی درمانی فردی	امریکای شمالی	۲۴ نوجوان مورد تجاوز با میانگین سنی ۱۶.۲ جنسی قرار گرفته	Dorsey & Briggs & Woods	۲۰۱۱

کمی- کیفی (ترکیبی)	افزایش بارداری ناخواسته و سقط جنین	پرسشنامه خودساخته (بخش کمی). ۱۴ مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته (بخش کیفی)	شهر آربامینچ در جنوب اتیوپی	۴۱ نفر نوجوان دختر با میانگین سنی ۱۵.۴	Mekuria & Nigusie & Abera	۲۰۱۵
مقطعی	لزوم اجرای مداخلات مؤثر و هدفمند برای جلوگیری از دوباره قربانی شدن	تکمیل پرسشنامه به صورت خود گزارش دهی در ابتدا و سه‌ماه پس از یک سال بعد	افریقای جنوبی	۲۵۱۰ نوجوان بین رنج سنی ۱۲-۱۷ سال با میانگین سنی ۱۴.۶	Meinck & Loening- Voysey & Cluver & Boyes	۲۰۱۶
گزارش مورد	وقوع رفتار جنایی و اختلال روانی به دنبال سوءاستفاده جنسی و تأثیر تسهیلات و واحد تخصصی در روان‌پزشکی نوجوانان	توصیفی از شرح حال و صحبت با وی و خانواده‌اش	ترکیه	پسر نوجوان ۱۴ ساله	Cimen & Nasiroğlu	۲۰۱۶
متاآنالیز	افزایش رفتارهای جنسی پرخطر، بیماری های مقاربتی و بارداری به دنبال سوءاستفاده جنسی	بررسی داده‌های ۹ مطالعه	امریکای شمالی	۴۲ نوجوانان ۱۳-۱۸ سال با میانگین سنی ۱۶.۱	Homma & Wang & Saewyc & Et Al	۲۰۱۶
مقطعی	اضطراب واسطه‌ی بین سوءاستفاده جنسی و درد تناسلی لگن	پرسشنامه تحلیل مسائل روانی و پرسشنامه درد لگن	امریکای شمالی	۲۱۸ دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۹ سال که از لحاظ جنسی فعال بودند	Santerre- Baillargeon & et al	۲۰۱۶

بحث

نرخ قرار گرفتن در معرض خشونت و وقایع آسیب زا برای نوجوانان بسیار بالا است (۱۵) و بسیاری از آن‌ها به‌طور مکرر در طول عمر خود در معرض تجاوز جنسی قرار می‌گیرند (۴). سوءاستفاده جنسی در این دوران، اثرات مخربی بر زندگی قربانیان دارد (۳۴، ۳۵). بسیاری از این نوجوانان اعتقاد دارند که آن‌ها معیوب، آسیب دیده و یا ناقص شده‌اند (۱۸).

مطالعات متعدد نشان دادند که بیماری منتقله جنسی به دنبال تجاوز جنسی افزایش می‌یابد (۳۲) که در دختران بیشتر از پسران است (۳۱). نتایج مطالعه Santerre و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان دهنده بروز درد تناسلی لگن به دنبال STD ناشی از تجاوز جنسی بود (۲۰).

از طرفی مطالعه Rew و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که به دنبال تجاوز جنسی در نوجوانان، مصرف الکل، ماری‌جوانا و خودکشی افزایش می‌یابد (۲۴). همچنین نتایج برخی مطالعات، بارداری ناخواسته و سقط در نوجوانان را به دنبال تجاوز جنسی، نشان داده‌اند. در مطالعه Noll و همکاران (۲۰۰۸) در آمریکا، میزان باروری ناخواسته ۵۰٪ (۱۹) و در مطالعه Mekuria و همکاران (۲۰۱۵) در اتیوپی این میزان ۱۱٪ بود که علت احتمالی این تفاوت در میزان گزارش شده، متفاوت بودن فرهنگ در جامعه مورد مطالعه است (۱۸).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که سوءاستفاده جنسی از عوامل خطر برای توسعه پریشانی‌های روانی، اضطراب و افسردگی، اختلال شخصیت و رفتار در بزرگسالی، اختلالات مربوط به رشد و جهت‌گیری جنسی در آینده، کاهش خودکارآمدی و عزت نفس، تشدید احساس ناتوانی، ضعف در عملکرد مدرسه، سوء مصرف مواد، بزهکاری، فحشا، اختلال عملکرد جنسی، بیماری‌های روانی، خودکشی و انتقال رفتار مخرب به نسل بعدی، بی‌اعتمادی نسبت به دیگران و انزوای

اجتماعی در نوجوانان است (۱۳، ۱۴، ۳۴-۳۶). چنانکه مطالعه Afifi و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد، رفتار خشونت‌آمیز در ۲۰٪ از نوجوانان قربانی تجاوز جنسی رخ می‌دهد (۱۴) که با نتایج مطالعه Lonczak و همکاران (۲۰۰۶) که شیوع افسردگی و خشم را در این گروه سنی ۲۳٪ گزارش نموده است، هم‌خوانی دارد (۲۳). همچنین برخی مطالعات وقوع استرس پس از سانحه و عوارض طولانی مدت آن را در این گروه از نوجوانان نشان داده‌اند (۱۵، ۱۷). نوجوانان مورد تجاوز جنسی، برای برگشت به زندگی عادی نیاز به بازتوانی، پیگیری و درمان ذهنی دارند (۱). مطالعه Tyler و Cauce (۲۰۰۲) نشان دهنده این بود که، الگوی استعمار و قربانی شدن در خانواده، برای نوجوانان، عوارض جدی دارد و آن‌ها را از محیط خانه دور کرده و به خیابان می‌کشاند و برای شکستن چرخه استعمار و سوءاستفاده از نوجوانان در محیط خانواده و جامعه، برنامه‌های مداخله‌ای زود هنگام مورد نیاز است (۲۵).

همچنین مطالعه Meinck و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که نرخ بالای سوءاستفاده جسمی، عاطفی و جنسی نیاز به مداخلات هدفمند و مؤثر در جهت جلوگیری از بروز و دوباره قربانی شدن را ضروری می‌سازد (۳۰). مطالعه Edmond و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داد برای حمایت از نوجوانان قربانی تعرض جنسی، عوامل محافظتی شامل آموزش، حمایت خانواده، نفوذ همسالان و مذهب باعث می‌شود که نوجوان نسبت به این حادثه، انعطاف‌پذیر و سازگار شده و اطمینان بیشتری به برنامه‌های آموزشی داشته و درباره آینده خود خوشبین‌تر باشد (۲۱). در این زمینه، نتایج مطالعه Dorsey و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که تعدادی از درمان‌های شناختی رفتاری نوجوانان جهت کاهش استرس پس از سانحه و عوارض طولانی‌مدت تجاوز جنسی در دسترس است. این درمان‌ها شامل القای آرامش و مهارت‌های مدولاسیون عاطفی، شیوه‌های امیدوارکننده و مراقبت مبتنی بر شواهد می‌باشند (۱۵).

نتیجه گیری

مسئله تجاوز جنسی در میان نوجوانان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی شایع‌تر بوده و عوارض بسیار مخربی هم در بعد جسمی و هم در بعد روانی بر کل دوره زندگی آن‌ها و بر سلامت کل جامعه دارد. همچنین چنانچه کودک یا نوجوان مورد تجاوز جنسی واقع شود، احتمال رخداد مجدد این مسئله برای فرد نسبت به سایرین بیشتر خواهد بود. از آنجایی که نتایج مطالعات بومی، بیانگر میزان قابل توجه این مسئله در ایران نیز است و از طرفی اثرگذار بودن روان درمانی‌های مختلف و ارائه حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی در مطالعات گوناگون نشان داده شده است؛ بنابراین لازم است که برنامه‌هایی در جهت پیشگیری از تجاوز جنسی به نوجوانان و همچنین بازتوانی نوجوانان قربانی تجاوز جنسی در نظر گرفته شود. از جمله این موارد می‌توان به آموزش نوجوان در مدارس، آگاه‌سازی خانواده‌ها و جامعه از طریق رسانه‌های جمعی و عمومی، حمایت از

نوجوان قربانی و خانواده وی از طریق مشاورین و مددکاران اجتماعی اشاره نمود. جهت نیل به این هدف، کلیه افراد جامعه از جمله مسئولین امر، والدین و خانواده‌ها، اولیای مدارس، اولیای مذهبی، رسانه‌ها، مشاورین و مددکاران اجتماعی، محققین و سایر افراد می‌بایست در این زمینه آگاهی کامل یافته و در جهت بهبود وضعیت اقدامات لازم را بکار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (کد طرح: ۲۱۶۲۲ مورخ: ۱۳۹۸/۱۰/۲۲ و کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1398.654) است. بدین وسیله از کلیه افرادی که در تهیه این مقاله ما را یاری کردند سپاسگزاریم. ضمناً لازم به ذکر است که هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

منابع

- 1.Nasiroğlu S, Çimen İ. Forensic reporting of a case of sexual abuse broadcast on periscope. . Neuropsychiatric disease and treatment. 2016;12:2073.
- 2.Steinberg L, Morris A. Adolescent development. Annual review of psychology. 2001;52(1):83-110.
- 3.Meinck F, Cluver L, Boyes M. Longitudinal predictors of child sexual abuse in a large community-based sample of south african youth. Journal of interpersonal violence. 2015;0886260515596331.
- 4.Copeland W, Keeler G, Angold A, Costello E. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Archives of General Psychiatry. 2007;64(5):577-84.
- 5.Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby S. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. Pediatrics. 2009;124(5):1411-23.
- 6.Rennison C. Rape and sexual assault: Reporting to police and medical attention 1992-2000. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs Washington, DC; 2002.
- 7.Kogan S. Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. Child abuse & neglect. 2004;28(2):147-65.
- 8.Bornstein R. Interpersonal dependency in child abuse perpetrators and victims: A meta-analytic review. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2005;27(2):67-76.
- 9.Jewkes R ,Levin J, Mbananga N, Bradshaw D. Rape of girls in South Africa. The Lancet. 2002;359(9303):319-20.

10. Haile R, Kebeta N, Kassie G. Prevalence of sexual abuse of male high school students in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC international health and human rights*. ۲۴:(۱)۱۳;۲۰۱۳ .
11. Bifulco A, Bernazzani O, Moran P, Jacobs C. The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA. Q): validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*. 2005;44(4):563-81.
12. Tora A. Assessment of sexual violence against female students in Wolaita Sodo University, Southern Ethiopia. *Journal of interpersonal violence*. 2013;28(11):2351-67.
13. Manyike Pius C, Chinawa Josephat M, Aniwada Elias O, Chinawa T. Child sexual abuse among adolescents in southeast Nigeria: A concealed public health behavioral issue. *Pakistan journal of medical sciences*. 2015;31(4):827.
14. Afifi Z, El Lawindi M, Ahmed S, Basily W. Adolescent abuse in a community sample in Beni Suef, Egypt: prevalence and risk factors. 2003.
15. Dorsey S, Briggs E, Woods B. Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2011;20(2):255-69.
16. Homma Y, Wang N, Saewyc E, Kishor N. The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: a meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*. 2012;51(1):18-24.
17. King N, Tonge B, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(11):1347-55.
18. Mekuria A, Nigussie A, Abera M. Childhood sexual abuse experiences and its associated factors among adolescent female high school students in Arbaminch town, Gammu Goffa zone, Southern Ethiopia: a mixed method study. *BMC international health and human rights*. 2015;15(1):21.
19. Noll J, Shenk C, Putnam K. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of pediatric psychology*. 2009;34(4):366-78.
20. Santerre-Baillargeon M, Vézina-Gagnon P, Daigneault I, Landry T, Bergeron S. Anxiety mediates the relation between childhood sexual abuse and genito-pelvic pain in adolescent girls. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2016;43(8):774-85.
21. Edmond T, Auslander W, Elze D, Bowland S. Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2006;15(1):1-28.
22. Carvalho B, Taitson P, Brandao K, Ferriani R, Nakagawa H, Silva AA, et al. Reproductive planning in times of Zika: getting pregnant or delaying plans? The opinion of the Brazilian Society of Assisted Reproduction Committee - a basis for a bioethical discussion. *JBRA assisted reproduction*. 2016;20(3):159-64.
23. Lonczak H, Abbott R, Hawkins J, Kosterman R, Catalano R. Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2006;156(5):438-47.
24. Rew L, Taylor-Seehafer M, Fitzgerald M. Sexual abuse, alcohol and other drug use, and suicidal behaviors in homeless adolescents. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 2001;24(4):225-40.

25. Tyler K, Cauce A. Perpetrators of early physical and sexual abuse among homeless and runaway adolescents. *Child abuse & neglect*. 2002;26(12):1261-74.
26. Basile K, Chen J, Black M, Saltzman L. Prevalence and characteristics of sexual violence victimization among US adults, 2001–2003. *Violence and victims*. 2007;22(4):437-48.
27. Bentovim A. Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child abuse & neglect*. 2002;26(6):661-78.
28. Hetzel-Riggin M, Brausch A, Montgomery B. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child abuse & neglect*. 2007;31(2):125-41.
29. Kress V, Hoffman R. Empowering adolescent survivors of sexual abuse: Application of a solution-focused Ericksonian counseling group. *The Journal of Humanistic Counseling*. 2008;47(2):172.
30. Meinck F, Cluver L, Boyes M, Loening-Voysey H. Physical, emotional and sexual adolescent abuse victimisation in South Africa: prevalence, incidence, perpetrators and locations. *Journal of epidemiology and community health*. 2016;70(9):910-6.
31. Gavril A, Kellogg N, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics*. 2012;129(2):282-9.
32. Wilson H, Widom C. Sexually Transmitted Diseases Among Adults Who Had Been Abused and Neglected as Children: A 30-Year Prospective Study. *American Journal of Public Health*. 2009;99(S1):s197-s. ۲۰۳
33. MacMillan H, Fleming J, Streiner D, Lin E, Boyle M, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(11):1878-83.
34. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child abuse & neglect*. 2002;26(6):715-29.
35. Saewyc E, Magee L, Pettingell S. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2004;36(3):98-105.
36. Hailes H, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019 6(10):830-9.
37. Kessler M, Nelson B, Jurich A, White M. Clinical decision-making strategies of marriage and family therapists in the treatment of adult childhood sexual abuse survivors. *The American Journal of Family Therapy*. 2004;32(1):1-10.
38. Lee S, Stark A, O'Riordan M, R. L. Awareness of a rape crisis center and knowledge about sexual violence among high school adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2015;28(1):53-6.
39. Bruska D. Children in foster care: A vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2008;21(2):70-7.
40. Razaghi R, Borjali A, Sohrabi F, Delavar A. Sexual Health Challenges of Out of Home Adolescents. *refahj*. 2013;13(48):73-92.