

## بررسی تأثیر آموزش پیشگیری از سوءاستفاده جنسی به مادران بر دانش و مهارت‌های ایمنی شخصی دختران ۷ تا ۱۰ ساله در مورد سوء رفتار جنسی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

فرزانه منصوری<sup>۱</sup>، منصوره جمشیدی‌منش<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۷/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۹/۰۳

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** با توجه به اهمیت سلامت کودکان و پیشگیری از سوءاستفاده جنسی به‌ویژه در دختران، آموزش‌های لازم در زمینه سلامت باروری برای آن‌ها یک اولویت مهم به‌حساب می‌آید. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر آموزش پیشگیری از سوءاستفاده جنسی به مادران بر دانش و مهارت‌های ایمنی شخصی دختران ۷ تا ۱۰ ساله بود.

**مواد و روش کار:** این یک مطالعه نیمه تجربی به‌صورت موازی بر ۷۲ جفت مادر و دختر در دو گروه مداخله (۳۶ نفر) و گروه کنترل (۳۶ نفر) بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. شرکت‌کنندگان از یک مرکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران که دارای شرایط تحقیق بود، انتخاب شدند. مادران دارای دختر واجد شرایط به‌صورت تصادفی به دو گروه مذکور، تخصیص داده شدند. مداخله شامل شش جلسه یک‌ساعته، دو بار در هفته، و به مدت سه هفته برای گروه مداخله بود. گروه کنترل نیز در سه جلسه و هفته‌ای یک بار تحت آموزش قرار گرفتند. در هفته‌های چهارم و هشتم بعد از مداخله، دانش، نگرش و مهارت ایمنی شخصی دختران با استفاده از پرسشنامه "Personal Safety Questionnaire"، و پرسشنامه "the What If Situations Test" با در نظر گرفتن چهار حیطه‌ی آن یعنی (WIST Say)، (WIST Do)، (WIST Report) و (WIST Tell) اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل، کای دو، آزمون مان-ویتنی یو، آنکووا، واریانس، و اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** دانش دختران در گروه مداخله در چهار هفته بعد ( $p < 0/001$ ) و در هشت هفته بعد از مداخله ( $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری نشان داد. افزایش معناداری در شناسایی درخواست‌های لمس مناسب در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل پس از چهار هفته ( $p < 0/017$ ) و هشت هفته از مداخله ( $p < 0/001$ ) وجود داشت. تفاوت در دانش و نگرش دختران گروه مداخله در شناسایی درخواست‌های لمس نامناسب در هشت هفته بعد وجود داشت ( $p < 0/021$ ) ولی در چهار هفته بعد، معنی‌دار نبود. میانگین کلی نمره در مهارت ایمنی شخصی برای تشخیص درخواست‌های لمس نامناسب و همچنین چهار حیطه‌ی آن که شامل حیطه‌ی نه گفتن به فرد مخاطبی (WIST Say)، حیطه‌ی مهارت در عمل برای دور شدن و یا فریاد زدن در موقعیت خطر (WIST Do)، حیطه‌ی مهارت گزارش کردن درخواست نامناسب (WIST Report) و حیطه‌ی مطلع کردن فردی از خانواده و یا آشنای مورداطمینان از درخواست نامناسب (WIST Tell) بود، افزایش معناداری در دو زمان پیگیری بین دو گروه به وجود آمده بود ( $p < 0/001$  برای هر دو زمان).

**بحث و نتیجه‌گیری:** آموزش‌های پیشگیری از سوءاستفاده جنسی به مادران در افزایش دانش، مهارت‌های ایمنی و مهارت‌های شناسایی لمس‌های مناسب و نامناسب دختران ۷ تا ۱۰ ساله مؤثر بود. از آنجاکه این مطالعه در شناسایی درخواست‌های لمس نامناسب در مدت کوتاه ۴ هفته بعد متفاوت نبود. توصیه می‌شود، محتوی مداخله در این قسمت آموزشی با توجه به سطح دانش و مهارت ایمنی شخصی دختران دانش آموزش ۳ پایه اول دبستان بازبینی شود و مداخله در این زمینه با دقت و مدت‌زمان بیشتری انجام شود.

**کلیدواژه‌ها:** کودکان، آموزش، مادران، دختران، مداخله، سوءاستفاده جنسی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۸۰، مهر ۱۴۰۳، ص ۵۹۱-۵۷۷

**آدرس مکاتبه:** گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، تلفن: ۰۲۱۴۳۶۵۱۰۰۰

Email: jamshidimanesh@yahoo.com

<sup>۱</sup> فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

## مقدمه

سوءاستفاده جنسی از کودکان (CSA)<sup>۱</sup> یک مسئله مهم بهداشت عمومی است که جمعیت وسیعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). CSA به دلیل عوارض مختلفی که می‌تواند در زندگی بعدی بروز کند، اهمیت دارد (۲). تحقیقات نشان داده‌اند، افرادی که تجربه CSA داشته‌اند معمولاً از سلامتی عمومی پایین‌تری برخوردارند و دچار استرس‌های جسمی و روانی بیشتری هستند (۳). افرادی که تحت آزارهای مکرر بوده‌اند، بیشتر در معرض شروع زودرس روابط جنسی و با رفتارهای جنسی پرخطر قرار می‌گیرند (۴). مطالعات اخیر ارتباط بین CSA و رفتارهای پرخطر بزرگسالی مانند استفاده از الکل یا مواد قبل از فعالیت جنسی، داشتن چندین شریک جنسی، خیانت و عفونت‌های منتقل‌شونده جنسی را یافته‌اند (۵،۶). علاوه بر این، CSA با PTSD<sup>۲</sup> (اختلال استرس پس از سانحه) نیز مرتبط است (۷،۸). شیوع CSA در کشورهای مختلف متغیر است و در آفریقا و آسیا بالاترین نرخ‌های CSA را در جهان دارند. در آسیا، این نرخ از ۴۲/۷ درصد در هند تا ۳/۳ درصد در چین برای زنان متغیر است. در آفریقا، این رقم در اتیوپی ۶۸/۷ درصد و در تانزانیا ۲/۱ درصد است (۹). در هند، نرخ‌های بالای شیوع CSA در هر دو جنسیت، پسران و دختران است (۱۰). در ایران، شیوع تخمینی CSA بین ۱/۵ درصد تا ۳۲/۵ درصد گزارش شده است (۱۱). مهم است که کودکان یاد بگیرند چگونه از خود در برابر سوءاستفاده جنسی حفاظت کنند و با کسب دانش و توسعه مهارت‌های ایمنی خود، این توانایی را به دست آورند (۱۲).

چندین استراتژی در سطوح مختلف برای جلوگیری از سوءاستفاده جنسی از کودکان (CSA) پیاده‌سازی شده است که شامل مداخلات در محیط کودک مانند مدرسه و توسط معلمان که با برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدرسه بر پیشگیری از CSA تمرکز دارند (۱۳)، مراقبان و والدین (۱۴) و توسط کارکنان بهداشتی، درمانی و اعضای جامعه (۱۵) طراحی شده‌اند. اثربخشی آموزش مادران بر پیشگیری پیامدهای منفی در کودکان طی مطالعات دیگران مشخص شده است (۱۶، ۱۷). پیشگیری از سوءاستفاده جنسی بین معلمان و والدین مقایسه شده (۱۴) و مداخلات آموزشی مدرسه محور بر خودمحافظتی از سوءاستفاده جنسی کودکان دانش آن‌ها را افزایش داده است. با این حال، برنامه‌های مبتنی بر مدرسه به مدت‌زمان و جلسات بیشتری نسبت به آموزش والدین نیاز دارند (۱۸). در این زمینه، یک مرور سیستماتیک پیشنهاد کرده که مداخلاتی که با کودکان ۸ سال به بالا و با بیش از سه جلسه انجام می‌شوند، مؤثرتر از مداخلاتی هستند که تعداد جلسات کمتری دارند

(۱۹). در مدارس ایران، آموزش درباره‌ی CSA وجود ندارد و والدین نقش اساسی در پیشگیری از سوءاستفاده جنسی کودکان (CSA) و حفاظت از رفتارهای جنسی پرخطر را دارند (۲۰). والدین به عنوان منبع اصلی آموزش کودک عمل می‌کنند و بر خودآگاهی جنسی او تأثیر می‌گذارند و همچنین نقش‌های جنسیتی را در اجتماعی‌سازی جنسی کودکان منتقل می‌کنند (۲۱). کودکان زمانی که والدین در آموزش آن‌ها مشارکت دارند، مهارت‌های مهمی مرتبط با CSA را یاد می‌گیرند و فرصت تمرین این مهارت‌ها را از طریق نقش بازی‌های تکراری دارند (۲۲). در ایران، مادران نقش‌های استراتژیک را در آموزش جنسی فرزندان به‌ویژه دختران ایفا کنند (۲۳) و می‌توانند دانش و رفتارهای حفاظتی دختران خود را در مورد CSA بهبود بخشند. با این حال، بسیاری از والدین اطلاعات کافی درباره مسائل جنسی ندارند و یا باور نادرست مبنی بر عدم وجود خطر سوءاستفاده جنسی کودکان دارند (۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که بین دانش پایین والدین و شیوع بالای CSA رابطه معکوس وجود دارد (۱۱، ۲۴). به دلیل عدم آگاهی کافی درباره سوءاستفاده جنسی، ممکن است کودکان وارد فعالیت‌های جنسی شوند که عواقب آن را به‌طور کامل درک نکنند. از آنجاکه آن‌ها معمولاً از نظر رشدی آمادگی لازم برای دادن رضایت را ندارند، بیشتر در معرض آسیب‌پذیری برای قربانی شدن هستند و به دنبال حوادث CSA به‌ندرت توسط قربانیان که به دنبال حمایت هستند، افشا می‌شود (۲۵). دو مطالعه در ایران نشان داده‌اند که تنها مادران تحصیل‌کرده آگاهی و نگرش نسبت به پیشگیری از CSA دارند (۲۶، ۲۷).

با توجه به اهمیت سلامت کودکان و پیشگیری از سوءاستفاده جنسی به‌ویژه دختران آموزش در زمینه سلامت باروری برای آن‌ها یک اولویت مهم به حساب می‌آید، زیرا آن‌ها در مقایسه با پسران در معرض خطر بالاتری از سوءاستفاده هستند و بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات زنانگی هستند (۲۸). با توجه به تابو بودن موضوعات جنسی، اثر عوامل فرهنگی و مذهبی بر پذیرش و درک مداخلات آموزشی در زمینه سوءاستفاده جنسی، این مطالعه بر دختران خردسال متمرکز است. مطالعه‌ای مشابه بر دختران ۳ تا ۶ ساله در گرگان، در شمال ایران انجام شده و از محدودیت‌های نتایج آن، عامل فرهنگی بر موضوع جنسی ذکر شده است (۲۹). در مطالعه حاضر تمرکز بر ارزیابی اثر آموزش بر مادران دارای دختر دانش‌آموز در مقطع ابتدایی بود، چون برخی از کودکان قبل از دبستان به مهدکودک نمی‌روند و یا به دلیل وابستگی بیشتر آن‌ها، والدین در رفت‌وبرگشت به خانه به آن‌ها کمک می‌کنند. اما ممکن است دختران ۷ تا ۱۰ ساله به‌تنهایی به مدرسه بروند یا به دلیل وابستگی

<sup>2</sup> post-traumatic stress disorder<sup>1</sup> Child Sexual Abuse

تصادفی به گروه مداخله ( $n=36$ ) یا گروه کنترل ( $n=36$ ) اختصاص داده شدند.  $30 = \frac{2(1.96+1.28)^2 \cdot 1.3^2}{1.1^2}$

### ابزار گردآوری اطلاعات:

داده‌ها با استفاده از فرم جمعیت‌شناسی و دو ابزار با وضعیت فرضی (WIST)<sup>۴</sup> و پرسشنامه ایمنی شخصی (PSQ) جمع‌آوری شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی شامل سن دختران، سن مادر، سطح تحصیلات مادر، شغل مادر، تعداد فرزندان در خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده و ترتیب تولد دختر بود.

ابزار (WIST) با وضعیت فرضی که به فارسی شامل ابزار "اگر چنین وضعیتی چه" ترجمه شده است و (PSQ)<sup>۵</sup> با نام پرسشنامه محافظت فردی دو ابزاری بودند که به سنجش دانش، نگرش و مهارت فردی کودکان در پیشگیری از سوء رفتار جنسی می‌پردازد این دو پرسشنامه توسط ورثله طراحی و روان‌سنجی شده است (۳۰، ۳۱). در ابزار WIST، شش تصویر وجود دارد؛ ۳ تصویر مربوط به درخواست‌های نامناسب و ۳ تصویر مربوط به درخواست‌های مناسب برای لمس اندام جنسی کودکان است این تصاویر به ارزیابی توانایی کودکان در شناسایی و پاسخ به موقعیت‌های فرضی سوءاستفاده جنسی کمک می‌کنند. ابتدا، کودکان به هر تصویر نگاه می‌کنند و سپس از آن‌ها پرسیده می‌شود "آیا این رفتار برای (شخصی که در تصویر است و او اندام جنسی تو را لمس یا نگاه می‌کند) مناسب است؟" اگر پاسخ‌ها صحیح باشد، نمره ۱ داده می‌شود درحالی‌که پاسخ‌های نادرست یا "نامطمئن" باشد نمره ۰ خواهند گرفت. چگونگی امتیاز در شناسایی درخواست مناسب در محدوده صفر تا سه؛ و شناسایی درخواست نامناسب نیز از صفر تا سه است. اگر کودکان درخواست نامناسب را به‌درستی شناسایی کنند از آن‌ها خواسته می‌شود به سؤالات زیر پاسخ دهند: (الف) "به شخصی که برای لمس درخواست می‌کند و در تصویر است چه می‌گوی؟" این به ارزیابی مهارت ایمنی شخصی کودک برای گفتن نه به فرد مخاطبی (WIST Say) کمک می‌کند؛ (ب) این به ارزیابی مهارت برای دور شدن و یا فریاد زدن در موقعیت خطر (WIST Do) مربوط می‌شود؛ (ج) "به کسی که در مورد این وضعیت درخواست نگاه کردن می‌کند چه خواهی گفت؟" به ارزیابی (WIST Tell) مربوط می‌شود؛ و (د) "چه کسی را از خانواده و یا آشنایانی که اطمینان داری از این درخواست نامناسب مطلع می‌کنی؟". پاسخ‌ها به این چهار سؤال (Say، Do، Tell و Report) نمره‌دهی می‌شوند. نمره‌های هر زیرمقیاس جمع‌آوری می‌شود تا نمره کل در WIST در دامنه ۰ تا

کمتر به والدین، در خانه یا مکان‌های دیگر با افرادی به‌غیر از والدین بمانند. بنابراین، این دختران در معرض سوءاستفاده جنسی بیشتری قرار می‌گیرند. از این‌رو ضروری بود که یک مداخله آموزشی به مادران داده شود تا دانش، نگرش و مهارت‌های ایمنی شخصی دختران مبنی بر پیشگیری از سوء رفتار جنسی موردبررسی قرار گیرد. به همین منظور مادران و دختران ساکن تهران که از شهرهای مختلف سراسر ایران با فرهنگ‌ها و اقوام گوناگون هستند، در این مطالعه شرکت کنند. هدف از مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش پیشگیری از سوءاستفاده جنسی به مادران بر دانش و مهارت‌های ایمنی شخصی دختران ۷ تا ۱۰ ساله در مورد سوء رفتار جنسی بود.

### مواد و روش کار

این مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی با گروه کنترل و بدون کورسازی بود. نگارش آن بر اساس توصیه‌های CONSORT<sup>۱</sup> انجام شد. شرکت‌کنندگان از یک مرکز بهداشتی وابسته به دانشگاه ایران که در منطقه غرب تهران قرار دارد، انتخاب شدند. دانشگاه علوم پزشکی ایران، مراکز جامع سلامت و پایگاه‌های بهداشتی واقع در غرب تهران را پوشش می‌دهد که در بین این مراکز، مرکز جامع سلامت تهرانسر با توجه به پوشش بالای خانوارها و تعداد مراجعین زیاد و داشتن شرایط انجام پژوهش، مرکز نامبرده به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب شد. مادران برای دریافت خدمات بهداشت خانواده توسط ماماها مراجعه می‌کردند. معیارهای ورود برای دختران شامل سنین ۷ تا ۱۰ سال، توانایی پاسخ‌دهی به سؤالات به‌صورت شفاهی و برای مادران داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم تجربه سوءرفتار جنسی و عدم وجود سابقه بیماری‌های روانی در دختران و مادران بر اساس خودگزارشی بود. عدم همکاری و تمایل برای ادامه همکاری معیار خروج در نظر گرفته شد.

پیامد اصلی مطالعه دانش، نگرش و مهارت خودمحافظتی دختران در زمینه پیشگیری از آزار جنسی کودک (CSA) که تعیین مهارت در شناسایی درخواست‌های لمس مناسب و نامناسب از سوی دختران بود.

حجم نمونه با استفاده از نمرات انحراف معیار ابزار ایمنی شخصی (PSQ)<sup>۲</sup> بر اساس مطالعه وورثله<sup>۳</sup> (۳۰) محاسبه شد. برای تشخیص حداقل تفاوت  $d = 1/1$  بین دو گروه و با در نظر گرفتن احتمال ۲۰ درصد افت،  $\alpha = 0.05$ ،  $\beta = 0.2$ ،  $[1/96] = 0.0105$  -  $[1/28] = 0.0357$ ،  $Z(1 - 0.05) = 1.64$ ،  $Z = 1.3$ ،  $\sigma = 1/3$  مجموعاً به ۳۶ مادر و دختر برای هر گروه نیاز بود. ۷۲ مادر و دختر واجد شرایط به‌طور

<sup>۴</sup>What If Situation Test

<sup>۵</sup> Body Safety Training Program

<sup>۱</sup> Consolidated Standards for Reporting Trials

<sup>۲</sup> Personal Safety Questionnaire

<sup>۳</sup> Wurtele

۲۴ قرار می‌گیرد. نمره بالاتر نشان‌دهنده بهبود مهارت ایمنی شخصی در وضعیت خطر است. در مطالعه ورتله، پایایی مربوط به WIST بررسی شده بود که با استفاده از آلفای کرونباخ، زیر مقیاس‌های این ابزار با ضرایب درونی ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش شده بود و اعتبار آزمون-بازآزمون یک‌ماهه آن نیز برای همه زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ و برای کل مهارت خودمحافظةتی ۰/۹۰ گزارش شده بود (۳۰).

پرسشنامه ایمنی شخصی (PSQ) که توسط وورتل طراحی و روان‌سنجی شده، شامل ۱۲ سؤال است. هدف آن ارزیابی دانش و نگرش کودکان نسبت به سوءاستفاده جنسی از کودکان (CSA) طراحی شده است. دو سؤال از آن که نگرش کودکان را در مورد CSA ارزیابی می‌کند، به این صورت است: "اگر پرستار بخواهد به قسمت‌های خصوصی یک کودک دست بزند، کودک باید چه بگوید؟" و "آیا برای کودکان جایز است که به قسمت‌های خصوصی یک فرد بزرگ‌تر دست بزنند؟" ده سؤال دیگر دانش کودکان را در مورد CSA ارزیابی می‌کند. کودکان به سؤالات پاسخ "بله"، "خیر" یا "نمی‌دانم" می‌دهند. هر پاسخ "بله" یک امتیاز ۱ دریافت می‌کند، درحالی‌که پاسخ‌های "خیر" یا "نمی‌دانم" امتیاز ۰ دریافت می‌کنند. امتیاز کل برای ۱۲ سؤال از ۰ تا ۱۲ متغیر است. امتیاز بالاتر نشان‌دهنده دانش بیشتر است. پایایی این ابزار با آزمون مجدد بعد از دو ماه توسط ضریب پیرسون ۰/۵۴ بود (۳۰، ۳۱). در ایران نیز این دو ابزار برای کودکان ۳ تا ۶ سال مورد روان‌سنجی قرار گرفته است. همبستگی درونی با استفاده از آلفا کرونباخ برای PSQ-P، ۰/۷۴ و برای مهارت کلی WIST-P، ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس‌های آن به ترتیب از ۰/۷۱ تا ۰/۹۶ بود (۳۲). در این مطالعه بعد از اخذ مجوز از طراح اصلی پرسشنامه، ابزارها مورد اعتبارسنجی و پایایی قرار گرفت. بدین‌صورت که ابتدا به دلیل سن دختران مورد مطالعه‌ی حاضر که بین ۷ تا ۱۰ سال بودند و اینکه پرسشنامه اصلی توسط محقق برای کودکان در سنین ۴۱ تا ۶۸ ماه طراحی شده بود، از پروفیسور وورتل در دانشگاه کلرادو در کلرادو اسپرینگز، ایالات‌متحده آمریکا که طراح پرسشنامه بود، برای ترجمه، روایی، پایایی، کتاب کار توسط والدین و برنامه آموزش ایمنی بدن اجازه گرفته شد. چون دو ابزار PSQ و WIST آگاهی و توانایی کودکان در سنین ۴۱ تا ۶۸ ماه را ارزیابی می‌کند، برای اعتبارسنجی محتوای PSQ-P و WIST-P نظرات پنج کارشناس شامل یک جامعه‌شناس بالینی، یک مشاور، دو استاد مدعو در حوزه سلامت باروری، یک طراح مقیاس و یک روانشناس جمع‌آوری شد. نظرات کارشناسان به بهبود مقیاس‌ها منجر شد.

شاخص اعتبار محتوای (CVI) برای بخش کمی استفاده شد. مقیاس‌ها از نظر گرامر فارسی، اصطلاحات مناسب، بیان خوب، نمره‌دهی و پاسخ‌های ارائه‌شده نیز برای ارزیابی بخش کیفی موردبررسی قرار گرفتند (۳۳). همچنین از کارشناسان خواسته شد تا تمامی سؤالات در نسخه فارسی مقیاس‌ها را بر اساس سه معیار شامل سادگی، مرتبط بودن و وضوح با استفاده از مقیاس لیبرت ۴ امتیازدهی کنند. شاخص روایی محتوایی CVI<sup>۱</sup> با استفاده از یک فرمول محاسبه شد و ۰/۸۲ حاصل شد (۳۴). سپس تغییرات جزئی در برخی موارد اعمال شد و اصلاحاتی با حداقل تغییرات به نسخه اصلی PSQ و WIST صورت گرفت. طبق دستورالعمل‌های پیشنهادشده توسط والتز و باسل<sup>۲</sup>، CVI بالاتر از ۰/۷۹ قابل‌قبول بود (۳۵). درنهایت، نسخه‌های PSQ-P و WIST-P ویژه دختران ۷ تا ۱۰ ساله برای پایایی آماده شدند. برای تعیین پایایی نسخه فارسی مقیاس‌ها از دو روش شامل سازگاری درونی (آلفای کرونباخ) و پایایی آزمون مجدد استفاده شد. با اخذ رضایت از ۳۰ مادر و دختر که از مشارکت‌کنندگان در مطالعه نبودند، انجام شد. پس از دو هفته، داده‌ها تحلیل شدند. در این مطالعه، تحلیل سازگاری درونی نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول برای ابزار و زیرمقیاس‌های آن بود. با استفاده از آلفای کرونباخ، برای شناسایی درخواست مناسب ۰/۸۳، شناسایی درخواست نامناسب ۰/۷۹، و برای مهارت کلی ایمنی شخصی ۰/۸۵ بود. در مورد زیر مقیاس‌های WIST Say مساوی ۰/۸۷ و WIST Do مساوی ۰/۸۰، WIST Report مساوی ۰/۸۲ و WIST Tell مساوی ۰/۸۵ بود. پایایی PSQ نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود که قابل‌قبول بود. برنامه آموزش ایمنی بدن<sup>۳</sup> (BST) در سال ۱۹۸۶ توسعه و در سال ۲۰۰۷ تجدیدنظر شده بود. دو نسخه از کتاب کار BST وجود دارد. یکی برای والدین و دیگری برای مربیان طراحی شده است (۳۶). در این پژوهش از نسخه برای والدین استفاده شد. برنامه BST برای کودکان بین ۷ تا ۱۰ سال طراحی شده و تصاویری که بتواند دانش و مهارت این گروه از کودکان را افزایش و بهبود ببخشد، در برنامه گنجانده شد. با ترجمه محتوای برنامه به زبان فارسی توسط مترجمی مسلط به هر دو زبان از انگلیسی به فارسی، سرفصل‌های هر یک از جلسات برای برنامه آموزشی تعیین شد. برای سرفصل‌های موضوعی مشخص شده نظر هشت نفر از کارشناسان جویا شد و با توجه به نظرات کارشناسان در برنامه آموزشی گنجانده شد. نسخه نهایی برنامه BST مشتمل بر شش جلسه تهیه شد. کتاب آموزشی با عنوان "برنامه آموزشی ایمنی بدن برای کودکان ۷ تا ۱۰ ساله دبستانی" با توجه به روش

<sup>11</sup> Body Safe Training

<sup>1</sup> Content Validity Index

<sup>2</sup> Waltz & Bausell

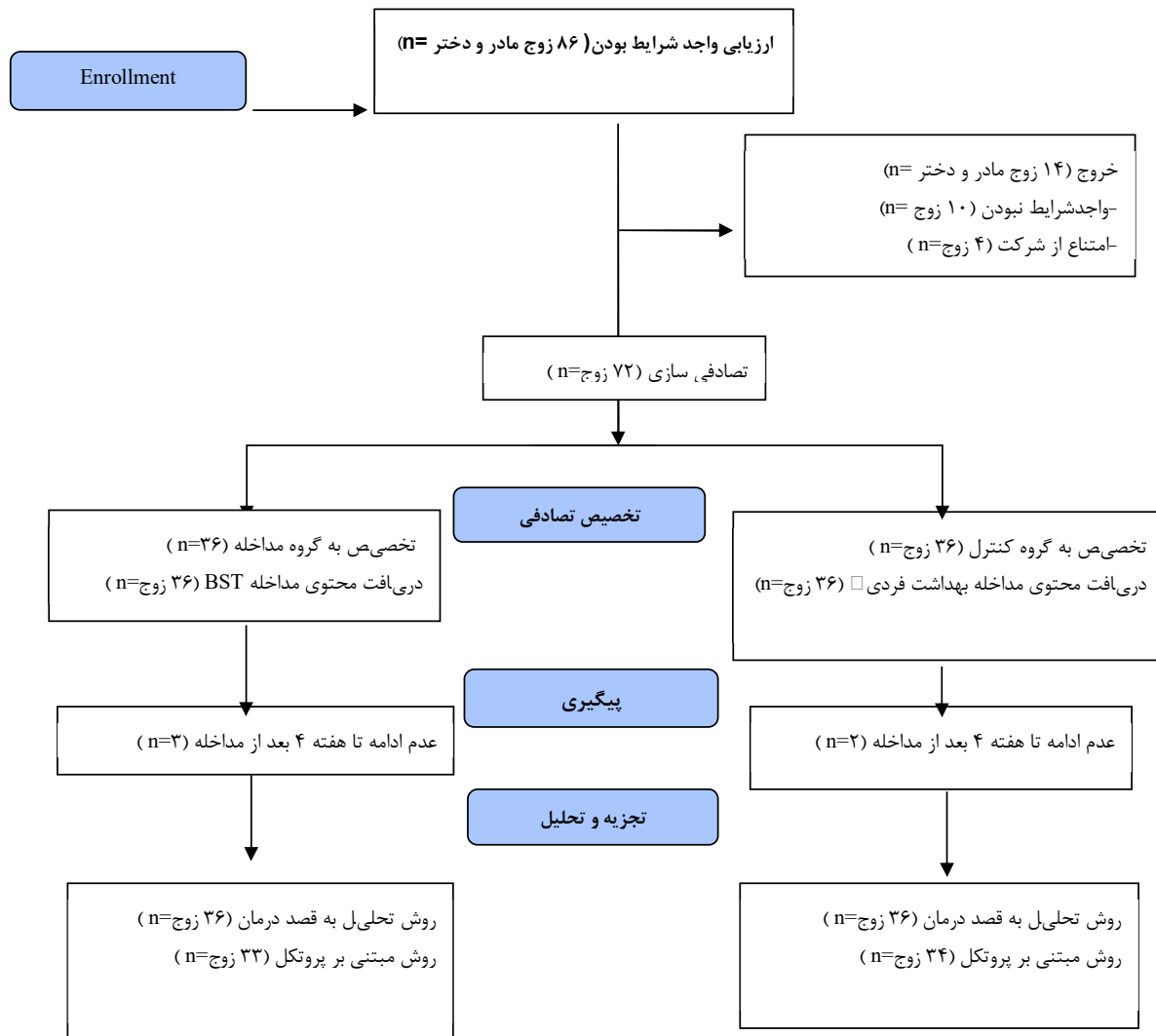
آموزش تصویری طراحی شد. سپس بعد از دریافت کد اخلاق و معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به مرکز بهداشتی منتخب مراجعه شد و توسط کارشناس واحد بهداشت خانواده فهرستی از مادران که دارای دختر سنین ۷ تا ۱۰ سال بودند، تهیه شد. هدف مطالعه از طریق تماس‌های تلفنی به مادران توضیح داده شد و از آن‌ها برای مشارکت دعوت شد. مادران و دختران برای شرکت ثبت‌نام کردند. بعد از بررسی واجد شرایط بودن مادران، با استفاده از لیست اسامی آن‌ها و دختران ابتدا با بلوک سازی برای ۷۲ نفر، عدد ۴ با دو برابر کردن گروه‌ها، سائز بلوک تعیین شد و در نهایت ۱۸ بلوک به دست آمد که شش حالت برای بلوک‌های چهارتایی وجود داشت. با استفاده از سایت <http://randomization.com> ترتیب قرارگیری بلوک‌ها تعیین شد. گروه مداخله A و گروه کنترل B در نظر گرفته شد. برای پنهان‌سازی فرآیند تخصیص تصادفی اسامی داخل پاکت‌های مات قرار گرفت و پاکت‌ها از ۱ تا ۷۲ شماره‌گذاری و به ترتیب داخل سبدهای قرار گرفت. مادران بعد از ورود به مطالعه و تکمیل فرم‌های رضایت‌نامه به همراه رضایت شفاهی از دخترانشان به ترتیب یک پاکت بر می‌داشتند و به یکی از گروه تخصیص داده می‌شدند. ابتدا، مادران فرم اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کرده و با حضور آن‌ها با دختران مصاحبه شد. محتوای مداخله که در کتاب تکلیف وجود داشت و برای دختران ۷ تا ۱۰ ساله طراحی شده بود. ابتدا، به دختران در طول مصاحبه یاد داده شد که چگونه به پرسشنامه ایمنی شخصی (PSQ) و تست موقعیت‌های چه می‌شد (WIST) پاسخ دهند. مفهوم "بخش خصوصی" بدن به کودکان آموزش داده شد. مادران شش جلسه آموزشی در گروه مداخله دریافت کردند. برای تداوم ارتباط با گروه کنترل از آن‌ها خواسته شد که قبل از شروع مداخله، بلافاصله و ۸ هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی به گروه مداخله، گروه کنترل نیز به مرکز مراجعه کنند لذا برای حفظ روند مداخله سه جلسه در نظر گرفته شد که آموزش‌های روتین انجام می‌شد. در گروه مداخله هر جلسه یک ساعت به طول انجامید و دو بار در هفته به مدت سه هفته بود و در گروه کنترل یک بار در هفته به مدت سه هفته انجام شد. محتوای مداخله در پیوست ارائه شده است. محقق ۶۰ دقیقه در هر جلسه آموزشی به مادران گروه مداخله آموزش می‌داد که بر نحوه محافظت از بدن در دختران تمرکز داشت. عناوین شامل (۱) دختران دبستانی چگونه سلامت بدن خود را مدیریت کنند، (۲) موقعیت و نام "قسمت خصوصی" بدن را شناسایی کنند (۳) لمس بدن خود برای وجود سلامت در مکان خلوت اشکالی ندارد، (۴) زمانی که پزشکان، پرستاران والدین برای سلامت یا بهداشت "قسمت خصوصی" بدن شما را لمس می‌کنند یا به آن‌ها

نگاه می‌کنند، اشکالی ندارد (۵) هر کس دیگری به "قسمت خصوصی" بدن شما دست بزند یا به آن‌ها نگاه کند، به‌ویژه اگر خواسته شود که آن را مخفی نگه دارید، قابل‌قبول نیست، (۶) اگر شخصی از شما خواسته است که بدن شما را لمس و یا نگاه کند، والدین را مطلع کنید. مادران یک نسخه از کتاب را برای آموزش دختران خود در طول هفته دریافت کردند. گروه کنترل سه جلسه آموزشی با محتوای مرتبط با تغذیه و سلامت فردی دریافت کردند. همچنین در هر جلسه ۶۰ دقیقه برای آموزش مادر در گروه کنترل صرف شد. موضوعات تحت پوشش عبارت بودند از (۱) اهمیت خوردن غذای سالم در مدرسه، مانند نان و پنیر به‌جای فست فود، (۲) اهمیت خواب کافی و پرهیز از تماشای صفحه قبل از خواب، و (۳) اهمیت ماندن در خانه وقتی دختران سرما می‌خورند. یک هفته پس از شروع برنامه آموزشی به مادران، از آن‌ها خواسته شد که آموزش به دختران را در خانه شروع کنند. محقق هفته‌ای دو بار (روزهای سوم و پنجم) با مادران تماس می‌گرفت تا پیشرفت آموزش دختران را بررسی کند و به سؤالاتی که ممکن است مادران داشته باشند پاسخ دهد. پرسشنامه‌ها قبل، چهار هفته و هشت هفته بعد از پایان جلسات مداخله در هر دو گروه تکمیل شد. در پایان جلسات به دختران هدیه داده شد.

#### تجزیه و تحلیل آماری:

پایمدهای اصلی PSQ و WIST بودند که اندازه‌گیری شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی مانند سن مادران و دختران و فراوانی برای داده‌های کیفی مانند سطح تحصیلات مادر استفاده شد. توزیع متغیرهای نمرات بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نرمال بود. برای مقایسه ویژگی‌های دو گروه از آمار استنباطی مانند آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس، آزمون‌های مجذور کای و آزمون من ویتنی یو استفاده شد. مقایسه‌های درون‌گروهی با استفاده از آزمون‌های تی زوجی، اندازه‌گیری‌های مکرر و آنکووا برای کنترل تأثیر سایر متغیرهای کمکی انجام شد. اندازه اثر برای مقایسه درون‌گروهی با استفاده از d کوهن گزارش شد، و میانگین تفاوت استاندارد شده بر اساس اندازه اثر d کوهن گزارش شد (اثر کوچک = ۰/۲ تا ۰/۴۹، اثر متوسط = ۰/۵۰ تا ۰/۷۹، اثر بزرگ = ۰/۸۰ تا ۱/۱۹، اثر بسیار بزرگ = ۱/۲۰ تا ۲، و اثر عظیم > ۳/۹). اهمیت بالینی واریانس توضیح داده شده توسط CSA آموزش مادر در مقابل گروه کنترل با استفاده از اندازه‌های اثر مربع جزئی از آنکووا برآورد شد. با توجه به اندازه اثر کوچک = ۰/۰۱، متوسط = ۰/۰۶، بزرگ = ۰/۱۴، و غیره (۳۵). فرآیند تجزیه و تحلیل با استفاده از هر دو رویکرد قصد به درمان

<sup>۱</sup> (ITT) و هر پروتکل <sup>۲</sup> (PP) انجام شد (نمودار ۱). سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در این مطالعه در نظر گرفته شد.



**نمودار (۱):** نقش مادران آموزش‌دیده بر مهارت‌های ایمنی و آگاهی دختران ۷ تا ۱۰ ساله در مورد سوءاستفاده جنسی مبتنی بر Consort

## یافته‌ها

بر اساس نتایج، میانگین سنی مادران در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $35/67 \pm 5/43$  و  $35/83 \pm 5/95$  سال بود. اکثر مادران هر دو گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند که ۴۶/۷ درصد در گروه مداخله و ۵۶/۷ درصد در گروه کنترل بودند. تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر مشخصات دموگرافیک وجود نداشت. مشخصات جمعیت شناختی دیگر شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده

است. قبل از مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل، نمره دانش و نگرش دختران مورد مطالعه بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. پس از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری در آگاهی و نگرش در پیشگیری از CSA بین دو گروه مشاهده شد. با استفاده از اندازه‌گیری‌های مکرر آنکووا مشخص شد که بین دانش دختران در طول زمان در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ( $p=0/002$ ). اندازه اثر برای دانش مربوط به PQS در ۴ و ۸ هفته

<sup>2</sup> Pre-protocol

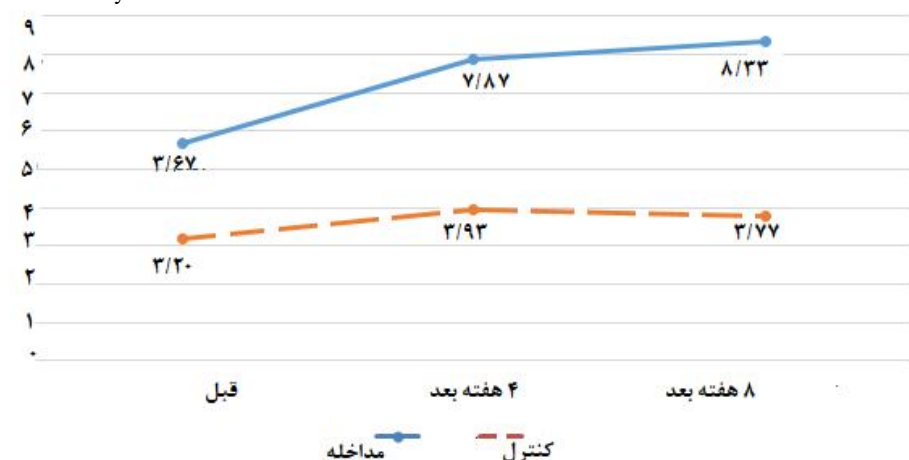
<sup>1</sup> Intention to treat

پس از مداخله در مقایسه با گروه کنترل کوچک بود، اما در کل گروه مداخله متوسط بود (جدول ۳). تفاوت در میانگین نمرات PSQ در هر زمان بین دو گروه در نمودار ۲ ارائه شده است.

**جدول (۱): توزیع مشخصات دموگرافیک مادران و دختران و مقایسه دو گروه**

| متغیرها               | گروه آموزش BST<br>(%) N | گروه کنترل<br>(%) N | نتایج     |
|-----------------------|-------------------------|---------------------|-----------|
| سن مادر<br>(سال)      | ۳۰ >                    | (۲۵)۹               | (۲۷/۸)۱۰  |
|                       | ۴۰-۳۱                   | (۵۲/۸)۱۹            | (۵۵/۵)۲۰  |
|                       | ۴۰ <                    | (۲۲/۲)۸             | (۱۶/۷)۶   |
| سن دختر<br>(سال)      | ۷                       | (۳۶/۱۱)۱۳           | (۲۷/۸)۱۰  |
|                       | ۸                       | (۱۵)۹               | (۳۶/۱۱)۱۳ |
|                       | ۹                       | (۲۲/۲)۸             | (۱۹/۴)۷   |
|                       | ۱۰                      | (۲۲/۲)۸             | (۲۲/۲)۸   |
| سال‌های تحصیل مادر    | ۱۲ >                    | (۳۶/۱۱)۱۳           | (۲۷/۸)۱۰  |
|                       | ۱۲-۱۶                   | (۵۰)۱۸              | (۵۸/۳)۲۱  |
|                       | ۱۶ <                    | (۱۳/۹)۵             | (۱۳/۹)۵   |
| شغل مادر              | خانه‌دار                | (۷۷/۸)۲۸            | ۲۴(۶۶/۶)  |
|                       | شاغل                    | (۲۲/۲)۸             | (۳۳/۴) ۱۲ |
| تعداد فرزندان         | ۱                       | (۱۹/۴)۷             | (۲۵)۹     |
|                       | ۲                       | (۵۸/۳)۲۱            | (۶۳/۹)۲۳  |
|                       | ۳ <                     | (۲۲/۲)۸             | (۱۳/۹) ۵  |
| وضعیت اقتصادی خانواده | مطلوب                   | (۲۲/۲)۸             | (۳۶/۱۱)۱۳ |
|                       | نسبتاً مطلوب            | (۵۸/۳)۲۱            | (۵۰)۱۸    |
|                       | نامطلوب                 | (۱۹/۴)۷             | (۱۳/۹)۵   |
| پایه کلاس دختران      | اول                     | (۲۷/۸)۱۰            | (۱۹/۴)۷   |
|                       | دوم                     | (۳۳/۳)۱۲            | (۳۰/۵)۱۱  |
|                       | سوم                     | (۱۹/۴)۷             | (۲۲/۲)۸   |
|                       | چهارم                   | (۱۹/۴)۷             | (۲۷/۹)۱۰  |
| رتبه تولد دختران      | اولین                   | ۱۲ (۳۳/۴)           | (۵۰)۱۸    |
|                       | دومین                   | (۳۰/۵)۱۱            | (۵۰)۱۸    |
|                       | سومین                   | (۳۶/۱۱)۱۳           | ۰         |

<sup>a</sup> Mann-Whitney U



**نمودار (۲): مقایسه دانش ایمنی شخصی دختران ۷ تا ۱۰ ساله در مورد سوء رفتار جنسی در سه دوره زمانی**

تأثیر مداخله بر نمرات WIST و مؤلفه‌های آن قبل از مداخله بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نداشت. با استفاده از آزمون تی مستقل، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه شناسایی درخواست مناسب از WIST در ۴ و ۸ هفته پس از مداخله مشاهده شد که اندازه اثر به ترتیب متوسط و بسیار بزرگ بود. برای هر دو تجزیه و تحلیل قصد درمان ( $p=0/02$ ) و تحلیل هر پروتکل ( $p>0/017$ ) بود که نشان‌دهنده تغییر فاحش نیست. با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر، مشخص شد که تفاوت آماری معنی‌داری در شناسایی درخواست مناسب دختران در طول زمان در گروه مداخله وجود دارد ( $p>0/001$ ). قبل از مداخله در امتیاز شناسایی درخواست نامناسب بین دو گروه تفاوت وجود نداشت. اما تفاوت آماری معنی‌داری در شناسایی درخواست نامناسب دختران

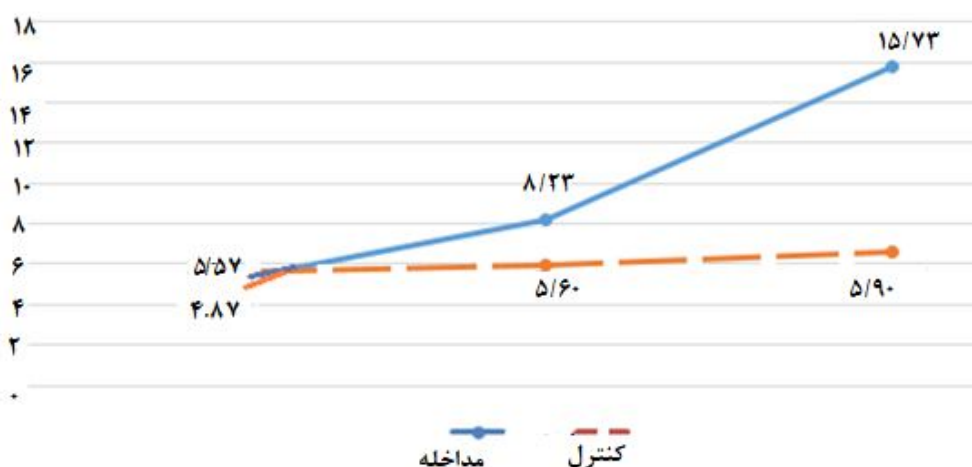
در ۸ هفته پس از مداخله بین دو گروه مشاهده شد ( $p=0/021$ ). که در ۴ هفته بعد از مداخله تفاوتی وجود نداشت. با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، تفاوت آماری معنی‌داری در شناسایی درخواست نامناسب دختران در طول زمان در گروه مداخله وجود نداشت ( $p=0/031$ ). میانگین نمرات کل WIST و مؤلفه‌های آن یعنی WIST SAY، WIST DO، WIST TELL و WIST REPORT در هشت هفته پس از مداخله بین گروه‌ها تفاوت آماری معنی‌داری داشتند. اندازه اثر در مهارت ایمنی شخصی از WIST بزرگ بود. (جدول ۲). روند افزایشی نیز در گروه کنترل مشاهده شد اما کمتر بوده و معنی‌دار نبود. میانگین امتیاز روند WIST در نمودار ۳ ارائه شده است.

جدول (۲): مقایسه نقش مادران آموزش‌دیده بر مهارت‌های ایمنی و آگاهی شخصی دختران ۷ تا ۱۰ ساله در مورد سوء رفتار جنسی

| روش تحلیل به قصد درمان |                                                       | (n=36) (n=36)                    |                               | روش مبتنی بر پروتکل                                                                                 |                                                                        | (n=34) (n=33)                                                                |                                                                          |                                                                                       |  |
|------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| نتایج                  | Mean difference [CI (L-H)]<br>[۰/۹۵]                  | گروه کنترل<br>Mean ± SD          | گروه مداخله<br>Mean ± SD      | نتایج                                                                                               | Mean difference [CI (L-H)]<br>[۰/۹۵]                                   | گروه کنترل<br>Mean ± SD                                                      | گروه مداخله<br>Mean ± SD                                                 |                                                                                       |  |
| <0/001<br>0/002        | ۳/۰۵<br>(۱/۴۱-<br>۴/۰۱)<br>۴/۲۲<br>(۱/۹۳-<br>۴/۶۶)    | ۳/۱۲ ±<br>۱/۵۶<br>۳/۶۵ ±<br>۱/۲۲ | ۷/۱۴ ± ۱/۲۳<br>۸/۴۵ ±<br>۱/۰۹ | ۰/۷۳ <sup>a</sup><br><0/001 <sup>b</sup><br>$\eta^2=0/417$<br><0/001 <sup>b</sup><br>$\eta^2=0/558$ | ۰/۴۷(۰/۳۲-<br>۰/۶۹)<br>۳/۸۵(۱/۸۴-<br>۴/۰۶)<br>۴/۵۶(۲/۰۳-<br>۴/۹۸)      | ۳/۲۰ ± ۰/۹۶<br>۳/۹۳ ±<br>۱/۴۸<br>۳/۷۷ ±<br>۱/۴۵<br>$d=0/2$<br>$\eta^2=0/202$ | ۳/۶۷ ± ۰/۴۵<br>۷/۷۸ ± ۱/۴۷<br>۸/۳۳ ± ۱/۳۷<br>$d=0/002$<br>$\eta^2=0/742$ | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br>$d=0/002$<br>$p\text{-value}$<br>$^c$ ES |  |
| 0/012<br><0/001        | ۰/۴۴<br>(۰/۰۳-<br>۱/۴۴)<br>۰/۸۱<br>(۰/۱۰-<br>۱/۳۶)    | ۱/۹۶ ± ۰/۹۹<br>۱/۲۳ ± ۰/۹۹       | ۲/۰۸ ± ۰/۸۱<br>۲/۸۸ ± ۱/۱۳    | = ۰/۱۵۶<br>= ۰/۰۱۷<br>۰/۶۴ <sup>c</sup><br><0/001<br>۱/۳ <sup>c</sup>                               | -۰/۳۳(-۰/۷۸-<br>-۱/۸۶)<br>۰/۵۷(۰/۰۵-<br>۱/۳۷)<br>۰/۰۹(۰/۱۲-<br>۱/۴۵)   | ۱/۷۷ ± ۰/۹۳<br>۱/۷۳ ± ۱/۰۱<br>۱/۶۷ ± ۰/۸۴<br>$d=0/751$<br>$\eta^2=0/008$     | ۱/۴۳ ± ۰/۸۵<br>۲/۳۰ ± ۰/۷۵<br>۲/۹۹ ± ۰/۵۰<br>$d<0/001$<br>$\eta^2=0/672$ | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br>$d=0/001$<br>$p\text{-value}$<br>$^c$ ES |  |
| 0/12<br>0/24           | -۰/۱۲ (-<br>۰/۳۵-<br>۱/۱۶)<br>۰/۲۹<br>(۰/۱۳-<br>۱/۴۵) | ۱/۷۰ ± ۰/۹۰<br>۲/۶۸ ±<br>۱/۰۹    | ۲/۶۵ ± ۰/۷۶<br>۲/۷۰ ± ۰/۴۶    | = ۰/۸۲۲<br>= ۰/۰۷۴<br>۰/۴۷ <sup>c</sup><br>= ۰/۰۲۱<br>۰/۶۳ <sup>c</sup>                             | -۰/۰۴(-۱/۷۸-<br>-۰/۰۹)<br>-۰/۳۳(-۰/۵۵-<br>۱/۶۶)<br>۰/۴۰(۰/۱۳-<br>۱/۵۴) | ۲/۵۷ ± ۰/۵۶<br>۲/۷۰ ± ۰/۵۳<br>۲/۷۰ ± ۰/۴۶<br>$d=0/219$<br>$\eta^2=0/051$     | ۲/۵۳ ± ۰/۵۷<br>۲/۷۰ ± ۰/۵۳<br>۲/۷۰ ± ۰/۴۶<br>$d=0/131$<br>$\eta^2=0/069$ | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br>$d=0/131$<br>$p\text{-value}$<br>$^c$ ES |  |

| روش تحلیل به‌قصد درمان |                                  | (n=۳۶) (n=۳۶)        |                       | روش مبتنی بر پروتکل                                                  |                                                                      | (n=۳۴) (n=۳۳)                                                                              |                                                                              |                                                                                      |  |  |
|------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| نتایج                  | Mean difference [CI (L-H)] [%۹۵] | گروه کنترل Mean ± SD | گروه مداخله Mean ± SD | نتایج                                                                | Mean difference [CI (L-H)] [%۹۵]                                     | گروه کنترل Mean ± SD                                                                       | گروه مداخله Mean ± SD                                                        |                                                                                      |  |  |
| <۰/۰۰۱<br><۰/۰۰۱       | ۲/۳ (۱/۰۱-<br>۲/۹۸)              | ۵/۹۲ ±<br>۲/۱۴       | ۸/۰۸ ± ۰/۸۱           | =۰/۲۵۹<br><۰/۰۰۱<br>۱/۱۲ <sup>d</sup><br><۰/۰۰۱<br>۲/۴۲ <sup>c</sup> | -۰/۶۶(-۰/۹۵-<br>۱/۹۳)<br>۲/۷(۱/۰۲-<br>۳/۴۵)<br>۱۰/۱۳(۸/۴۳-<br>۱۲/۴۰) | ۵/۵۳<br>±۲/۲۲<br>۵/۶۰ ±<br>۲/۲۴<br>۵/۹۰ ±<br>۲/۲۰<br><sup>d</sup> =۰/۰۱۸<br>$\eta^2=۰/۱۲۹$ | ۴/۸۷±۲/۳۰<br>۸/۲۳±۱/۹<br>۱۵/۷۳±۴/۸۴<br><sup>d</sup> <۰/۰۰۱<br>$\eta^2=۰/۷۴۳$ | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br><sup>d</sup> p-value<br><sup>c</sup> ES |  |  |
|                        | ۱/۱۰<br>(۰/۳۳-<br>۱/۳۵)          | ۵/۴۸±<br>۲/۱۳        | ۱۵/۰۳±۴/۳۷            |                                                                      |                                                                      |                                                                                            |                                                                              |                                                                                      |  |  |
| <۰/۰۰۱<br><۰/۰۰۱       | ۱/۵۴<br>(۱/۰۹-<br>۳/۶۷)          | ۱/۱۷±۰/۶۵            | ۳/۱۱±۱/۰۲             | =۰/۶۵<br><۰/۰۰۱<br>۱/۵۰ <sup>d</sup><br><۰/۰۰۱<br>۱/۸۷ <sup>c</sup>  | ۰/۰۳(-۰/۹۸-<br>۱/۰۳)<br>۱/۵۴(۱/۰۹-<br>۳/۶۷)<br>۱/۸۴(۱/۳۰-<br>۴/۵۰)   | ۱/۹۸±۱/۰۲<br>۱/۸۷±۰/۹۸<br>۲/۱۱±۱/۱۲<br><sup>d</sup> =۰/۰۰۷<br>$\eta^2=۰/۲۳$                | ۲/۰۱±۰/۹۳<br>۳/۴۵±۱/۰۱<br>۴/۰۶±۰/۸۶<br><sup>d</sup> =۰/۰۰۳<br>$\eta^2=۰/۵۷$  | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br><sup>d</sup> p-value<br><sup>c</sup> ES |  |  |
|                        | ۱/۵۵<br>(۱/۲۰-<br>۴/۲۹)          | ۲/۰۱±۱/۱۴            | ۴/۵۴±۰/۸۵             |                                                                      |                                                                      |                                                                                            |                                                                              |                                                                                      |  |  |
|                        | ۰/۹۵<br>(۰/۶۷-<br>۳/۰۲)          | ۱/۹۵±۰/۵۶            | ۲/۸۹±۰/۸۸             | =۱/۳۳<br><۰/۰۰۱<br>۰/۹۷ <sup>d</sup><br><۰/۰۰۱<br>۰/۸۷ <sup>c</sup>  | -۰/۳۴(-۰/۷۷-<br>۱/۵۵)<br>۰/۹۵(۰/۶۷-<br>۳/۰۲)<br>۱/۱(۰/۹۸-<br>۳/۷۶)   | ۱/۶۶±۱/۱۳<br>۱/۹۵±۰/۵۶<br>۲/۰۱±۰/۱۲<br><sup>d</sup> =۰/۰۰۹<br>$\eta^2=۰/۴۵$                | ۱/۳۷±۰/۷۶<br>۲/۸۹±۰/۸۸<br>۳/۱۱±۰/۹۶<br><sup>d</sup> <۰/۰۰۱<br>$\eta^2=۰/۶۷$  | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br><sup>d</sup> p-value<br><sup>c</sup> ES |  |  |
|                        | ۱/۱ (۰/۹۸-<br>۳/۷۶)              | ۲/۰۱±۰/۱۲            | ۳/۱۱±۰/۹۶             |                                                                      |                                                                      |                                                                                            |                                                                              |                                                                                      |  |  |
| ۰/۰۰۲<br>۰/۰۰۳         | ۰/۱۳<br>(۰/۰۷-<br>۴/۱۱)          | ۳/۹۵±۰/۳۶            | ۴/۰۸±۰/۷۶             | =۱/۲۸<br><۰/۰۰۱<br>۱/۰۷ <sup>d</sup><br><۰/۰۰۱<br>۱/۸۱ <sup>c</sup>  | ۰/۰۱(-۰/۹۸-<br>۳/۳۴)<br>۰/۱۲(۰/۰۷-<br>۴/۱۱)<br>۱/۶(۱/۱-<br>۴/۹۶)     | ۳/۱۶±۱/۹۸<br>۳/۹۵±۰/۳۶<br>۳/۴۱±۰/۱۲<br><sup>d</sup> <۰/۰۰۱<br>$\eta^2=۰/۷۸$                | ۳/۱۷±۱/۰۴<br>۴/۰۸±۰/۷۶<br>۵/۱۱±۰/۵۴<br><sup>d</sup> =۰/۰۰۴<br>$\eta^2=۰/۳۲$  | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br><sup>d</sup> p-value<br><sup>c</sup> ES |  |  |
|                        | ۱/۶ (۱/۱-<br>۴/۹۶)               | ۳/۴۱±۰/۱۲            | ۵/۱۱±۰/۵۴             |                                                                      |                                                                      |                                                                                            |                                                                              |                                                                                      |  |  |
| ۰/۰۰۴<br><۰/۰۰۱        | ۰/۴۷<br>(۰/۳۲-<br>۲/۲۲)          | ۱/۸۳±۰/۷۷            | ۱/۹۸±۱/۵۹             | =۰/۷۸<br><۰/۰۰۱<br>۰/۱۶ <sup>d</sup><br>۰/۰۰۱<<br>۱/۰۶ <sup>c</sup>  | -۰/۰۵(-۰/۲۳-<br>۱/۴۵)<br>۰/۵۳(۰/۳۲-<br>۲/۷۹)<br>۱/۶(۰/۹۷-<br>۲/۷۷)   | ۱/۱۶±۱/۰۲<br>۱/۹۵±۰/۸۴<br>۱/۴۱±۱/۳۲<br><sup>d</sup> =۰/۰۰۲<br>$\eta^2=۰/۶۴$                | ۱/۰۷±۰/۰۴<br>۲/۴۸±۱/۷۵<br>۳/۱۱±۱/۰۴<br><sup>d</sup> <۰/۰۰۱<br>$\eta^2=۰/۲۱$  | قبل از مداخله<br>۴ هفته بعد<br>۸ هفته بعد<br><sup>d</sup> p-value<br><sup>c</sup> ES |  |  |
|                        | ۱/۳ (۰/۷۶-<br>۲/۰۱)              | ۱/۱۱±۱/۵۴            | ۲/۷۶±۱/۱۴             |                                                                      |                                                                      |                                                                                            |                                                                              |                                                                                      |  |  |

<sup>a</sup>Independent Sample T Test, <sup>b</sup>Analysis of covariance, <sup>c</sup>Cohen Effect size, <sup>d</sup>Repeated Measures Analysis of Variance, <sup>e</sup>Bonferroni correction was used, <sup>e</sup> $\eta^2$  = (partial eta-squared Effect sizes)



نمودار (۳): مقایسه مهارت ایمنی شخصی دختران ۷ تا ۱۰ سال در مورد سوءاستفاده جنسی در دو گروه مداخله و کنترل در سه دوره زمانی

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش پیشگیری از سوءاستفاده جنسی به مادران بر دانش و مهارت‌های ایمنی شخصی دختران ۷ تا ۱۰ ساله بود. مشخص شد که دختران دبستانی تحت آموزش مادرانشان خودمحافظتی از سوءاستفاده جنسی را فراگرفته بودند. با پیگیری‌ها در هفته چهار و هشت پس از مداخله آگاهی دختران به‌طور معناداری بالاتر رفته و نگرش آن‌ها بهبود یافته بود. این یافته‌ها با مطالعه انجام‌شده در گرگان، ایران مطابقت داشت. در آن مطالعه دانش دختران پیش‌دبستانی در مورد CSA پس از دریافت آموزش BST بالاتر رفته بود و نگرش آن‌ها نیز بهبود یافته بود (۲۹). مطالعه‌ای دیگر بر کودکان ۴ تا ۷ ساله در اندونزی نشان داد که اجرای BST به‌طور قابل‌توجهی دانش و توانایی آن‌ها را برای خودمحافظتی ایمن علیه (CSA) افزایش داده بود (۳۷). در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مانند چین، اندونزی و ترکیه نیز ابزار موجود مورد اعتبار سنجی قرار گرفته بود و بر اساس آن مداخلات انجام گرفته بود. یافته‌ها نشان می‌دهد کودکانی که در برنامه BST شرکت کرده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل نمرات بالاتری کسب کردند (۳۸، ۳۹، ۴۰). در این مطالعه مشخص شد که اثر BST یک برنامه که مربوط به دختران دبستانی بود و توسط مادران تحت آموزش بودند، بر شناسایی لمس مناسب قابل‌توجه بوده و اثرات آن با گذشت ۴ و ۸ هفته بعد نیز پایدار مانده بود. آموزش این برنامه بر شناسایی لمس نامناسب در هفته ۴ اثری نداشت در حالیکه در هفته ۸ تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشت. شاید دختران دبستانی در

مطالعه‌ی ما در پیگیری ۴ هفته هنوز مهارت لازم را کسب نکرده بودند همچنان که تشخیص لمس نامناسب ممکن است به زمان بیشتری برای آموزش و بهبود مهارت‌های ایمنی شخصی در کودکان نیاز داشته باشد (۴۱). برخلاف مطالعه ما، یک مطالعه در چین نشان داد که هیچ ارتباط معنی‌داری برای شناسایی لمس مناسب در گروه‌ها وجود نداشته است اما آگاهی در مورد پیشگیری از سوءرفتار جنسی در هر دو گروه مداخله و کنترل و در هر گروه در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون این متغیر افزایش یافته بود (۳۸). در آن مطالعه ۵ روز پشتم و هر جلسه ۱۵ تا ۲۵ دقیقه توسط مربیان آموزش‌دیده به کودکان در گروه مداخله آموزش داده شده بود. شاید نقش مربیان در پیش‌دبستانی نسبت به نقش مادران در این زمینه کارایی کمتری داشته است. یکی از موارد اختلاف بین نتایج مطالعات با نتایج مطالعه حاضر، تفاوت سنی کودکان است و اینکه فاصله تعداد جلسات و طول مدت برگزاری جلسات نیز متفاوت بوده است. به نظر می‌رسد در مطالعات قبلی کودکان فرصت تکرار و تمرین آموزش‌ها را نداشته‌اند. در مطالعه ایرانی که در گرگان بر دختران ۳ تا ۶ ساله انجام شده بود نتایج نشان داد که در شناسایی لمس مناسب بین دو گروه بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار به وجود آمده است. در حالیکه در شناسایی لمس نامناسب در هیچ‌یک از زمان‌ها بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشته است (۲۹). تفاوت بین نتایج مطالعه خوری با نتایج حاضر این است که مادران در آن یک جلسه دوساعته آموزش دیده بودند در حالیکه مادران مطالعه‌ی ما ۶ ساعت تحت آموزش بودند و فاصله هر جلسه یک‌ساعته ۲ تا ۳ روز بود.

مادران در این مطالعه فرصت می‌کردند تا مشکلاتی را که در یک مفهوم متوجه نشده بودند، سؤال کنند و آن را اصلاح کنند. همچنین در مطالعه حاضر بعد از یک هفته از آموزش مادران، آن‌ها شروع به آموزش دختران خود کرده بودند.

در مورد WIST Say، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در گروه آموزش BST بعد از هفته ۴ و ۸ که مداخله تمام شده بود، تفاوت معنی‌داری آماری بین دو گروه وجود داشت. هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر در مطالعه ترکیه نیز این تفاوت وجود داشت (۴۶). در حالیکه نتایج خوری هم‌راستا با مطالعه‌ی ما نبود (۲۹). در آن مطالعه دختران نتوانسته بودند که از پاسخ‌های کلامی برای رد درخواست‌های نامناسب استفاده کنند. در این مطالعه نتایج نشان داد که دختران در مهارت WIST Do در گروه آموزشی BST متفاوت از گروه کنترل بودند آن‌ها توانستند موقعیت‌های خطر یا مجرمان آزاردهنده را شناسایی کنند و از ترک موقعیت‌های آزاردهنده آگاه شده بودند که در پیگیری ۴ و ۸ هفته بعد، این توانایی به وجود آمده بود. هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر مطالعه خوری و ترک نیز همین نتایج را گزارش کرده بودند (۴۰، ۲۹). مطالعه حاضر در مهارت WIST Report و در مورد مهارت WIST Tell نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌دار را گزارش کرد. از دختران دبستانی در موقعیت فرضی سؤال می‌شد که آیا به کسی در این موقعیتی که برای تو پیش‌آمده چیزی می‌گویی اگر بخواهی بگویی برای کسی که قابل‌اعتماد است چطور می‌گزارش می‌دهی. این نتایج با نتایج دو مطالعه دیگر هم‌راستا بود (۴۰، ۲۹). گزارش افشای قصد سوءاستفاده جنسی مهم است. با توجه به کسب مهارت ایمنی شخصی کودکان در این زمینه، می‌توان گفت که چنین مداخلاتی می‌تواند تابو و انگ ناشی از افشای قصد سوءاستفاده جنسی را کاهش دهد. مطالعات نشان داده است که تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد گزارش شده است (۴۱، ۴۲). در مطالعه دیگری مشخص شد که ۴۰ درصد قربانیان فقط به همسالان خود می‌گویند، بنابراین اغلب بزرگسالانی که از کودک مراقبت می‌کنند از این اتفاق بی‌خبرند (۴۳). قربانیانی که بعداً از سوء رفتار جنسی و یا قصد به آن گزارش می‌دهند به دلیل فشارهای خانواده، باور نکردن آن‌ها یا احساس ترس از انگ و شرم آن را پنهان می‌کنند (۳۷).

محدودیت‌هایی وجود دارد که باید در نظر گرفته شود. دوره کوتاه پیگیری برای شناسایی لمس نامناسب به پیگیری دوره‌های طولانی‌تر پیشنهاد می‌شود. از آنجا که مطالعه در یک مرکز بهداشتی انجام شد اگرچه با تخصیص تصادفی بود اما این مطالعه در غرب تهران محدود بود، بنابراین ممکن است یافته‌ها به دختران سایر

مناطق ایران تعمیم‌پذیر نباشد. همچنین شایان‌ذکر است که شروع قاعدگی می‌تواند متغیری باشد که بر آموزش مرتبط با سلامت دستگاه تناسلی تأثیر بگذارد. دخترانی که قاعدگی را تجربه کرده‌اند ممکن است قبلاً با اندام خصوصی خود آشنا باشند و ممکن است نیازهای آموزشی متفاوتی در مورد سلامت باروری داشته باشند. منارک به‌عنوان یک متغیر در مطالعه حاضر موردتوجه قرار نگرفت و باید در تحقیقات آتی موردبررسی قرار گیرد.

یافته‌ها حاکی از آن است که وقتی مادران به‌عنوان یک گروه در یادگیری نحوه انتقال مؤثر دانش و مهارت‌های ایمنی شخصی برای رسیدگی به آزار جنسی به دخترانشان با استفاده از کتاب کار آموزش ایمنی بدن شرکت می‌کنند، به‌طور قابل‌توجهی آگاهی دختران خود را از ایمنی بدن افزایش می‌دهند و نگرش‌های محافظت از خود را بهبود می‌بخشند. دختران توانایی تشخیص لمس‌های مناسب را کسب و درک می‌کنند که در برخی شرایط ضروری ایمنی شخصی آن‌ها تضمین می‌شود، ممکن است به مادران، مراقبان یا پزشکان خود اجازه دهند تا اندام تناسلی آن‌ها را لمس یا معاینه کنند. علاوه بر این، دختران مهارت‌هایی را به دست می‌آورند که قاطعانه به درخواست‌های لمسی نامناسب «نه» بگویند، به‌درستی پاسخ دهند، از موقعیت‌های خطرناک خارج شوند و تهدیدها را به یک فرد مورد اعتماد گزارش کنند. نتایج نشان داد که فرآیند آموزشی برای شناسایی لمس‌های نامناسب باید در یک دوره طولانی‌تر ادامه یابد و محتوای مداخله باید برای دختران ۷ تا ۱۰ ساله بازنگری شود تا در شناسایی لمس نامناسب کاربردی‌تر باشد.

#### تشکر و قدردانی:

از تمامی مادران و دختران شرکت‌کننده سپاسگزاری می‌شود.

#### تضاد منافع:

در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

#### منابع مالی:

این مقاله از حمایت مالی توسط سازمانی برخوردار نبوده است.

#### ملاحظات اخلاقی:

این مقاله برگرفته از رساله ارشد مشاوره در مامایی بود که دارای کد اخلاق (IR.IUMS.REC.1397.708) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران است. و ثبت در سامانه کارآزمایی بالینی با شماره [TCTR201909230021] ثبت شده است.

## References

1. United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Action to end child sexual abuse and exploitation: a review of the evidence 2020. <https://www.unicef.org/documents>
2. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programs for the prevention of child sexual abuse: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Res Soc Work Pract* 2018;28(1):33-55. <https://doi.org/10.1177/1049731515619705>
3. Downing NR, Akinlotan M, Thornhill CW. The impact of childhood sexual abuse and adverse childhood experiences on adult health related quality of life. *Child Abuse Negl* 2021;120:105181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105181>
4. Pengpid S, Peltzer K, Lima MES. Sexual risk behaviour among in-school adolescents in Central America. *Vulnerable Child Youth Stud* 2024;1-15. <https://doi.org/10.1080/17450128.2024.2366262>
5. Ménard AD, MacIntosh HB. Childhood sexual abuse and adult sexual risk behavior: A review and critique. *J Child Sex Abus* 2021;30(3):298-331. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1869878>
6. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry* 2019;6(10):830-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
7. Shrivastava AK, Karia SB, Sonavane SS, De Sousa AA. Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis. *Indian Psychiatry J* 2017;26(1):4. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_38\\_15](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_38_15)
8. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord* 2018;225:306-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
9. Selengia V, Thuy HNT, Mushi D. Prevalence and patterns of child sexual abuse in selected countries of Asia and Africa: A review of literature. *Open J Soc Sci* 2020;8:146-60. <https://doi.org/10.4236/jss.2020.89010>
10. Choudhry V, Dayal R, Pillai D, Kalokhe AS, Beier K, Patel V. Child sexual abuse in India: A systematic review. *PLoS One* 2018;13(10):1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205086>
11. Danacifar M, Arshi M, Moghanibashi-Mansourieh A. Child sexual abuse in Iran: a systematic review of the prevalence, risk factors, consequences, interventions and laws. *J Inj Violence Res* 2022;14(3):225-36.
12. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. Assessing the effectiveness of school-based sexual abuse prevention programs. *Fam Matters* 2016;97:1-15.
13. Jones C, Scholes L, Rolfe B, Stieler-Hunt C. A serious-game for child sexual abuse prevention: An evaluation of orbit. *Child Abuse Negl* 2020;107:104569. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104569>
14. Russell DH, Trew S, Harris L, Dickson J, Walsh K, Higgins DJ, Smith R. Engaging parents in child-focused child sexual abuse prevention education strategies: a systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2024;15248380241235895. <https://doi.org/10.1177/15248380241235895>
15. Smallbone S, Marshall WL, Wortley R. Preventing child sexual abuse: Evidence, policy and practice: Routledge; 2013. <https://doi.org/10.4324/9781843925606>
16. Narimani M, Taghizadeh Hir S, Narimani A. The effect of training mothers based on Adler-Dreikurs' approach on improving symptoms of children with oppositional defiant disorder. *Nurs Midwifery J* 2024;22:442-50. <https://doi.org/10.61186/unmf.22.6.442>
17. Lashkari L, Jalalmanesh S, Naeini MK, Shahkholi E. The effect of education on the empowerment of mothers on the prevention of oral mucosal inflammation in children undergoing chemotherapy. *Nurs Midwifery J* 2019;16:799-808.
18. Gubbels J, van der Put CE, Stams G-JJ, Assink M. Effective components of school-based prevention programs for child abuse: a meta-analytic review. *Clin*

- Child Fam Psychol Rev 2021;24(3):553-78.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-021-00353-5>
19. Lu M, Barlow J, Meinck F, Walsh K, Wu Y. School-based child sexual abuse interventions: A systematic review and meta-analysis. *Res Soc Work Pract* 2022;33:390-412.  
<https://doi.org/10.1177/10497315221111393>
20. Ganji J, Emamian MH, Maasoumi R, Keramat A, Khoei EM. The existing approaches to sexuality education targeting children: A review article. *Iran J Public Health* 2017;46(7):890.
21. Guggisberg M, Botha T, Barr J. Child sexual abuse prevention-the strategies of protective mothers and fathers: a systematic review. *J Fam Stud* 2021;1-19.  
<https://doi.org/10.1080/13229400.2021.2009366>
22. Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ. Reviewing the focus: A summary and critique of child-focused sexual abuse prevention strategies *Trauma Violence Abuse* 2018;19:543-54.  
<https://doi.org/10.1177/1524838016675478>
23. Shams M, Parhizkar S, Mousavizadeh A, Majdpour M. Mothers' views about sexual health education for their adolescent daughters: a qualitative study. *Reprod Health* 2017;14(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0291-8>
24. Navaei M, Akbari-Kamrani M, Esmaelzadeh-Saeieh S, Farid M, Tehranizadeh M. Effect of group counseling on parents' self-efficacy, knowledge, attitude, and communication practice in preventing sexual abuse of children aged 2-6 years: A randomized controlled clinical trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2018;6(4):285-92 (Persian).
25. Rumble L, Febrianto RF, Larasati MN, Hamilton C, Mathews B, Dunne MP. Childhood sexual violence in Indonesia: a systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2020;21(2):284-99.  
<https://doi.org/10.1177/1524838018767932>
26. Khanjari S, Modabber M, Rahmati M, Haghani H. Knowledge, attitudes and practices among parents of school-age children after child sexual abuse prevention education. *Iran J Nurs* 2017;29(104):17-27 (Persian).  
<https://doi.org/10.29252/ijn.29.104.17>
27. Lak P, Noroozi M, Ehsanpoor S. Comparing the effect of methods of group education and education by multimedia compact disk on mothers' knowledge and attitude about child sexual abuse. *J Health Care* 2019;21(4):353-61 (Persian).  
<https://doi.org/10.29252/jhc.21.4.353>
28. World Health Organization (WHO). Responding to children and adolescents who have been sexually abused 2017.
29. Khoori E, Gholamfarkhani S, Tatari M, Wurtele SK. Parents as teachers: Mothers' roles in sexual abuse prevention education in Gorgan Iran. *Child Abuse Negl* 2020;109:104695.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104695>
30. Wurtele SK, Hughes J, Owens JS. An examination of the reliability of the "What If" Situations Test: A brief report. *J Child Sex Abus* 1998;7(1):41-52.  
[https://doi.org/10.1300/J070v07n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J070v07n01_03)
31. Wurtele SK, Gillispie EI, Currier LL, Franklin CF. A comparison of teachers vs parents as instructors of a personal safety program for preschoolers. *Child Abuse Negl* 1992;16(1):127-37. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90013-H](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90013-H)
32. Gholamfarkhani S, Khoori E, Derakhshanpour F, Aryaie M, Wurtele SK. Psychometric properties of the personal safety questionnaire and "what if" situations test: Persian versions.
33. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007;30:459-67.  
<https://doi.org/10.1002/nur.20199>
34. Hyrkas K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud* 2003;40:619-25.  
[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1)
35. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences: Routledge; 2013.  
<https://doi.org/10.4324/9780203771587>

36. Wurtele SK, Moreno T, Kenny MC. Evaluation of a sexual abuse prevention workshop for parents of young children. *J Child Adolesc Trauma* 2008;1(4):331-40. <https://doi.org/10.1080/19361520802505768>
37. Indri Utami S, Fanni Putri D, Rizka Hadian P, Miki Amrilya W, et al. Increasing knowledge and skill in preventing children sexual abuse. Proceedings of the 2nd Social and Humaniora Research Symposium (SoRes 2019); Atlantis Press 2020.
38. Zhang W, Chen J, Feng Y, Li J, Liu C, Zhao X. Evaluation of a sexual abuse prevention education for Chinese preschoolers. *Res Soc Work Pract* 2014;24(4):428-36. <https://doi.org/10.1177/1049731513510409>
39. Sumaryanti IU, Diantina F P, Permana R H, Wardati, MA. Increasing knowledge and skill in preventing children sexual abuse. Proceedings of the 2nd Social and Humaniora Research Symposium (SoRes 2019); Atlantis Press 2020. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.200225.078>
40. Citak Tunc G, Gorak G, Ozyazicioglu N, Ak B, Isil O, Vural P. Preventing child sexual abuse: Body safety training for young children in Turkey. *J Child Sex Abus* 2018;27(4):347-64. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477001>
41. Gushwa M, Bernier J, Robinson D. Advancing child sexual abuse prevention in schools: An exploration of the effectiveness of the enough! Online training program for K-12 teachers. *J Child Sex Abus* 2019;28(2):144-59. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477000>
42. Manay N, Collin-vézina D. Recipients of children's and adolescents' disclosures of childhood sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse Negl* 2021;116:104192. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104192>
43. Catton AKH, Dorahy, MJ, Yogeewaran, K. Disclosure of sexual victimization: Effects of invalidation and shame on re-disclosure. *J Interpers Violence* 2023;38:8332-56. <https://doi.org/10.1177/08862605231155122>

## THE IMPACT OF SEXUAL ABUSE PREVENTION TRAINING FOR MOTHERS ON THE KNOWLEDGE AND PERSONAL SAFETY SKILLS OF GIRLS AGED 7 TO 10 REGARDING SEXUAL ABUSE: A CLINICAL TRIAL STUDY

Farzane Mansouri<sup>1</sup>, Mansoureh Jamshidimanesh<sup>2\*</sup>

Received: 11 October, 2024; Accepted: 23 November, 2024

### Abstract

**Background & Aim:** Considering the importance of children's health and the prevention of sexual abuse, especially in girls, providing necessary education on reproductive health is a significant priority. The aim of this study was to examine the impact of sexual abuse prevention education for mothers on the knowledge and personal safety skills of girls aged 7 to 10 years.

**Materials & Methods:** This was a semi-experimental parallel study involving 72 pairs of mothers and daughters in two groups: intervention (36 participants) and control (36 participants), conducted in 2022. Participants were selected from a health center affiliated with Iran University of Medical Sciences that met the research criteria. Mothers with eligible daughters were randomly assigned to the two aforementioned groups. The intervention consisted of six one-hour sessions, held twice a week for three weeks for the intervention group. The control group also received training in three sessions once a week. In the fourth and eighth weeks after the intervention, the knowledge, attitudes, and personal safety skills of the girls were measured using the "Personal Safety Questionnaire" and "the What If Situations Test," considering its four domains: (WIST Say), (WIST Do), (WIST Report), and (WIST Tell). Data were analyzed using independent t-tests, chi-square tests, Mann-Whitney U tests, ANCOVA, variance analysis, and repeated measures.

**Results:** The knowledge of girls in the intervention group showed a significant difference after four weeks ( $p < 0.001$ ) and eight weeks after the intervention ( $p < 0.001$ ). There was a significant increase in identifying appropriate touch requests in the intervention group compared to the control group after four weeks ( $p < 0.017$ ) and eight weeks post-intervention ( $p < 0.001$ ). Differences in knowledge and attitudes among girls in the intervention group regarding identifying inappropriate touch requests were present at eight weeks ( $p < 0.021$ ) but not significant at four weeks. The overall mean score in personal safety skills for recognizing inappropriate touch requests, as well as its four domains—including saying no to an inappropriate person (WIST Say); skills in acting to move away or shout in dangerous situations (WIST Do); skills for reporting inappropriate requests (WIST Report); and informing a trusted family member or acquaintance about inappropriate requests (WIST Tell)—showed significant increases at both follow-up times between the two groups ( $p < 0.001$  for both times).

**Conclusion:** Education on preventing sexual abuse for mothers was effective in increasing knowledge, safety skills, and skills for identifying appropriate and inappropriate touches among girls aged 7 to 10 years. Since this study did not show differences in identifying inappropriate touch requests within a short period of four weeks, it is recommended that the content of this educational intervention be reviewed according to the level of knowledge and personal safety skills of girls in early elementary school grades, with careful consideration and extended duration for interventions in this area.

**Keywords:** Children, Education, Girls, Intervention, Mothers, Sexual Abuse

**Address:** School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Tel:** +982143651000

**Email:** jamshidimaneah@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Master of Science in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)