

الاستجابة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي

المبادئ التوجيهية السريرية لمنظمة الصحة العالمية

الاستجابة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي

المبادئ التوجيهية السريرية لمنظمة الصحة العالمية

بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
الاستجابة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي: المبادئ التوجيهية السريرية لمنظمة الصحة
العالمية / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 2017 (ISBN: 978-92-4-155014-7)

1. إنتهاك الطفل جنسيا - وقاية ومكافحة 2. الجرائم الجنسية - وقاية ومكافحة 3. خدمات صحة الطفل
4. خدمات صحة المراهقين 5. تقديم الرعاية الصحية 6. دلائل إرشادية في الممارسة السريرية

أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 325) (ISBN: 978-92-9022-242-2)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-243-9)

© منظمة الصحة العالمية 2019

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي «نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية» 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذ أن تحصلوا على ترخيص لمصنفيكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: «هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية.»

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

الاقتباس المقترح للاستجابة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي: المبادئ التوجيهية السريرية لمنظمة الصحة العالمية. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط: 2019. الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يمثّلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

5	شكر وتقدير
7	المسرد
10	ملخص تنفيذي
11	موجز المبادئ التوجيهية
11	موجز التوصيات (R) وبيانات الممارسات الجيدة (GP)
17	1. معلومات أساسية
17	أ. حجم الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين
17	ب. العواقب الصحية المترتبة عن الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين
18	ج. استفادة الأطفال والمراهقين ضحايا الاعتداء الجنسي من الخدمات الصحية
19	د. الأهداف والأساس المنطقي لهذا الدليل التوجيهي
20	هـ. الجمهور المستهدف
20	و. نطاق الدليل التوجيهي
22	2. الأساليب
22	أ. المساهمون في الدليل التوجيهي
22	ب. إشهار المصالح من جانب المساهمين الخارجيين
23	ج. تحديد الأسئلة البحثية ذات الأولوية والنتائج - تحديد نطاق الممارسة
23	د. قيم وأفضليات لإثراء الممارسات الجيدة والمبادئ التوجيهية
24	هـ. استرجاع الأدلة
25	و. تقييم الجودة والتوليف وترتيب الأدلة
25	ز. صياغة التوصيات
26	ح. إعداد الوثائق واستعراض الأقران
27	3. المبادئ التوجيهية المستمدة من المبادئ الأخلاقية ومعايير حقوق الإنسان
27	أ. مبدأ المصالح الفضلى للطفل أو المراهق
28	ب. مبدأ القدرات المتطورة للطفل أو المراهق
29	ج. مبدأ عدم التمييز
29	د. مبدأ المشاركة
30	4. التوصيات وبيانات الممارسات الجيدة
30	أ. الرعاية التي تركز على الطفل أو المراهق/الدعم في الخط الأول
32	ب. الملف الطبي والفحص البدني وتوثيق النتائج
35	ج. العلاج والالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية
41	د. منع الحمل وإدارته لدى الفتيات اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي
41	هـ. العلاج الوقائي بعد التعرض للأمراض المعدية المنقولة جنسيا التي يمكن علاجها
43	و. الوقاية منها باللقاحات
48	ز. التدخلات في مجال الصحة النفسية والعقلية على المدى القصير والطويل
55	الأطفال والمراهقين

- 59 **5. اعتبارات ذات صلة بالتنفيذ**
- 59 أ. تيسير الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب
- 60 ب. إيجاد بيئة داعمة ومواتية فيما يخص تقديم الخدمات لمقدمي الرعاية الصحية
- 62 **6. الآثار المترتبة عن البحث**
- 62 أ. الرعاية التي تركز على الطفل أو المراهق/الدعم في الخط الأول
- 62 ب. الملف الطبي والفحص البدني وتوثيق النتائج
- 63 ج. العلاج والالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية
- 63 د. العلاج الوقائي بعد التعرض للأمراض المعدية المنقولة جنسيا التي يمكن علاجها والوقاية منها باللقاحات
- 63 هـ. التدخلات في مجال الصحة النفسية والعقلية على المدى القصير والطويل
- 63 و. المبادئ الأخلاقية ومعايير حقوق الإنسان بشأن الإبلاغ عن حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين
- 64 ز. اعتبارات ذات صلة بالتنفيذ
- 65 **7. النشر، والتنفيذ والرصد والتقييم**
- 67 **8. تحديث الدليل التوجيهي**
- 68 **المراجع**
- 83 **المرفق الأول. المساهمون في الدليل التوجيهي**
- 83 الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية
- 84 مجموعة إعداد الدليل التوجيهي
- 87 فريق
- 88 **المرفق الثاني. الآثار المترتبة على قوة التوصية**
- المرفق الثالث. المعاهدات الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان ووثائق توافق الآراء التي
- 89 تتضمن ضمانات ذات صلة بالاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين
- 91 **المرفق الرابع. قائمة بالمواد التكميلية الموجودة في المرفقات المتاحة على الشبكة الإلكترونية**

شكر وتقدير

قامت إدارة شؤون الصحة والبحوث الإنجابية في منظمة الصحة العالمية بإعداد هذا الدليل التوجيهي تحت قيادة السيدة كلوديا غارسيا - مورينو. وقام السيد أفني أمين (الموظف التقني المسؤول) والسيدة مجين ريندرس بتنسيق عملية تطوير هذا الدليل التوجيهي. وأعرب الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية (أمين أفني، وألكسندر بوتشارت، وشاندرامولي، وناثان فورد، وماري لين غافيلد، وكلوديا غارسيا-مورينو، ورجات خوسلا، وبريت كيسلاباش، وكريستوفر ميكتون، ومارتينا بينازاتو، ومجين رينديرس، وديفيد روس، وكيارا سيرفيلي، وساتفيندير سينغ، ومارك فان أوميرن وتيودورا وي) عن امتنانه للمساهمات التي قدمها جميع أعضاء مجموعة إعداد الدليل التوجيهي: مها المنيف، وسيالوندي مومببا ديريك، ولينا أكينيبي ديغولو، وأسفيني فرناندو، وماريا هرتسوغ، وكريستوفر هوبس، وفيرجينا فرانسيس ايليف، وإليزابيث ج لتوورنو، وهاربيت مكميلان (الرئيسة المشاركة)، وبرناديت ج مدريد (الرئيسة المشاركة)، وبن ماثيوز، ونيل ماكروو، وبراتيما ميتال، وأشا بمبرتون-غاسكين ومجي فيربوتن. ونعرب أيضا عن شكرنا للتوجيه الذي قدمته سيسلي مارستون بصفقتها أخصائية أسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE).

كما تعرب إدارة شؤون الصحة والبحوث الإنجابية عن شكرها للأشخاص التالية أسماؤهم، الذين شاركوا في اجتماع مجموعة إعداد الدليل التوجيهي بصفة مراقبين: جيسي غليكيل (مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها)، ورببيكا غوردون (معا من أجل الفتيات) وأميليلا بلتز (وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية) والمساهمين الخارجيين التالية أسماؤهم الذين قاموا باستعراض الدليل التوجيهي: كريستين أميسي، وإيرين غوات سيم شيا، وفيكاس شودري، وأرون ميلر، وإميلي موناغان، وأنا ماريا أغير مونتفيردي وريتشارد رويلانس.

ونتوجه بشكر خاص لأفرقة الاستعراض المنهجي: كيري سكوت (قائد الفريق)، وإيلينا برواديوس وسارة بيكهام (الاستعراضات النوعية للممارسات الجيدة المتعلقة بالدعم في الخط الأول؛ والملف الطبي، والفحص، والوثائق، وتيسير الاستفادة من الخدمات وتهيئة بيئة مواتية لتقديم الخدمات)؛ وزارا شُبير (قائدة الفريق) وناثان فورد (الاستعراض المنهجي للالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية)؛ وفيليب مايو (قائد الفريق) وهيلين كيللي (الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومعالجتها)؛ وجيل مكتافيش (قائدة الفريق)، ودونا فيتزباتريك، وعلي عصمان (التدخلات النفسية)؛ وبن ماثيوز (قائد الفريق) وجوليت ديفيس (الممارسات الجيدة المتعلقة بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي على الأطفال).

وقام بتحرير هذا الدليل التوجيهي كل من أمين أفني، ومجين رينديرس وسوزان كاراي وقامت بمراجعته كلوديا غارسيا-مورينو.

كما يود الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية أن يعرب عن شكره لأمانة لجنة استعراض الدليل في منظمة الصحة العالمية على دعمها الشامل أثناء عملية إعداد الدليل التوجيهي، ونتوجه بشكر خاص لسوزان ل. نوريس.

ونعرب عن تقديرنا للمساهمات المقدمة من الأشخاص التالية أسماؤهم لإعداد هذا الدليل التوجيهي: بيني هاوز (محرر)، وسو هوبز (التصميم والتنضيد)، وفيليبا ماي (مدققة لغوية).

ومولت إعداد هذا الدليل التوجيهي: منحة مقدمة من حكومة الولايات المتحدة في إطار خطة رئيس الولايات المتحدة للطوارئ لإغاثة المصابين بالإيدز؛ وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي / صندوق الأمم المتحدة للسكان/ منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)/ منظمة الصحة العالمية/ برنامج البنك الدولي الخاص للبحوث والتنمية والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري (HRP).

مراهق: أي شخص يتراوح عمره بين 10 و19 سنة، وفقاً لتعريف منظمة الأمم المتحدة/منظمة الصحة العالمية (1). يتداخل تعريف المراهق مع تعريف الطفل، الوارد أدناه. ويتم تعريف «صغار المراهقين» كأولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و14 سنة بينما يعرف «كبار المراهقين» كأولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 سنة.

طفل: أي شخص دون سن 18 سنة، وفقاً لاتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الطفل (2). ويتداخل تعريف الطفل مع تعريف المراهق. ويستخدم هذا الدليل مصطلحات «الطفل» أو «الأطفال والمراهقين» في جميع أنحاء هذا الدليل التوجيهي، ولكن لا يشمل المراهقين إلا في حدود سن 18 سنة فقط.

الاعتداء الجنسي على الأطفال: إشراك طفل أو مراهق في نشاط جنسي لا يفهمه تماماً، ولا يستطيع أن يوافق عليه عن علم، أو لا يكون الطفل أو المراهق مستعداً له بحكم نموه، ولا يمكنه الموافقة عليه، أو لأنه ينتهك القوانين أو محرمات المجتمع. ويمكن أن يتعرض الأطفال للاعتداء الجنسي من قبل الكبار أو أطفال آخرين على حد سواء - بموجب سنهم أو مرحلة نموهم - حيث تكون لهم وضعية المسؤولية أو الثقة أو السلطة على الضحية. وهو يشمل سفاح المحارم الذي ينطوي على اعتداء جنسي من جانب أحد أفراد الأسرة أو الأقرباء. ويشمل الاعتداء الجنسي القصد الرامي إلى إرضاء أو تلبية احتياجات الجاني أو طرف ثالث آخر بما في ذلك السعي إلى فرض السلطة على الطفل (3). وقد يتعرض المراهقون أيضاً لتجربة الاعتداء الجنسي من قبل أقرانهم، بما في ذلك في سياق التعارف أو إقامة علاقات حميمة. غالباً ما يتم التمييز بين ثلاثة أنواع من الاعتداء الجنسي على الأطفال: (أ) الاعتداء الجنسي بدون اتصال (مثل التهديد بالاعتداء الجنسي والتحرش الجنسي اللفظي، والاستمالة الجنسية وكشف العورة، وتعريض الطفل للمواد الإباحية)؛ (ب) واعتداء جنسي بواسطة اتصال جنسي ينطوي على الجماع الجنسي (أي الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب - انظر أدناه)؛ و(ج) الاعتداء الجنسي بواسطة الاتصال الجنسي باستثناء الجماع ولكن ينطوي على أعمال أخرى مثل اللمس غير المناسب والمداعبة والتقبيل. وغالباً ما يتم الاعتداء الجنسي على الأطفال دون استخدام القوة الجسدية، وإنما بواسطة التلاعب (مثلاً التلاعب النفسي أو العاطفي أو البدني). وقد يحدث الاعتداء الجنسي بشكل متكرر على مدى أسابيع أو على مدى سنوات، وخلال مناسبات متكررة حيث يصبح أكثر هيمنة على مر الزمن، كما يمكن أن يحدث الاعتداء الجنسي في مناسبة واحدة (4).

العلاج السلوكي المعرفي: يستند العلاج السلوكي المعرفي إلى مفهوم أن الأفكار هي التي تملي مشاعر وسلوك الشخص، وليس العوامل الخارجية مثل الأشخاص أو الأحداث. وقد تكون لدى الناس أفكار غير واقعية أو مشوهة، إذا ما تركت بدون كبح، يمكن أن تؤدي إلى سلوك لا فائدة منه. ويتكون العلاج السلوكي المعرفي عادة من عنصر معرفي (مساعدة الشخص على تطوير القدرة على تحديد الأفكار السلبية غير الواقعية والتغلب عليها)، وكذلك من عنصر سلوكي (يرمي إلى القيام بالأمر بطريقة مختلفة؛ مثلاً مساعدة الشخص على القيام بأنشطة أكثر فائدة) (5).

العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على معالجة الصدمات: تستجيب التدخلات السلوكية المعرفية التي تركز على الصدمات لفكرة أن الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة ومؤلمة والذين لديهم أعراض إجهاد نفسي حاد تكون لديهم أفكار ومعتقدات غير مفيدة ذات صلة بهذا الحدث ونتائجه.

وتؤدي هذه الأفكار والمعتقدات إلى تجنب غير مفيد للأحداث التي تثير ذكريات سلبية والحفاظ على شعور بالتهديد الحالي. وعادة ما ينطوي العلاج السلوكي المعرفي على العلاج من خلال التعرض (مثلاً من خلال حالات متخيلة أو حالات حية) و/أو التغلب المباشر على الأفكار والمعتقدات غير المفيدة المتصلة بالصدمة. ويستخدم مصطلح «العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على معالجة الصدمة» كمرادف لمصطلح «العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة» (TF-CBT) (6، 7). ومع ذلك، ضمن الكتابات المتعلقة بالإجهاد الناجم عن الصدمة النفسية، يتوفر مصطلح «العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة» على تعريف أكثر تحديداً لبروتوكول العلاج السلوكي المعرفي المتعدد العناصر والموزع على نطاق واسع لفائدة الأطفال والمراهقين وأسرههم، الذي وضعته كوهين وزملاء (8). وفي هذا الدليل التوجيهي، يستخدم مصطلح «العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة» ليشمل طائفة واسعة من التدخلات السلوكية المعرفية التي تعالج الصدمات النفسية، بمن في ذلك العلاج الذي وضعته كوهين وزملاؤها (TF-CBT) (8) وأي نوع من العلاج بواسطة التعرض لفترة طويلة.

الموافقة على الرعاية السريرية: الموافقة المستنيرة هي الموافقة الطوعية للفرد، الذي يستطيع قانونياً إعطاء الموافقة للمشاركة في الرعاية السريرية. وتختلف السن القانونية للموافقة على الحصول على الرعاية السريرية عبر البلدان وحسب نوع العلاج والرعاية. ولكي يكون المرء قادراً على منح الموافقة المستنيرة، يجب أن توفر له معلومات كافية (وحسب لغة مناسبة) حول جميع الخيارات المتاحة والمزايا والنتائج، بغية اتخاذ خيارات؛ وإعطاء تفسير لما سيحدث له؛ وإعلامه بحقوقه في رفض أي جزء من الرعاية؛ وإخباره بالمعلومات التي سيتم تقاسمها، ومع من وحدود السرية. ويجب أن يكون الفرد أيضاً قادراً على معرفة وفهم طبيعة الرعاية المقدمة وفوائدها ونتائجها. ويعتبر الآباء أو الأوصياء القانونيون عادة الجهة المسؤولة عن إعطاء الموافقة عن علم ريثما يصبح أطفالهم أو يصبح المراهق قادراً قانونياً على إعطاء موافقة للحصول على الرعاية السريرية ذات الصلة (9). ومع ذلك، في الحالات التي يتعلق فيها الأمر بالمصالح الفضلى للطفل أو المراهق، ينبغي التماس الموافقة المستنيرة من هذا الطفل أو المراهق.

الدعم في الخط الأول: يشير إلى الحد الأدنى من الدعم (الدعم النفسي أساساً)، والتحقق من تجربتهم وينبغي أن يتلقى الدعم جميع الأطفال والمراهقين الذين يكشفون عن الاعتداء الجنسي لمقدم الرعاية الصحية (أو غيره). وهو يتشارك في العديد من العناصر مع ما يسمى «الإسعافات الأولية النفسية» في سياق حالات الطوارئ التي تشمل التجارب المؤلمة (10).

الرعاية المراعية لنوع الجنس: يشير هذا المصطلح إلى إدراك كيف تعمل الفروق ذات الصلة بالنفوذ والمركز، والوصول إلى الموارد والسيطرة عليها على تشكيل الطريقة التي تعامل المجتمعات من خلالها النساء والرجال أو الفتيات والفتيان بطريقة غير متكافئة وكيف يؤدي هذا التفاوت إلى تشكيل التعرض المتباين للاعتداء أو الوصول إلى موارد من أجل حماية صحتهم؛ وكيف يتعامل النظام الصحي معهم؛ وكيف تقوم المجتمعات بعلاج/وصم الناجين من الاعتداء. وتتطلب أيضاً أن يتجنب مقدمو الرعاية الصحية تعزيز أوجه عدم المساواة هذه، وتعزيز المساواة بين الجنسين (11).

الإبلاغ الإلزامي: يشير الإبلاغ الإلزامي إلى تشريعات اعتمدها بعض البلدان أو الدول التي تشترط على أفراد معينين، مثل مقدمي خدمات الرعاية الصحية أو المعلمين أو العاملين في الحقل الاجتماعي الإبلاغ (عادة إلى وكالة حماية الطفل أو الشرطة) عن حالات معروفة أو مشبوهة بشكل معقول فيما يتعلق بأنواع محددة بشأن الاعتداء على الأطفال أو الإهمال، تشمل عادة حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال.

الاعتداء الجنسي: استخدام القوة البدنية أو غيرها للقيام بفعل جنسي أو محاولة الإيلاج الجنسي. ويشمل ذلك العنف الاغتصاب الذي يعرف على أنه إيلاج القضيب أو أي جزء آخر من الجسم أو أداة أخرى في الفرج أو الشرج باستخدام القوة البدنية أو بالإكراه. ويشمل أيضا الإيلاج عن طريق الفم (12). وقد يختلف التعريف القانوني للاغتصاب، وقد تكون له آثار على الجوانب الطبية والقانونية للرعاية وعلى إحالة الناجين إلى المرافق الصحية. ويمكن أن يكون مرتكب الجريمة أي شخص (أي شخص بالغ أو أي طفل أو مراهق آخر، معروف من قبل الضحية أو شخص غريب). ويعتبر الاعتداء الجنسي بما في ذلك اغتصاب الأطفال أو المراهقين نموذجا محمدا للاعتداء الجنسي على الأطفال. ويتضمن هذا الأخير تعريفاً أوسع حيث يشمل الأفعال الجنسية التي لا تنطوي على إيلاج عضو جنسي وأفعال جنسية دون اتصال جنسي (انظر أعلاه).

ملخص تنفيذي

يعتبر الاعتداء الجنسي، بما في ذلك الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب، على الأطفال والمراهقين مشكلة رئيسية في مجال الصحة العامة على الصعيد العالمي، وانتهاكا لحقوق الإنسان، ويترتب عنها العديد من الآثار الصحية على المدى القصير والطويل. وتتسم النتائج البدنية والجنسية والإنجابية والنفسية الناجمة عن الاعتداء الجنسي بأنها ذات نطاق واسع وينبغي معالجتها. وتظهر البيانات المستمدة من العديد من المناطق أن الأطفال والمراهقين يمثلون نسبة تفوق نسبة غيرهم من حالات الاعتداء الجنسي التي تحظى بعناية الجهات التي تقدم الرعاية الصحية.

ويقدم هذا الدليل التوجيهي توصيات موجهة أساسا إلى مقدمي الرعاية الصحية في الخط الأول (مثل الأطباء العامين، والممرضات، وأطباء الأطفال، وأطباء أمراض النساء) الذين يقدمون الرعاية للأطفال، بمن فيهم المراهقون حتى سن 18 سنة، الذين عانوا، أو قد تعرضوا، للاعتداء الجنسي، بما في ذلك الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب. كما يمكن أن يكون هذا الدليل مفيدا لغيرهم من الموظفين الذين يقومون بتقديم الرعاية الصحية المتخصصة الذين من المرجح أن يقوموا بمعاينة الأطفال أو المراهقين. ولئن كان هذا الدليل التوجيهي، ذا طابع عالمي، غير أنه يهتم بصفة خاصة بمسألة تطبيقه في أماكن الرعاية الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مع مراعاة محدودية موارد الرعاية الصحية المتاحة. ولذلك، أخذت مسألة جدوى تنفيذ التوصيات في المناطق المنخفضة الموارد في الاعتبار عند صياغة الدليل.

ويهدف هذا الدليل التوجيهي إلى تقديم توصيات تستند إلى الأدلة بشأن نوعية الرعاية الطبية المقدمة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا أو ربما تعرضوا للاعتداء الجنسي، من أجل التخفيف من الآثار الصحية السلبية للاعتداء وتحسين رفاهيتهم. وتتمثل الأهداف في دعم مقدمي الرعاية الصحية على توفير الرعاية الطبية الجيدة والفورية والطويلة الأجل وتطبيق الممارسات الجيدة الأخلاقية القائمة على حقوق الإنسان والقائمة على معالجة الصدمات النفسية في توفير هذه الرعاية. وحيثما كان ذلك مناسباً توفير الرعاية السريرية وحيثما توجد أدلة داعمة، يتم تحديد الفروق وأوجه عدم المساواة القائمة على نوع الجنس.

وقد جرى إعداد هذا الدليل التوجيهي وفقا للمعايير والمتطلبات المحددة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الإصدار الثاني.¹ وشملت العملية (أ) تحديد المسائل البحثية والنتائج المهمة؛ (ب) واسترجاع الأدلة، بما في ذلك التكاليف بإجراء استعراضات منهجية؛ (ج) وتجميع الأدلة؛ (د) وتقييم النوعية، بما في ذلك من قبل مجموعة إعداد الدليل التوجيهي و (هـ) صياغة توصيات بالتعاون مع مجموعة إعداد الدليل التوجيهي وتلقي مدخلات من فريق الاستعراض الخارجي. ولم تحدد أي حالات لتضارب المصالح ذات صلة ما بين مجموعة إعداد الدليل التوجيهي وفريق الاستعراض الخارجي. وتتضمن الوثيقة أيضا المبادئ الشاملة التي تسترشد بها الممارسة السريرية، المستمدة من المعايير الأخلاقية والدولية لحقوق الإنسان. وتتضمن بيانات الممارسة الجيدة التي تستند معاً إلى المبادئ التوجيهية والقيم والأفضليات التي لدى الناجين من الاعتداء الجنسي، ومقدمي الرعاية ومقدمي الرعاية الصحية. وتستند هذه التوصيات إلى التوصيات القائمة

¹ دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الإصدار الثاني. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014. (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf>).

التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، فضلا عن محتوى جديد وُضع كجزء من عملية إعداد هذا الدليل التوجيهي. ويرد موجز عن المبادئ التوجيهية والتوصيات وبيانات الممارسات الجيدة فيما يلي.

موجز المبادئ التوجيهية

استناداً إلى اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل (CRC)¹ وغيرها من معايير حقوق الإنسان، يجب مراعاة المبادئ الشاملة التالية عند تقديم الرعاية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا أو ربما تعرضوا للاعتداء الجنسي.

المبادئ التوجيهية

- الاهتمام بالمصالح الفضلى للأطفال أو المراهقين من خلال تعزيز وحماية السلامة؛ وتوفير الرعاية الحساسة؛ وحماية وتعزيز الخصوصية والسرية.
- تناول القدرات المتطورة للأطفال أو المراهقين من خلال توفير المعلومات المناسبة للعمر؛ والسعي للحصول على الموافقة المستنيرة حسب الاقتضاء؛ مع احترام استقلالهم الذاتي ورغباتهم؛ وتقديم خيارات أثناء تقديم الرعاية الطبية لهم، حسب الاقتضاء.
- مراعاة عدم التمييز في تقديم الرعاية، بغض النظر عن جنسهم أو عرقهم، أو أصلهم الإثني، أو دينهم، أو توجههم الجنسي، أو هويتهم الجنسية، أو إعاقاتهم أو حالتهم الاجتماعية والاقتصادية.
- ضمان مشاركة الأطفال أو المراهقين في القرارات التي تؤثر في حياتهم، بالتماس آرائهم وأخذها في الاعتبار، وإشراكهم في تصميم وتقديم الرعاية.

موجز التوصيات (R) وبيانات الممارسات الجيدة (GP)

التوصيات وبيانات الممارسات الجيدة

أ. الرعاية التي تركز على الطفل أو المراهق/الدعم في الخط الأول

- | | |
|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • ينبغي أن يوفر مقدمو الرعاية الصحية دعماً في الخط الأول يراعي الفوارق بين الجنسين ويركز على الطفل أو المراهق، في إطار الاستجابة للكشف عن الاعتداء الجنسي. ويشمل ذلك ما يلي: • الاستماع باحترام وتعاطف إلى المعلومات التي يتم تقديمها؛ • الاستفسار عن مخاوف وانشغالات واحتياجات الطفل أو المراهق، والإجابة على جميع الأسئلة؛ • تقديم إجابات دون أحكام مسبقة ودون محاولة التحقق؛ • اتخاذ إجراءات لتعزيز سلامتهم وتقليل الأضرار إلى أدنى حد، بما في ذلك تلك المتعلقة بعملية الكشف عن الاعتداء، وحيثما أمكن ذلك، احتمال استمرار الاعتداء ويشمل ذلك ضمان خصوصية المعلومات البصرية والسمعية؛ • تقديم الدعم العاطفي والعملية عن طريق تسهيل الوصول إلى الخدمات النفسية والاجتماعية؛ • توفير المعلومات المناسبة للفئة العمرية حول ما سيتم عمله لتزويدهم بالرعاية، بما في ذلك ما إذا كان الكشف عن الاعتداء ينبغي إبلاغه إلى السلطات المعنية ذات الصلة؛ • معالجتهم في الوقت المناسب ووفقاً لاحتياجاتهم ورغباتهم؛ • إعطاء الأولوية للاحتياجات الطبية العاجلة والدعم في الخط الأول؛ • جعل البيئة والطريقة التي تقدم من خلالها الرعاية مناسبة للعمر، فضلاً عن مراعاتها لاحتياجات الفئات التي تعاني من التمييز الذي له صلة، على سبيل المثال، بالإعاقة أو التوجه الجنسي؛ • تقليل حاجتهم للذهاب إلى نقاط متعددة للرعاية داخل المرفق الصحي؛ • تمكين مقدمي الرعاية غير المسيئين بمعلومات لفهم الأعراض المحتملة والسلوكيات التي قد تظهر لدى الطفل أو المراهق خلال الأيام أو الأشهر القادمة ومتى ينبغي طلب المزيد من المساعدة. | <p>GP1</p> |
|---|------------|

ب. الملف الطبي والفحص البدني وتوثيق النتائج

<p>تمشياً مع مبدأ «عدم إلحاق الضرر»، عندما يتم الحصول على الملف الطبي، إذا لزم الأمر، إجراء مقابلة الطب الشرعي، وينبغي أن يسعى مقدمو الرعاية الصحية إلى التقليل من الصدمات والمحن الإضافية لدى الأطفال والمراهقين الذين يكشفون عن الاعتداء الجنسي. ويشمل ذلك ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التقليل إلى أدنى حد من الحاجة إلى سرد قصتهم بشكل متكرر؛ • إجراء مقابلات معهم على انفراد (أي بشكل منفصل عن مقدمي الرعاية لهم)، مع اقتراح حضور شخص بالغ آخر للدعم؛ • بناء الثقة وتوطيد العلاقة من خلال طرح أسئلة حول مواضيع محايدة في البداية؛ • إجراء تقييم شامل لصحتهم الجسدية والعاطفية، بغية تيسير اتخاذ القرارات المناسبة لإجراء الفحوص والتحقيقات، وتقييم الإصابات وتقديم العلاج و/أو الإحالات؛ • طرح أسئلة واضحة ومفتوحة دون تكرار؛ • استخدام لغة ومصطلحات مناسبة لسنهم وغير واصمة؛ • السماح للطفل أو المراهق بالإجابة بالطريقة التي يختارها، بما في ذلك، على سبيل المثال، عن طريق الكتابة أو الرسم أو توضيح ذلك بواسطة نماذج. 	<p>GP2</p>
<p>خلال إجراء الفحوص البدنية، وعند الحاجة، خلال إجراء تحقيقات الطب الشرعي، ينبغي أن يسعى مقدمو الرعاية الصحية إلى التقليل من الأضرار الإضافية والصدمات النفسية، والخوف والكرب، واحترام الاستقلال الذاتي ورغبات الأطفال أو المراهقين. ويشمل ذلك ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مضاعفة الجهود لكي يخضعوا لفحص واحد فقط؛ • تقديم معلومات عن الآثار المترتبة على النتائج الإيجابية أو السلبية؛ • تقليل حالات التأخر أثناء إجراء الفحص وفقاً لرغبات الطفل أو المراهق؛ • شرح ما سيتم عمله، قبل كل خطوة؛ • اقتراح اختيار جنس الفاحص، حيثما أمكن ذلك؛ • التأكد من وجود شخص بالغ آخر أثناء الفحص؛ • استخدام الوسائل البصرية المساعدة والمصطلحات المناسبة للفئة العمرية من أجل شرح إجراءات الفحص؛ • استخدام أدوات فحص واعتماد مواقف تقلل شعور عدم الراحة البدنية والضيق النفسي؛ • ضمان أن يكون جمع أدلة الطب الشرعي قائماً على أساس الوقائع المتعلقة بالاعتداء وعلى الأدلة التي يمكن جمعها وتخزينها وتحليلها؛ • عدم القيام باختبار البكارة (اختبار الأصبغين أو الفحص المهبلي) لأنه يزيد من الضيق والكرب، ولا يشير إلى حدوث الاعتداء أو عدم حدوثه؛ • عدم إجراء فحص بالمنظار ومنظار الشرج أو إجراء فحوص للمهبل أو لمستقيم الأطفال قبل البلوغ باستخدام الأصابع أو باليدين، إلا لأغراض طبية؛ وإذا ما استخدمت هذه الفحوص، ينبغي استعمال المسكنات أو التخدير العام. 	<p>GP3</p>
<p>ينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بتوثيق نتائج الملف الطبي والفحص البدني واختبارات الطب الشرعي وأي معلومات ذات صلة بدقة وبطريقة كاملة، لأغراض المتابعة المناسبة ودعم الناجين في الوصول إلى خدمات الشرطة والخدمات القانونية، وفي الوقت نفسه حماية السرية والتقليل إلى أدنى حد من معاناة الأطفال أو المراهقين ومقدمي الرعاية لهم. ويشمل ذلك ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استخدام نسق منظم لتسجيل النتائج؛ • تسجيل البيانات الحرفية من أجل وثائق دقيقة وكاملة؛ • ملاحظة الاختلافات بين البيانات التي أدلى بها الطفل أو المراهق ومقدمو الرعاية، إن وجدت، دون تأويل؛ • تسجيل وصف مفصل ودقيق للأعراض والإصابات؛ • عندما لا يكون هناك أي دليل مادي، الإشارة إلى أن غياب الأدلة المادية لا يعني عدم حدوث الاعتداء الجنسي؛ • توثيق الحالة العاطفية للطفل أو المراهق، مع الإشارة إلى أنه لا توجد حالة معينة تدل على حدوث الاعتداء الجنسي؛ • السعي إلى الحصول على الموافقة المستنيرة، حسب الاقتضاء، عند أخذ أي صور فوتوغرافية أو أشرطة فيديو، بعد شرح كيفية استخدامها؛ • التعامل مع جميع المعلومات التي تم جمعها بسرية. 	<p>GP4</p>

¹ اتفاقية حقوق الطفل. نيويورك: الأمم المتحدة، 1989
(<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>).

ج. العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية والالتزام به

قوة التوصية	نوعية الأدلة		
قوية	أدلة غير مباشرة	ينبغي توفير العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، حسب الاقتضاء، للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاغتصاب ينطوي على إيلاج القضيب في الفم أو المهبل أو الشرج، وينبغي طلب الرعاية الصحية في غضون 72 ساعة من وقوع الحادث.	R1
قوية	منخفضة	ينبغي تقديم وصفة طبية من العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية لمدة 28 يوماً (مضادات الفيروسات القهقرية) لغرض العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، عقب تقييم المخاطر الأولية.	R2
مشروطة	منخفضة جداً	يفضل اعتماد نظام العلاج الثلاثي (أي بثلاثة عقاقير) بمضادات الفيروسات القهقرية ولكن يعتبر اعتماد نظام قائم على عقارين أيضاً فعالاً.	R3
قوية	منخفضة جداً	ينبغي أن تكون المشورة المتعلقة بالالتزام عنصراً مهماً في توفير العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية للناجين من الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب.	R4

د. منع الحمل وإدارته لدى الفتيات اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي

قوة التوصية	نوعية الأدلة		
قوية	متوسطة	تقديم وسائل منع الحمل الطارئة للفتيات اللاتي تعرضن للاغتصاب الذي ينطوي على الإيلاج القضيب المهبلي، وذلك بالحضور في غضون 120 ساعة (5 أيام) من وقوع الحادث.	R5
		إذا كانت فتاة حاملاً نتيجة للاغتصاب، توفير الإجهاض الآمن إلى أقصى حد ممكن حسب القانون (GP5)	GP5

هـ. العلاج الوقائي بعد التعرض للأمراض المعدية المنقولة جنسياً التي يمكن علاجها والوقاية منها باللقاحات

قوة التوصية	نوعية الأدلة		
مشروطة	منخفضة جداً أدلة غير مباشرة	يقترح اعتماد العلاج الوقائي (أو الاتقائي) لمرض السيلان، والمتدثرة والزهري لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي ينطوي على اتصال جنسي عن طريق الفم أو الأعضاء التناسلية أو الشرج بالقضيب أو ممارسة الجنس عن طريق الفم، لا سيما في الأماكن حيث يتعذر القيام بفحوص مختبرية.	R6
مشروطة	منخفضة جداً، وأدلة غير مباشرة	بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي والذين يعانون من أعراض سريرية، يقترح إدارة الحالة المتلازمة فيما يخص الإفراز المهبلي/الإحليلي (السيلان والمتدثرة وداء المشعرات)، وتقرحات الأعضاء التناسلية (فيروس الهربس البسيط، والزهري وقريح)، ولا سيما في الأماكن حيث يتعذر القيام بفحوص مختبرية.	R7
قوية	منخفضة جداً، وأدلة غير مباشرة	ينبغي أن يقدم لقاح التهاب الكبد باء دون التهاب الكبد باء المناعي، وفقاً للتوجيه الوطني.	R8
قوية	متوسطة	ينبغي تقديم التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري للفتيات في الفئة العمرية 9-14 سنة، وفقاً للتوجيه الوطني.	R9

و. التدخلات في مجال الصحة النفسية والعقلية على المدى القصير والطويل

		GP6	بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي مؤخرًا، والذين يعانون من أعراض الصدمة الحادة (خلال الشهر الأول)، ينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بتقديم/مواصلة تقديم دعم في الخط الأول يراعي الفوارق بين الجنسين ويركز على الطفل أو المراهق، كما هو موضح في البيان 1 من الممارسات الجيدة.
قوة التوصية	نوعية الأدلة		
قوية	منخفضة جداً	R10	ينبغي عدم استخدام استخلاص المعلومات النفسية سعياً للحد من مخاطر الإجهاد اللاحق للصدمة أو القلق أو أعراض الاكتئاب.
مشروطة	منخفضة جداً	R11	ينبغي النظر في العلاج السلوكي المعرفي (CBT) المركز على علاج الصدمات النفسية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، ويعانون من أعراض اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة النفسية (PTSD).
مشروطة	منخفضة	R12	عندما يكون ذلك آمناً ومناسباً ينبغي إشراك مقدم رعاية واحد على الأقل غير مسيء، وينبغي النظر في اعتماد العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة على حد سواء: (أ) للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، ويعانون من أعراض اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة النفسية؛ و (ب) مقدم(ي) رعاية غير مسيء(ين).
مشروطة	منخفضة	R13	يمكن تقديم التدخلات النفسية، مثل العلاج السلوكي المعرفي، للأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات سلوكية، والتدريب على مهارات تقديم الرعاية لمقدمي الرعاية غير المسيئين.
مشروطة	منخفضة	R14	يمكن تقديم التدخلات النفسية، مثل العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج النفسي للشخصية لفائدة الأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات عاطفية، والتدريب على مهارات تقديم الرعاية لمقدمي الرعاية غير المسيئين.

ز. المبادئ الأخلاقية ومعايير حقوق الإنسان بشأن الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي لدى الطفل أو المراهق

وسواء أكان مقدمو الرعاية الصحية ملتزمين بمتطلبات قانونية أو سياسية أم أنهم يسترشدون بواجب أخلاقي في الإبلاغ عن حالات معروفة أو مشتبه فيها من حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال أو المراهقين، ينبغي أن يوازنوا بين الحاجة إلى مراعاة المصالح الفضلى لذلك الطفل، أو المراهق، وبين قدراتهم المتطورة على اتخاذ قرارات مستقلة. ويشمل ذلك ما يلي:

- تقييم الأثر المترتبة على الإبلاغ بالنسبة لصحتهم وسلامتهم واتخاذ خطوات لتعزيز سلامتهم؛
- حماية خصوصياتهم (على سبيل المثال، خلال التعامل مع وسائل الإعلام)؛
- تعزيز صحتهم، بتوفير الرعاية الطبية الفورية والدعم في الخط الأول؛
- توفير معلومات حول الالتزام بالإبلاغ وحدود السرية؛
- توثيق عملية الإبلاغ والحفاظ على سرية المعلومات الموثقة.
- وينبغي أن يكون مديرو الصحة وواضعو السياسات:
- على وعي بأي متطلبات قانونية بشأن الإبلاغ عن حالات الاعتداء الجنسي المعروفة أو المشتبه فيها؛
- تيسير الأمر على مقدمي الرعاية الصحية لتلقي التدريب بشأن زمان وكيفية الإبلاغ؛
- معالجة معتقدات وقيم مقدمي الرعاية الصحية التي يمكن أن تؤثر سلباً على ممارساتهم في الإبلاغ؛
- وضع نظم وسياسات لحفظ السجلات وتبادل المعلومات التي تحمي السرية؛
- العمل مع وكالات أو مؤسسات أخرى، بما في ذلك حماية الطفل وخدمات الشرطة، بغية تنسيق استجابة مناسبة.
- وتشمل الإجراءات التي لا تتفق مع مبدأ القدرات المتطورة:
- الإبلاغ عن النشاط الجنسي القائم على التراضي بين المراهقين، إلا إذا كان سلامة المراهقين معرضة للخطر؛
- إبلاغ الآباء / مقدمي الرعاية حينما يعبر المراهقون، حسب سنهم ونضجهم، عن تفضيلهم عدم إشراك آبائهم / مقدمي الرعاية، ما لم تكن سلامة المراهقين معرضة للخطر.

GP7

اعتبارات ذات صلة بالتنفيذ

أ: تيسير الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب

- ينبغي أن يسهل مقدمو الرعاية الصحية، بمن فيهم الذين يعملون في المجتمعات المحلية، الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب من قبل الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي. ويشمل ذلك ما يلي:
- زيادة الوعي العام بالعلامات والأعراض والعواقب الصحية للاعتداء الجنسي، وضرورة التماس الرعاية في الوقت المناسب؛
 - إتاحة الرعاية الشاملة والمتكاملة التي من شأنها أن تقلل من الحاجة لزيارة نقاط متعددة لتقديم الرعاية؛
 - الإعلان عن توافر الخدمات، لا سيما للفئات المهمشة والتي لديها فرص أقل للوصول إليها؛
 - الحد من وصمة العار المتصلة بالاعتداء الجنسي وتحسين قبول الخدمات؛
 - القيام بنشاط الدعوة مع واضعي السياسات والمديرين بغية الحد من الحواجز المتعلقة بالسياسات والحواجز العملية أمام الوصول للرعاية؛
 - تعزيز الإحالات داخل وبين الخدمات الصحية وغيرها من خدمات القطاع (على سبيل المثال، الشرطة وحماية الطفل والخدمات القانونية).

GP8

ب. خلق بيئة داعمة ومواتية فيما يخص تقديم الخدمات لمقدمي الرعاية الصحية

GP9

- ينبغي أن يقوم مديرو الصحة وصانعو السياسات بتهيئة بيئة تمكن من تقديم الخدمات ودعم مقدمي الرعاية الصحية في اضطلاعهم بالمهام والمسؤوليات المتصلة بالعناية بالأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. ويشمل ذلك ما يلي:
- إتاحة وإعطاء الأولوية لتوفير رعاية عالية الجودة في أماكن الرعاية الصحية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي؛
 - تيسير التدريب المستمر والإشراف والتوجيه؛
 - تلبية الاحتياجات فيما يخص العدد الكافي من الموظفين والبنية التحتية، واللوازم والموارد المالية؛
 - دعم مقدمي الرعاية الصحية خلال المثول أمام المحكمة نيابة عن الناجين من الاعتداء الجنسي؛
 - دعم مقدمي الرعاية الصحية للوقاية من الإرهاق والصدمات غير المباشرة والتعامل معها؛
 - تعزيز الإحالات والروابط مع خدمات الدعم الأخرى /الخدمات ذات الصلة لتيسير اتباع نهج متعددة التخصصات ومتعددة القطاعات في مجال الرعاية؛
 - توفير الأدوات أو أدوات مساعدة على العمل (مثل البروتوكولات أو مسارات الرعاية السريرية) لتوجيه توفير الرعاية بطريقة منهجية؛
 - إجراء الرصد والتقييم فيما يخص توفير الرعاية.

1. معلومات أساسية

أ. حجم الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين

يعتبر الاعتداء الجنسي، بما في ذلك الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب، الممارس على الأطفال والمراهقين مشكلة رئيسية في مجال الصحة العامة على الصعيد العالمي، وانتهاكا لحقوق الإنسان، ويترتب عنها العديد من الآثار الصحية على المدى القصير والطويل. وحسب استعراض منهجي وتحليل تجميعي لانتشار الاعتداء الجنسي على الأطفال في العالم خلال عام 2011 فقد بلغ حجم انتشاره بين الفتيات حوالي 20٪ وبين الفتيان حوالي 8٪ (13). ويشير تحليل تجميعي آخر بشأن الانتشار الحالي للاعتداء الجنسي على الأطفال (أقل من 18 سنة) عبر العالم أجري عام 2013 إلى أن حوالي 9٪ من الفتيات و3٪ من الفتيان تعرضوا لمحاولة الجماع الجنسي القسري أو الجماع الجنسي القسري الفعلي (على مستوى الفم أو المهبل أو الشرج) وأن 13٪ من الفتيات و6٪ من الفتيان تعرضوا لشكل من أشكال الاعتداء الجنسي (14).

وأظهرت بيانات مستمدة من الدراسات الاستقصائية للعنف ضد الأطفال في تسعة بلدان من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل¹ التي أجريت فيها مقابلات مع الأطفال والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و24 سنة، أنه بالنسبة للمجيبين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و24 سنة، تراوحت نسبة انتشار أي شكل من أشكال العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (0 - 17 سنة) ما بين 4.4٪ و37.6٪ بين الفتيات في كمبوديا وسوازيلند على التوالي (15-17). وتجاوز هذا الانتشار أكثر من 25٪ بالنسبة للبلدان التسعة. وبالنسبة للفتيان، تراوح انتشار أي شكل من أشكال العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (0 - 18 سنة) ما بين نسبة 5.6٪ في كمبوديا إلى 8.9٪ في زيمبابوي و21.2٪ في هايتي (15). وتراوح انتشار حالات الجماع الجنسي القسري أو تحت الضغط/بالإكراه على مدى الحياة بين الفتيات (0 - 18 سنة) من نسبة منخفضة 1.5٪ في كمبوديا وارتفع إلى 17.5٪ في سوازيلند. وبالنسبة للفتيان، تراوح هذا الرقم بين 0.2٪ في كمبوديا إلى 7.6٪ في هايتي (15). وخلصت دراسة أجريت عام 2014 استناداً إلى ثلاث دراسات استقصائية وطنية عن طريق الهاتف متعلقة بالشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 15-17 سنة) في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن 26.6٪ من الفتيات و5.1٪ من الفتيان تعرضوا للاعتداء الجنسي والعنف الجنسي خلال بلوغهم 17 سنة (18).

وقد تكون المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية وحاملو صفات الجنسين أكثر عرضة للاعتداء الجنسي بسبب التمييز على أساس الميول الجنسية وهوية نوع الجنس. وهذا مجال من مجالات البحث الناشئة خاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ومن ثم، هناك أدلة محدودة للغاية بشأن حجم أو عواقب الاعتداء الجنسي في هذه المجموعة الفرعية المحددة.

ب. العواقب الصحية المترتبة عن الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين

وفقا لاستعراض منهجي أجري عام 2009، يمكن أن تكون النتائج الصحية المرتبطة بالاعتداء

¹ جمهورية تنزانيا المتحدة وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وزامبيا وزيمبابوي وسوازيلند وكمبوديا وكينيا وملاوي وهايتي.

الجنسي على الأطفال والمراهقين ذات تأثير على المستوى الجسدي، بما في ذلك الآثار على الصحة الجنسية والإنجابية، والسلوك والصحة العقلية (19). وتشمل العواقب الصحية البدنية الإصابات واضطرابات الجهاز الهضمي (20). وبالنسبة للفتيات، تشمل العواقب الصحية الجنسية والإنجابية للاعتداء الجنسي مخاطر الحمل، والاضطرابات المتعلقة بأمراض النساء مثل الألم الحوضي المزمن غير الدوري، واضطرابات الحيض، وعسر الطمث، والأمراض التناسلية والأمراض المعدية المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية (20-23). وخلصت عدة دراسات إلى أن الفتيان والفتيات المتعرضين للاعتداء الجنسي أكثر عرضة للانخراط في السلوكيات المحفوفة بالمخاطر، بما في ذلك المخاطر الجنسية وتعاطي الكحول والمخدرات في وقت لاحق من الحياة مما يؤدي إلى نتائج سلبية على الصحة في مرحلة البلوغ (24-27).

وتترتب عن الاعتداء الجنسي على الأطفال آثار على الصحة العقلية على المدى القصير والطويل، بما في ذلك تشخيص حالات الإجهاد اللاحق للصدمة النفسية على مدى الحياة، والقلق، والاكتئاب، وأعراض خارجية، واضطرابات الأكل، ومشاكل في العلاقات مع الآخرين، واضطرابات النوم وأفكار وسلوكيات ذات صلة بالانتحار وإيذاء النفس (19، 28). وخلصت دراسة عن النساء البالغات اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي كأطفال إلى أن الفتيات اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي خلال مناسبات متعددة على مدى فترة أطول من الزمن يعانين من مستويات أعلى من الأعراض الصحية العقلية مقارنة بالفتيات اللاتي لم تتعرضن إلا خلال نقطة واحدة فقط من حياتهن (29). وخلصت دراسة أخرى أجريت على النساء البالغات (18-64 سنة) في الولايات المتحدة الأمريكية اللاتي عانين من الاعتداء الجسدي والجنسي على حد سواء في مرحلة الطفولة إلى وجود زيادة في استخدام الرعاية الصحية سنوياً (بالنسبة إلى استخدام الخدمات المتصلة بالصحة العقلية والرعاية الصحية الأولية والخدمات الصيدلانية) وزيادة التكاليف (بنسبة 36٪ أعلى بالنسبة للفتيات اللاتي عانين من الاعتداء الجسدي والجنسي ونسبة 16٪ بالنسبة للفتيات التي تعرضن لاعتداء جنسي فقط في مرحلة الطفولة) وذلك سنوات عديدة بعد حدوث الاعتداء (30). وقد تتفاقم الآثار الصحية للاعتداء الجنسي على الأطفال عندما تكون لمرتكب الجريمة علاقة وثيقة أو علاقة نفوذ على الطفل، وعندما يكون الاعتداء على درجة قوية من الخطورة وعلى مدى طويل ومتكرر (31-33).

ج. استفادة الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي من الخدمات الصحية

قد ينتبه مقدم الرعاية الصحية إلى حالة الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي من خلال مجموعة متنوعة من الطرق (4). وقد يكون لديهم فحص بدني روتيني أو مرض طبي له صلة أو ليست له صلة أو حين تكون هناك شكوى. وبدلاً من ذلك، قد يتم توجيه الانتباه إلى الطفل أو المراهق عن طريق مقدم الرعاية الذي يشتبه في إمكانية وجود اعتداء جنسي، أو من خلال شخص من مؤسسة رسمية، من أجل إجراء تقييم طبي لغرض التحقيق في المسألة. ومع ذلك، تظهر البيانات أن عدداً قليلاً جداً من الأطفال الذين تعرضوا لاعتداء جنسي هم الذين يلتفون أو يتلقون أي نوع من الخدمات. فعلى سبيل المثال، بينت الدراسات الاستقصائية عن العنف ضد الأطفال المذكورة أعلاه أنه في معظم البلدان التسعة التي تتوفر بشأنها نتائج مستمدة من الدراسة الاستقصائية، أن أقل من 10٪ من الناجين من الاعتداء الجنسي، هم الذين يتلقون خدمات، سواء تعلق الأمر بخدمات صحية أو خدمات قانونية/خدمات الشرطة، أو الحصول على المشورة (15). ومقارنة ببلدان أخرى شملتها الدراسة الاستقصائية، سجلت سوازيلند¹ أكبر نسبة من الأطفال الناجين من الاعتداء الجنسي الذين لم يتلقوا أي خدمة، بنسبة 24٪ (15). وفي كينيا، قام 2٪ من الفتيان و6.8٪ من الفتيات (18-24 سنة) الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي بطلب خدمات قبل بلوغ سن 18 سنة. ومع ذلك، لم يحصل إلا 0.4٪ و3.4٪ من الفتيات في الواقع على خدمات الرعاية. وعلاوة على ذلك، أشارت 31٪ من الفتيات اللاتي تعرضن للاعتداء

¹ في سوازيلند، لم تتناول الدراسة الاستقصائية إلا المجرمين من الإناث.

أنه كانت لديهم رغبة في الحصول على بعض الخدمات أو خدمات إضافية في مجال الرعاية الصحية لمعالجة العنف الجنسي الذي تعرضن له (34). وفي هايتي، تلقت 10 ٪ من الفتيات و 6.6 ٪ من الفتيان الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي خدمات، معظمها كانت خدمات طبية (أي 8.8 ٪ من الفتيات و 5 ٪ من الفتيان) (35).

وبينت دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2008 أن 19 ٪ من حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال التي ارتكبها شخص بالغ غير محدد، جرى إبلاغ السلطات الطبية عنها، بينما بلغ هذا الرقم 7.4 ٪ عندما كان الجاني شخصاً بالغاً معروفاً (36). وتبرز هذه البيانات أن هناك حاجة إلى: (أ) العمل مع المجتمعات المحلية لتحسين الرعاية في الوقت المناسب التي يلتمسها الناجون من الاعتداء الجنسي ومقدمو الرعاية لهم؛ (ب) ورفع مستوى الوعي لدى مقدمي الرعاية الصحية حول الاعتداء الجنسي على الأطفال وعواقبه الصحية وكيفية التعرف عليه؛ (ج) وتحسين استجابة مقدمي الرعاية الصحية المقدمة لهؤلاء الأطفال والمراهقين الذين يلتمسون خدمات؛ (د) وتحسين التنسيق والإحالات في الوقت المناسب بين الخدمات أو السلطات الأخرى حيث يتم التعرف على الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي أو ينقلون إلى الخدمات الصحية.

د. الأهداف والأساس المنطقي لهذا الدليل التوجيهي

يهدف هذا الدليل التوجيهي إلى تقديم توصيات تستند إلى الأدلة بشأن نوعية الرعاية الطبية المقدمة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا أو ربما تعرضوا للاعتداء الجنسي، من أجل التخفيف من الآثار الصحية السلبية وتحسين رفايتهم. وهو يستجيب لشواغل مهمة في مجال الصحة العامة وحقوق الإنسان، ويعالج الثغرات في مجال الاستجابة الصحية للاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين، ويهدف إلى المساهمة في تحسين صحة الطفل وتحسين الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والصحة العقلية.

الأهداف المحددة:

- ترمي هذه الأهداف إلى دعم مقدمي الرعاية الصحية على:
1. توفير رعاية سريرية عالية الجودة وفورية وطويلة الأجل؛
 2. تطبيق الممارسات الجيدة الأخلاقية والقائمة على حقوق الإنسان والقائمة على معالجة الصدمات النفسية¹ عند توفير الرعاية السريرية.

لماذا تم وضع هذا الدليل التوجيهي

يعتبر الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين مشكلة رئيسية في مجال الصحة العامة وانتهاكا لحقوق الإنسان الأساسية، بما في ذلك الحق في الحياة، والحق في الحماية من جميع أشكال العنف، والحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وتتسم النتائج البدنية والجنسية والإنجابية والنفسية الناجمة عن الاعتداء الجنسي بأنها ذات نطاق واسع وينبغي معالجتها. وتظهر البيانات المستمدة من العديد من الأماكن أن الأطفال والمراهقين يمثلون نسبة تفوق نسبة غيرهم من حالات الاعتداء الجنسي التي تحظى بعناية الجهات التي تقدم الرعاية الصحية (37) (38). وكما تبرز ذلك البيانات الواردة أعلاه، غالبا لا يتلقى الناجون من اعتداء جنسي خدمات صحية. ويتعين إعداد مقدمي الرعاية الصحية للاستجابة بشكل مناسب للاعتداء الجنسي بين الأطفال والمراهقين، بغية التخفيف من آثاره الصحية وغيرها من الآثار، وتعزيز صحة ورفاه هؤلاء الأفراد.

¹ يشير إلى الرعاية والعلاج الذي يستجيب لآثار الصدمات النفسية؛ ويؤكد على أهمية السلامة البدنية والنفسية والعاطفية؛ ويساعد الناجين على إعادة الشعور بالسيطرة والتمكين.

ولأسباب مماثلة، نشرت منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام 2013، أول المبادئ التوجيهية السريرية والسياسية لقطاع الصحة للتصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة والتي تقدم توصيات بشأن تحديد وتقديم الرعاية السريرية للنساء البالغات اللاتي تعانين من عنف العشير والعنف الجنسي، وكذلك فيما يخص تدريب مقدمي الخدمات وتقديم وإدارة الخدمات (39). ونشرت هذه المبادئ التوجيهية على نطاق واسع في البلدان، وبغية القيام بذلك، طُلب من منظمة الصحة العالمية أن توفر أيضا إرشادات محددة للتصدي للاعتداء الجنسي بين الأطفال والمراهقين.

هـ. الجمهور المستهدف

يقدم هذا الدليل التوجيهي توصيات موجهة أساسا إلى مقدمي الرعاية الصحية في الخط الأول (مثل الأطباء العامين، والممرضات، والقابلات، وأطباء أمراض النساء وأطباء الأطفال) من أجل تقديم رعاية صحية سريرية ذات جودة عالية وقائمة على الأدلة للأطفال والمراهقين، الذين تعرضوا، أو ربما تعرضوا، لاعتداء جنسي، بما في ذلك الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب. ويشمل ذلك أولئك الذين يعملون في الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية وبرامج معالجة فيروس نقص المناعة البشرية والصحة العقلية. ومع ذلك، يمكن أن يكون الدليل التوجيهي أيضا مفيدا لغيرهم من مقدمي الخدمات (مثل الأخصائيين الاجتماعيين ومقدمي خدمات الدعم النفسي والاجتماعي)، بمن فيهم المتخصصون الذين من المحتمل أن يقوموا بمعاينة الأطفال أو المراهقين. ويشمل الدليل التوجيهي أيضا اعتبارات ذات صلة بالممارسة الجيدة لمعالجة القضايا الأخلاقية وقضايا حقوق الإنسان، فضلا عن اعتبارات متعلقة بالتنفيذ موجهة إلى واضعي السياسات والمديرين، لتمكين ودعم توفير الرعاية السريرية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا أو ربما تعرضوا لاعتداء جنسي. ولئن كان هذا الدليل التوجيهي، ذا طابع عالمي، غير أنه يهتم بصفة خاصة بمسألة تطبيقه في أماكن الرعاية الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مع مراعاة محدودية موارد الرعاية الصحية المتاحة. ولذلك، أخذت مسألة جدوى تنفيذ التوصيات في الأماكن المنخفضة الموارد في الاعتبار.

و. نطاق الدليل التوجيهي

ويشمل نطاق هذا الدليل التوجيهي ما يلي:

- **الفئة السكانية:** جميع الأطفال، بمن فيهم المراهقون، الذين تتراوح أعمارهم ما بين 0 و18 سنة الذين، تعرضوا، أو ربما تعرضوا لاعتداء جنسي. ويأخذ الدليل التوجيهي في الاعتبار الضعف غير متناسب للأطفال والمراهقين الذين قد يواجهون التمييز.
- **التدخلات:** جميع التدخلات ذات الصلة بتوفير الرعاية السريرية الجيدة، بما في ذلك رعاية الصحة العقلية والرعاية الفورية/على المدى القصير والطويل. وهي تغطي أيضا الممارسات الجيدة للحد من الأضرار والصدمات خلال عملية تسجيل الملف الطبي، وإجراء الفحص البدني، والتوثيق، والاعتبارات الأخلاقية والمتعلقة بالسلامة عند إبلاغ السلطات المختصة. وتشير إلى الاعتبارات المتعلقة بالتنفيذ ذات الصلة بالاستفادة من الخدمات، وتدريب مقدمي الرعاية الصحية، وخلق بيئة داعمة أو مواتية لتسهيل توفير الرعاية. وكل هذه التدخلات تحكمها المبادئ التوجيهية الأخلاقية والقائمة على حقوق الإنسان.

• **التدخلات المتناولة في المبادئ التوجيهية الأخرى:** التوصيات المتعلقة بتحديد الاعتداء الجنسي على الأطفال أو المراهقين ستكون جزءاً من مبادئ توجيهية تكميلية للاستجابة السريرية لأشكال أخرى من سوء معاملة الأطفال التي ستنشرها منظمة الصحة العالمية في عام 2018¹.

• **النتائج:** نتائج أولية تتصل بتحسين صحة الطفل والمراهق ورفاهه، بما في ذلك الوقاية من الإعاقة على المدى الطويل، وتحسين الأداء. نتائج ثانوية تتعلق باستفادة الناجين من الاعتداء الجنسي من الخدمات وبرعاية مقدمي الرعاية غير المسيئين.

ويُستثنى من نطاق هذا الدليل التوجيهي ما يلي:

• **الفئة السكانية:** الأطفال والمراهقون الذين خضعوا لأشكال أخرى من إساءة معاملة الأطفال مثل سوء المعاملة البدنية أو العاطفية أو الإهمال في غياب اعتداء جنسي؛ وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث والاتجار بالبشر والإكراه الإنجابي (مثل العبث بموانع الحمل) في غياب اعتداء جنسي.

• **التدخلات:** تدخلات غير سريرية – على سبيل المثال، تتصل بتوفير الرعاية والخدمات ذات الصلة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي خارج الخدمات الصحية (مثل حماية الطفل أو الخدمات القانونية أو الاجتماعية). ولا يشمل هذا الدليل التوجيهي التوصيات المتعلقة بالسياسات المتصلة بنماذج تقديم الخدمات أو نُهج التدريب. وستعالج التدخلات المتعلقة بمرتكبي أعمال الاعتداء الجنسي ضمن الدليل التوجيهي التكميلي المتعلق بأشكال أخرى لسوء معاملة الأطفال التي ستنشر في عام 2018 (انظر الحاشية 1)، وهي لذلك لم يتم تناولها هنا.

¹ تقوم إدارة منظمة الصحة العالمية لإدارة الأمراض غير السارية، والوقاية من الإعاقة، والعنف والإصابات حالياً بوضع المبادئ التوجيهية التكميلية، وفي وقت لاحق ستدمج مع هذا الدليل التوجيهي.

2. الأساليب

جرى إعداد هذا الدليل التوجيهي وفقا للمتطلبات المحددة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الإصدار الثاني (40). وشملت العملية (أ) تحديد المسائل البحثية والنتائج الحاسمة؛ (ب) واسترجاع الأدلة، بما في ذلك التكليف بإجراء استعراضات منهجية؛ (ج) وتجميع الأدلة؛ (د) وتقييم النوعية، بما في ذلك مجموعة إعداد الدليل التوجيهي و (هـ) صياغة توصيات بالتعاون مع مجموعة إعداد الدليل التوجيهي وتلقي مدخلات من أعضاء استعراض الأقران.

أ. المساهمون في الدليل التوجيهي

استرشدت عملية إعداد الدليل التوجيهي بثلاث مجموعات رئيسية (انظر المرفق 1 للاطلاع على الأسماء والتسميات):

أ- فريق توجيهي يتألف من فريق أساسي من موظفي منظمة الصحة العالمية أعضاء من الإدارات ذات الصلة. وقدمت أخصائية المشورة للفريق التوجيهي بشأن عملية استعراض البروتوكولات وتصنيف التوصيات، وتقدير وتطوير وتقييم جداول أسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (41) (GRADE) التي أصدرتها أفرقة استعراضات منهجية؛

ب- مجموعة إعداد الدليل التوجيهي، التي تتألف من 15 جهة من جهات أصحاب المصلحة الخارجيين (ليسوا من منظمة الصحة العالمية)، بمن في ذلك خبراء المحتوى وخبراء سريريون، وباحثون في مجال العنف الجنسي ضد الأطفال، الذين قدموا المشورة بشأن نطاق الدليل التوجيهي وساعدوا في صياغة التوصيات؛ ودعيت وكالات وشركاء الأمم المتحدة التي من المحتمل أن تنفذ الدليل التوجيهي بصفة مراقب؛

ج- فريق استعراض خارجي من أصحاب المصلحة الدوليين ذوي الصلة الذين استعرضوا الوثيقة الختامية توخيا للوضوح والدقة، وأسدوا المشورة بشأن المسائل السياقية، والآثار الناجمة عن التنفيذ.

ب. إشهار المصالح من جانب المساهمين الخارجيين

طلب من جميع أعضاء مجموعة إعداد الدليل التوجيهي والمساهمين الخارجيين الآخرين استيفاء الاستمارة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية بشأن إشهار المصالح قبل الشروع في عملية إعداد الدليل التوجيهي، بما في ذلك المشاركة في الاجتماعات المتعلقة بالدليل التوجيهي. واستعرض الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية جميع استمارات إشهار المصلحة وقام بتقييم أي تضارب في المصالح، قبل دعوة الخبراء إلى المشاركة في إعداد الدليل التوجيهي وفقا للمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن إشهار المصالح (42) ومتطلبات مكتب منظمة الصحة العالمية للائتمثال وإدارة المخاطر والأخلاقيات (CRE). وإضافة إلى ذلك، وفقا لقواعد الشفافية، نُشرت نُبذ قصيرة للسيرة الذاتية لأعضاء مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية لمدة أسبوعين قبل دعوتهم للمشاركة. ولم يعلن أي مشارك في الاجتماع عن تضارب مصالح يمكن أن يعتبر مهما بما فيه الكفاية، لكي يشكل أي خطر على عملية وضع

الدليل التوجيهي أو التقليل من مصداقيته (40). وشارك مراقبون في الاجتماع الثاني لمجموعة إعداد الدليل التوجيهي حيث قُدمت أدلة، ووُضعت توصيات. وأبدوا تعليقات عند الطلب ولكنهم لم يشاركوا في وضع التوصيات. ويرد موجز بيانات إشهار المصالح وكيفية إدارة تضارب المصالح في المرفق الإلكتروني الأول. ولم يحدد الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية أي تضارب كبير في المصالح يتطلب مراجعة إضافية من مكتب منظمة الصحة العالمية للامتثال وإدارة المخاطر والأخلاقيات.

ج. تحديد الأسئلة البحثية ذات الأولوية والنتائج – تحديد النطاق

حدد الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية نطاق الدليل التوجيهي، استناداً إلى استعراض المؤلفات المتاحة، بما في ذلك المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية ذات الصلة وغيرها من المبادئ التوجيهية. وعُقد الاجتماع الأول لمجموعة إعداد الدليل التوجيهي في شباط/فبراير عام 2016، لتقديم واستعراض نطاق الدليل التوجيهي والاتفاق على مسائل البحوث ذات الأولوية، باستخدام نسق السكان، والتدخلات، والمقارنة، والنتائج (PICO). وتجب هذه الأسئلة على (أ) التدخلات الدوائية لتوفير الرعاية الطبية الفورية؛ (ب) والتدخلات النفسية على المدى القصير والطويل (قائمة الأسئلة ذات الأولوية التي اتفقت عليها مجموعة إعداد الدليل التوجيهي متاحة عند الطلب).

وفي أعقاب الاجتماع الأول لمجموعة إعداد الدليل التوجيهي صنفت المجموعة الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO) من أجل تقييم النتائج الحاسمة والهامة للتدخلات النفسية من خلال دراسة استقصائية على الإنترنت. وطلب إلى مجموعة إعداد المبادئ التوجيهية تصنيف أهمية نتائج التدخلات النفسية على مقياس من 1 إلى 9 درجات. وصنفت تلك النتائج التي كان متوسطها بين 7 و9 بأنها نتائج «حاسمة»² وتلك التي حصلت على درجة بين 4 و6 اعتبرت «مهمة»، ولكن ليست «حاسمة»². ووافقت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على أنه بالنسبة للمواضيع التالية، تعتبر المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وتوصياتها قابلة للتطبيق على الفئة السكانية لهذا الدليل التوجيهي. ويشمل ذلك (أ) منع الحمل وتديره؛ (ب) إتاحة اللقاحات للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً؛ (ج) والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والقيام بالعلاج الوقائي بعد التعرض للأمراض المعدية المنقولة، وتحديد نظام الجرعات؛ (د) والقيام ببعض التدخلات على مستوى الصحة العقلية. واستند قرار استخدام توصيات منظمة الصحة العالمية القائمة والمتعلقة بهذه المواضيع على أساس كون هذه التوصيات تستند لاستعراضات منهجية حديثة و/أو من غير المحتمل أن تكون مختلفة بالنسبة للفئة السكانية التي هي محط اهتمام هذا الدليل التوجيهي. وتم الاتفاق على مجموعة أسئلة أربعة جديدة ذات أولوية (أي PICO) لوضع التوصيات.

د. قيم وأفضليات لإثراء الممارسات الجيدة والمبادئ التوجيهية

إضافة إلى ذلك، أُجري استعراضان للمؤلفات المتصلة بالدراسات النوعية والكمية بغية تحديد (أ) القيم والأفضليات التي لدى الناجين من الاعتداء الجنسي، ومقدمي الرعاية لهم ومقدمي الرعاية الصحية؛ (ب) والممارسات والأفضليات المتعلقة بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي إلى السلطات المختصة ذات الصلة. وأسهم الاستعراضان بشأن المؤلفات، إلى جانب المعايير الدولية ذات الصلة بحقوق الإنسان والأخلاق والمساواة بين الجنسين في إرشاد وإثراء عملية وضع: (أ) مبادئ توجيهية؛ (ب) وبيانات الممارسة الجيدة لتقديم الرعاية السريرية، والإبلاغ عن الاعتداءات الجنسية

¹ بالنسبة لجميع الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO) المتصلة بالتدخلات الدوائية، كانت هناك أقل من ثلاث نتائج. ومن ثم، لم يجر تصنيف النتائج الحاسمة والمهمة.

² قائمة أسئلة الدراسة الاستقصائية التي أُجريت على الإنترنت ومتوسط درجات النتائج متاحة عند الطلب.

واعتبارات متصلة بالتنفيذ: (ج) وملاحظات أبديت من أجل تنفيذ التوصيات. وشملت المواضيع المحددة لإثراء وإرشاد الممارسات الجيدة والمبادئ التوجيهية: (أ) الدعم في الخط الأول للكشف عن الاعتداء الجنسي؛ (ب) والملف الطبي والفحص البدني وممارسات التوثيق للتقليل من الأضرار والصدمات النفسية؛ (ج) والمعايير الأخلاقية ومعايير حقوق الإنسان للإبلاغ عن الاعتداء الجنسي؛ (د) تيسير الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب؛ (هـ) وخلق بيئة داعمة ومواتية لتقديم الخدمات لمقدمي الرعاية الصحية من أجل الاضطلاع بمسؤولياتهم في توفير الرعاية. وجرى النظر في هذه المواضيع المرتبطة ببيانات الممارسة الجيدة، استناداً إلى فرضية مفادها أن الإجراءات المستمدة من المعايير الأخلاقية وحقوق الإنسان لا يمكن أن تخضع للأساليب التجريبية. بالإضافة إلى ذلك، حينما تكون الإجراءات مستندة إلى أحكام عملية سليمة، بما في ذلك أحكام مستمدة من الصحة العامة والممارسة الطبية، و/أو تحمل القليل أو لا تنطوي على أي خطر مضر بالصحة أو السلامة، فقد أدمجت هذه الإجراءات أيضاً في بيانات الممارسة الجيدة.

هـ. استرجاع الأدلة

أجري استرجاع منهجي وشامل للأدلة لتحديد الدراسات المنشورة بشأن الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخلات والمقارنة والنتائج التي حظيت بأولوية من خلال عملية تحديد النطاق. وُحددت استعراضات منهجية لثلاثة أسئلة من بين أربعة أسئلة ذات أولوية اتفقت عليها مجموعة إعداد الدليل التوجيهي التي ينبغي وضع توصيات جديدة بشأنها. ومع ذلك، مضى على هذه الاستعراضات أكثر من سنتين قبل وضع هذا الدليل التوجيهي. ومن ثم، أُجري تحديث على الاستعراضات المنهجية السابقة. وأسندت مهمة الاستعراضات المنهجية لمجموعات خارجية (انظر المرفق 1 للاطلاع على الأسماء). وأعدت بروتوكولات لكل استعراض منهجي، بما في ذلك إجراء تحديثات على الاستعراضات السابقة. وشملت البروتوكولات الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO) ومعايير تحديد الدراسات، بما في ذلك استراتيجيات البحث (بدعم من أمين مكتبة منظمة الصحة العالمية)، أساليب لتقييم مخاطر التحيز، ووضع خطة لتحليل البيانات. استعرض كل من الفريق التوجيهي وأخصائية الدليل التوجيهي البروتوكولات وتمت الموافقة عليها.

ولتحديد الدراسات ذات الصلة، أُجريت عمليات بحث منتظمة في العديد من قواعد البيانات الإلكترونية، بما في ذلك

Pubmed, Ovid, Medline, CINAHL (EBSCOhost), Web of Science, SCOPUS, African Index Medicus, LILACS, PsycINFO (EBSCOhost), POPLINE, WHOLIS via LILACS, ERIC (EBSCOhost), NYAM Library, ClinicalTrials.gov

والمجلات الأفريقية على الإنترنت. وتم الإبلاغ عن استراتيجيات البحث المستخدمة لتحديد الدراسات، والمعايير المحددة لإدراج الدراسات واستبعادها، باستخدام البنود المتعلقة بتقديم التقارير المفضلة لبيان الاستعراضات المنهجية والتحليلات الوصفية (PRISMA) ومبادئ توجيهية ومخطط تدفق (43). وتم وصف هذه المسائل في التقارير الكاملة للاستعراضات المنهجية الفردية. وأجريت عمليات البحث أيضاً بالفرنسية والإسبانية، والبرتغالية والصينية (الماندرينية). وأجريت استعراضات إضافية للمؤلفات بشأن الأسئلة المتعلقة بالمبادئ التوجيهية والممارسات الجيدة، باستخدام قواعد بيانات مماثلة لتلك المذكورة أعلاه. وتتوفر التقارير الكاملة للاستعراضات المنهجية واستعراضات المؤلفات المتعلقة بالممارسات الجيدة، بما في ذلك استراتيجيات بحثها، في المرفقات الإلكترونية 2 - 7.

و. تقييم الجودة والتوليف وترتيب الأدلة

قام المكلفون بالاستعراضات المنهجية بإجراء تقييمات الجودة لمجموعة الأدلة، باستخدام منهجية تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (41) (GRADE). وبحسب هذا النهج، تم تصنيف نوعية الأدلة لكل نتيجة على أنها «عالية» أو «متوسطة» أو «منخفضة» أو «منخفضة جداً»، استناداً إلى المجموعة التالية من المعايير المحددة سلفاً: (أ) خطر التحيز، استناداً إلى وجود قيود في تصميم الدراسة وتنفيذها؛ (ب) وعدم اتساق النتائج؛ و(ج) والطابع غير المباشر؛ (د) وعدم الدقة؛ (هـ) وتميز المنشورات بالتحيز (40). وفي بعض الحالات، توصف قوة الأدلة بأنها «أدلة غير مباشرة»، عندما لم تحدد أدلة مباشرة للسكان المعنيين أو النتيجة، أو ليست هناك دراسات تقارن مباشرة بين التدخلات وعامل المقارنة. بيد أن هذه الدراسات، التي كانت أساساً دراسات قائمة على الملاحظة كانت أيضاً تخضع لتقييم الجودة على أساس احتمال التحيز في عملية التقييم. ولذلك، فإن قرار إصدار التوصية مستمد من المقارنات غير المباشرة للتدخل والمقارنة، أو يجري استقراء البيانات من فئات سكانية مناسبة أخرى أو استناداً إلى نتائج متوسطة. ووضعت جداول بيانات أدلة أسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE) (أو «ملخص للنتائج») لكل سؤال له أولوية من الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخلات والمقارنة والنتائج التي كانت هناك أدلة متاحة بشأنها. وتشمل جداول أسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها عملية تقييم النوعية على أساس المعايير المذكورة أعلاه لتصنيف كل نتيجة على أنها عالية أو متوسطة أو منخفضة أو منخفضة جداً. وجدول أسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE) متاحة على شكل مرفقات إلكترونية 3ب و5ب و6ب¹.

ز. صياغة التوصيات

قبل الاجتماع الثاني لمجموعة إعداد الدليل التوجيهي (كانون الأول/ديسمبر 2016)، وضع الفريق التوجيهي مسودة بيان أولي لكل مسألة ذات أولوية، التي اتخذت كأساس للمناقشة. وخلال الاجتماع، عرضت ملخصات الأدلة وجدول منهجية تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE) ومسودة البيانات على مجموعة إعداد الدليل التوجيهي. وقامت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي باستعراض منهجي ومناقشة (أ) الأدلة (الواردة في جداول تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE) - المرفقات الإلكترونية 3ب و5ب و6ب)؛ و (ب) كل مسودة بيان، باستخدام مجموعة من المعايير (انظر الإطار 1) الموضوع في جداول الأدلة إزاء المقررات (انظر المرفقات الإلكترونية 3ب-16).

الإطار 1. العوامل التي تؤخذ في الاعتبار عند صياغة التوصيات

• أولوية المشكلة الصحية التي تمت معالجتها
• القيم والأفضليات لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي، ولدى مقدمي الرعاية الصحية
• الموازنة بين المنافع والأضرار
• نوعية الأدلة المتاحة
• الآثار المترتبة على الموارد
• الفعالية من حيث التكلفة

¹ لم يكن هناك أي دليل مباشر لإعداد جدول أسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE) فيما يخص أحد الأسئلة ذات الأولوية المتعلقة بالسكان والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO).

• قضايا العدالة وحقوق الإنسان
• مقبولة التدخل المقترح
• جدوى التدخل المقترح

وتشمل كل توصية من التوصيات الواردة في هذا الدليل التوجيهي اتجاهها (لصالح أو ضد) وتصنيف درجة القوة (انظر المرفق 2 بالنسبة للأثار المترتبة على التصنيف). واستخدمت الفئات التالية لإنشاء تصنيف لقوة توصية من التوصيات (40):

- تعني توصية قوية أن هناك ثقة بأن الآثار المرغوبة للتقيد بتوصية معينة تفوق الآثار غير المرغوب فيها؛
- تعني التوصية المشروطة أن الآثار المرغوب فيها للتقيد بتوصية معينة ربما تفوق الآثار غير المرغوب فيها، ولكن لا توجد ثقة كاملة بهذا الاستنتاج.

وخلال الاجتماع الثاني لمجموعة إعداد الدليل التوجيهي في كانون الأول/ديسمبر 2016، اتخذ قرار بشأن التوصيات النهائية لصالح تدخل أو ضده وقوته بتوافق الآراء. وبالنسبة لكل توصية، استناداً إلى مناقشات متكررة، تم التوصل إلى توافق في الآراء حينما جرى التعبير عن اتفاق بالإجماع أو عندما لم يكن ثمة خلاف. ولم تحدث خلافات رئيسية يجب إيجاد حل لها أو تطرح للتصويت.

ح. إعداد الوثائق واستعراض الأقران

عقب الاجتماع الثاني لمجموعة إعداد الدليل التوجيهي (كانون الأول/ديسمبر 2016)، تم إعداد تقرير. وقام الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية بصياغة الدليل التوجيهي الذي يحتوي على جميع التوصيات (الجديدة والقائمة) وبيانات الممارسات الجيدة والمبادئ التوجيهية. وأرسل المشروع الكامل للدليل التوجيهي بطريقة إلكترونية إلى جميع أعضاء مجموعة إعداد الدليل التوجيهي للمزيد من المدخلات، وبعد ذلك ليخضع لاستعراض الأقران من قبل فريق الاستعراض الخارجي. وجرى اختيار سبعة من المستعرضين الأقران من مختلف مناطق منظمة الصحة العالمية من ذوي الخبرة في مجال بحوث طب الأطفال أو الممارسة السريرية، أو يمثلون منظمات تقدم الخدمات للأطفال والمراهقين المتأثرين بالاعتداء الجنسي، بعد استعراض ملفاتهم الخاصة بإشهار المصالح (انظر المرفق 1 للاطلاع على الأسماء). واقتصرت المدخلات التي قدمها فريق الاستعراض الخارجي على تصحيح أخطاء وقائية وتحسين وضوح اللغة وتوفير المعلومات السياقية. ولم تثر خلافات رئيسية خلال عملية الاستعراض ولم تجر تعديلات بشأن اتجاه التوصيات أو قوتها أو محتواها.

3. مبادئ توجيهية مستمدة من المبادئ الأخلاقية معايير حقوق الإنسان

ينبغي أن تسترشد الرعاية السريرية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي بالالتزامات المتعلقة بحماية جميع أشكال العنف ضد الأطفال والمراهقين ومنعها والتصدي لها. وهذه الالتزامات محددة في المعايير الدولية لحقوق الإنسان (للحصول على قائمة من الصكوك ذات الصلة، انظر المرفق 3). وتعترف عدة صكوك لحقوق الإنسان التي وقعت عليها العديد من الحكومات، بما في ذلك اتفاقية حقوق الطفل (2) (CRC) واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (44) (CEDAW) بحقوق الأطفال والمراهقين، وكذلك بمسؤوليات من يقع على عاتقهم واجب حماية وتعزيز هذه الحقوق. وتحدد معايير حقوق الإنسان مسؤوليات من تقع على عاتقهم واجبات (أي مقدمو الرعاية الصحية ومؤسسات الرعاية الصحية) لاتخاذ جميع التدابير المناسبة لحماية الطفل أو المراهق من جميع أشكال العنف وسوء المعاملة. فهي تمنح حق الحماية¹ والخصوصية² والمشاركة³ والصحة⁴ بما في ذلك الحصول على الرعاية والمعلومات للأطفال والمراهقين. وينبغي أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على بينة من هذه المعايير، وكيف يمكن ترجمتها إلى قوانين وطنية ذات الصلة، وتطبيقها كمبادئ توجيهية في توفير الرعاية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وترد المبادئ التوجيهية الشاملة المستمدة من معايير حقوق الإنسان الدولية الرئيسية في القائمة التالية.

أ. مبدأ المصالح الفضلى للطفل أو المراهق

في الممارسة العملية، يتطلب الأمر أن تتخذ الجهات المسؤولة الإجراءات الواردة أدناه.

- **حماية وتعزيز السلامة:** يجب أن يكون تعزيز وحماية السلامة البدنية والعاطفية للطفل أو المراهق الاعتبار الرئيسي طوال فترة الرعاية. وهذا يعني أنه، بمشاركة الطفل والمراهق ومقدمي الرعاية غير المسيئين، حسب الاقتضاء، يحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى النظر في جميع الأضرار المحتملة واتخاذ أو اختيار الإجراءات التي من شأنها أن تقلل إلى أدنى حد من العواقب السلبية على الطفل أو المراهق، بما في ذلك احتمال استمرار الاعتداء.
- **توفير الرعاية الحساسة:** ينبغي الإصغاء باهتمام للأطفال والمراهقين الذين يكشفون عن اعتداء جنسي تعرضوا له، دون تفسير أو إبداء أحكام على روايتهم للأحداث، حتى عندما قد تختلف عن رواية مقدمي الرعاية الصحية المصاحبين لهم. وينبغي أن تقدم للأطفال والمراهقين استجابة متعاطفة معهم ودون إصدار أحكام بحيث تطمئنهم أن اللوم لا يقع عليهم بسبب الاعتداء الجنسي وأنهم تصرفوا على نحو ملائم في الإفصاح عن ذلك.

¹ اتفاقية حقوق الطفل، المادتان 19 و34.

² اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 24.

³ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 12.

⁴ اتفاقية حقوق الطفل، المادتان 24 و39.

- **تعزيز وحماية الخصوصية والسرية:** تكتسي حماية الخصوصية أثناء الرعاية والمعالجة السرية لجميع المعلومات التي تم جمعها أهمية خاصة لتعزيز سلامة الطفل أو المراهق. وهذا يعني أنه خلال الاستشارة والفحص، ينبغي ألا يسمح بالحضور في الغرفة إلا لأولئك الذين يهمهم الأمر (بما في ذلك من أجل ضمان سلامة الطفل أو المراهق). ولأسباب تتعلق بالسلامة، ينبغي مقابلة الأطفال والمراهقين بمفردهم، بمعزل عن مقدم الرعاية (انظر **بيان الممارسة الجيدة 2**). وينبغي تقاسم المعلومات التي جمعت من المقابلات والفحوص على أساس الحاجة إلى معرفة وفقط بعد الحصول على الموافقة المستنيرة من الأطفال أو المراهقين، و/أو مقدمي الرعاية، حسب الاقتضاء. وفي الحالات التي توجد فيها قيود على السرية، بما في ذلك أي التزامات بالإبلاغ عن حوادث، ينبغي شرح ذلك للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية لهم عند بداية تقديم الرعاية. وينبغي تخزين المعلومات التي يتم جمعها بشكل آمن (مثلاً أن تكون محمية بفتح أو كلمة سر).

ب. مبدأ القدرات المتطورة للطفل أو المراهق

تتطور قدرة¹ الأطفال والمراهقين على فهم المعلومات المتعلقة بطبيعة الرعاية السريرية التي سيتلقونها وفوائدها ونتائجها، والقيام بخيارات أو قرارات طوعية ومستنيرة، مع العمر ومرحلة النمو. وسيكون للقدرات المتطورة للطفل أو المراهق تأثير في اتخاذ قراراتهم المستقلة بشأن القضايا الصحية التي تهمهم. وينبغي أن تكون لدى مؤسسات الرعاية الصحية سياسات تدعم قدرة الأطفال والمراهقين على اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الطبية لهم وفقاً لهذا المبدأ². وفي الممارسة العملية، ينبغي أن ينظر مقدمو الرعاية الصحية ومؤسسات الرعاية الصحية في الإجراءات الواردة أدناه.

- **توفير المعلومات المناسبة للعمر،** وكذلك فيما يتعلق باعتبارات أخرى (مثل الجنس، والعرق والانتماء العرقي، والدين، والتوجه الجنسي، وهوية نوع الجنس، والإعاقة والحالة الاجتماعية الاقتصادية). وهذا يتطلب تكييف المعلومات التي يتم تقديمها وكيفية تقديمها (على سبيل المثال في اختيار الكلمات أو اللغة، واستخدام الوسائل البصرية) وفقاً لعمر الطفل أو المراهق ومرحلة نموه، بما في ذلك نضجهم المعرفي والسلوكي والعاطفي لفهم المعلومات.
- **التماس الموافقة المستنيرة المناسبة لعمر الطفل أو المراهق** وتطور قدرتهما، والسن القانونية للموافقة على الحصول على الرعاية السريرية فيما يخص جميع القرارات والإجراءات التي يمكن اتخاذها. وعندما يكون الأطفال أو المراهقون دون السن القانونية للموافقة، فقد يكون من مصالحهم الفضلى التماس الموافقة المستنيرة. فعلى سبيل المثال، في بعض الحالات، قد يحجم المراهقون عن التماس الرعاية حينما تكون الموافقة مطلوبة من والديهم أو الأوصياء القانونيين. واعترافاً بهذا الأمر، في بعض السياقات، يكون في استطاعة المراهقين الأكبر سناً توفير الموافقة المستنيرة بدلاً من أو بالإضافة إلى والديهم أو الأوصياء القانونيين عليهم³. علاوة على ذلك، تسلم اتفاقية حقوق الطفل بأنه، وفقاً للقدرات المتطورة للأطفال أو المراهقين، فلهم الحق في الحصول على المشورة السرية أو المشورة والمعلومات دون موافقة والديهم أو الأوصياء القانونيين عليهم. وفي الحالات التي يعتبر أنه من المصالح الفضلى للمراهقين الذين هم في حاجة إلى رعاية، واستناداً إلى الأفضليات الخاصة بهم، فقد ينظر مقدمو الرعاية الصحية فيما إذا كان ينبغي إشراك الوالدين أو الأوصياء القانونيين.

¹ تشير إلى نضجهم المعرفي والسلوكي والعاطفي وقدرتهم.

² لجنة اتفاقية حقوق الطفل، التعليق العام رقم 15، الفقرة 21.

³ لجنة اتفاقية حقوق الطفل، التعليق العام رقم 20، الفقرة 39.

- **احترام الاستقلال الذاتي** ورغبات الأطفال أو المراهقين (مثل عدم إجبارهم على إعطاء معلومات أو الخضوع للفحص) مع موازنة ذلك مع الحاجة إلى حماية مصالحهم الفضلى (مثلاً حماية وتعزيز سلامتهم). وفي الحالات حيث لا يمكن إيلاء الأولوية لرغبات الطفل أو المراهق، ينبغي شرح الأسباب للطفل أو المراهق قبل اتخاذ مزيد من الخطوات.
- **توفير خيارات** أثناء الرعاية الطبية، حسب الاقتضاء.

ج. مبدأ عدم التمييز

يقضي هذا المبدأ بأن جميع الأطفال والمراهقين ينبغي توفير الرعاية الجيدة لهم، بغض النظر عن الجنس أو العرق، أو الانتماء العرقي، أو الدين، أو التوجه الجنسي، أو هوية نوع الجنس، أو الإعاقة أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية. وينبغي أن يعترف مقدمو الرعاية الصحية بأوجه التفاوت بين الجنسين وغيرها من أوجه التفاوت الاجتماعي وأخذها في الاعتبار التي يمكن أن تزيد بشكل غير متناسب من مواطن الضعف التي ينطوي عليها الاعتداء الجنسي وتشكل حواجز في حصول بعض الفئات على خدمات على حساب فئات أخرى. ولذلك، ينبغي إيلاء الاهتمام للاحتياجات المحددة للجماعات في الحالات الخاصة أو الضعيفة – على سبيل المثال، الفتيات المراهقات من المجتمعات المحلية الفقيرة، والأطفال أو المراهقين المعوقين أو المراهقين من فئات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين، أو المراهقين المنتمين لأقليات عرقية وجماعات السكان الأصليين.

د. مبدأ المشاركة

للأطفال والمراهقين الحق في المشاركة¹ في اتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهم، ووفقاً لقدراتهم المتطورة. وفي الممارسة يعني هذا استفسارهم عن آرائهم واحترامها وأخذها في الاعتبار عندما يجري اتخاذ قرارات فيما يتعلق بالرعاية الطبية المقدمة لهم. وعلاوة على ذلك، ثمة لدى الشباب عموماً رغبة في أن يتم التشاور معهم وإشراكهم، والمشاركة بفعالية في تصميم وتقديم الخدمات الصحية التي تؤثر عليهم (45).

¹ اتفاقية حقوق الطفل، المادة 12، التعليق العام رقم 15، الفقرة 21 والتعليق العام رقم 20، الفقرة 39.

4. التوصيات وبيانات الممارسة الجيدة

يعرض هذا الفرع توصيات وبيانات الممارسة الجيدة التي تستند معاً إلى المحتوى الجديد الذي جرى إعداده كجزء من عملية تطوير هذا الدليل التوجيهي، فضلاً عن توصيات منظمة الصحة العالمية القائمة وبيانات الممارسات الجيدة التي يمكن تطبيقها من أجل توفير الرعاية السريرية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي. ولا ترد ملخصات الأدلة ومبررات الأدلة فيما يخص التوصية إلا بشأن التوصيات وبيانات الممارسات الجيدة الجديدة أو التي تم تحديثها ووضعها لكي تعرض على نظر مجموعة إعداد الدليل التوجيهي بشأن هذا الدليل. وفيما يخص توصيات منظمة الصحة العالمية أو البيانات القائمة يوجه القارئ إلى المصدر أو الدليل التوجيهي الأصلي لمنظمة الصحة العالمية للاطلاع على تلك التفاصيل. ويتم الاحتفاظ بالتصنيف الأصلي لنوعية الأدلة وقوة التوصية المستمد من الدليل التوجيهي الأصلي لمنظمة الصحة العالمية فيما يخص التوصيات القائمة. كما تستند الملاحظات المصاحبة للتوصيات القائمة إلى المصدر الأصلي للدليل التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية. ومع ذلك، حيثما يكون ذلك مناسباً، أضيفت ملاحظات خاصة متصلة بالفئة السكانية المعنية. وجرت هيكلة هذا الفرع حسب ترتيب التدفق الذي ينبغي أن تقدم في إطاره الرعاية السريرية للأطفال أو المراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي. وجرى دمج المبادئ التوجيهية ذات الصلة بحقوق الإنسان، والإنصاف والمساواة بين الجنسين سواء في صيغة التوصية أو بيان الممارسة الجيدة و/أو تظهر في الملاحظات المصاحبة.

أ. الرعاية التي تركز على الطفل أو المراهق/الدعم في الخط الأول

قد يعاني الأطفال أو المراهقون الذين تعرضوا أو يتعرضون للاعتداء الجنسي من صدمة نفسية ويعانون من مجموعة من الآثار السلبية على صحتهم الجسدية والعقلية التي تتطلب الرعاية الفورية وعلى المدى الطويل والدعم. وقد يواجهون حواجز في التماس الرعاية والحصول عليها تشمل، على سبيل المثال، الخوف من الإفصاح إلى مقدم رعاية بالغ عن تجربة الاعتداء الجنسي الذي تعرضوا له (خاصة إذا كان مرتكب الجريمة هو أحد أفراد العائلة أو شخص معروف للأسرة)، بسبب الإحساس بوصمة العار والشعور بالعار. وقد لا يعرف مقدمو الرعاية علامات أو أعراض أو عواقب الاعتداء الجنسي أو الأماكن التي تتوفر فيها خدمات الرعاية الصحية. وإضافة إلى ذلك، قد تشترط السياسات المعتمدة من مقدمي الرعاية إبلاغ الشرطة أولاً قبل الحصول على الرعاية الصحية. وهناك مجموعة دنيا من الإجراءات، بما في ذلك تقديم الدعم في الخط الأول، التي ينبغي أن توجه الاستجابة الصحية للأطفال أو المراهقين الذين تعرضوا، أو ربما تعرضوا، للاعتداء الجنسي.

بيان الممارسة الجيدة 1

- ينبغي أن يوفر مقدمو الرعاية الصحية دعماً في الخط الأول يراعي الفوارق بين الجنسين ويركز على الطفل أو المراهق، في إطار استجابة للكشف عن الاعتداء الجنسي. ويشمل تقديم الدعم في الخط الأول ما يلي:
- الاستماع باحترام وتعاطف إلى المعلومات التي يقدمها الطفل أو المراهق ومقدمي الرعاية له؛
- الاستفسار عن شواغل ومخاوف واحتياجات الطفل أو المراهق، والإجابة على جميع الأسئلة؛ وإذا تم الكشف عن الاعتداء الجنسي، بذل جهود تلمئن بشأن التقليل إلى أدنى حد ممكن من أي أضرار؛
- ينبغي أن تقدم للأطفال والمراهقين استجابة متعاطفة معهم ودون إصدار أحكام بحيث تطمئنهم أن اللوم لا يقع عليهم بسبب الاعتداء الجنسي وأنهم تصرفوا على نحو ملائم في الكشف عن الاعتداء.
- اتخاذ إجراءات لتعزيز سلامة الطفل أو المراهق وتقليل الأضرار إلى أدنى حد، بما في ذلك تلك المتعلقة بعملية الكشف عن الاعتداء، واحتمال استمرار الاعتداء، وحيثما أمكن، يشمل ذلك ضمان خصوصية المعلومات البصرية والسمعية؛
- تقديم الدعم العاطفي والعملية من خلال تيسير الحصول على الدعم النفسي والاجتماعي للطفل أو المراهق ومقدمي الرعاية غير المسيئين؛ ويمكن أن يشمل هذا الدعم عملية الإحالات إلى خدمة المشورة والخدمات الاجتماعية، بما في ذلك خدمات حماية الطفل والشرطة والخدمات القانونية؛
- توفير معلومات مناسبة للفئة العمرية وشرح طبيعة التحقيقات التي سيتم إجراؤها وطبيعة العلاجات التي سيتم تقديمها للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية غير المسيئين، وما إذا كان ينبغي الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي إلى السلطات المعنية ذات الصلة؛
- معالجتهم في الوقت المناسب ووفقاً لاحتياجات ورغبات الطفل أو المراهق (مثلاً فرز الحالات عند اللزوم لتجنب الانتظار لمدة طويلة، ولكن دون التسرع)؛
- إعطاء الأولوية للاحتياجات الطبية العاجلة والدعم في الخط الأول؛
- جعل البيئة والطريقة التي تقدم من خلالها الرعاية مناسبة للعمر، فضلاً عن مراعاتها لاحتياجات الفئات التي تعاني من التمييز؛
- تقليل حاجة الطفل أو المراهق للذهاب إلى نقاط رعاية متعددة للعلاج داخل المرفق الصحي، وضمان أن يصاحبهم شخص مقدم للرعاية أو شخص بالغ داخل المرفق الصحي؛
- تمكين مقدمي الرعاية غير المسيئين بمعلومات لفهم الأعراض المحتملة وأو السلوكيات التي قد تظهر لدى الطفل أو المراهق خلال الأيام أو الأشهر القادمة ومتى ينبغي طلب المزيد من المساعدة.

ملخص الأدلة

الإجراءات لتوفير الدعم في الخط الأول مستمدة من (أ) توجيه منظمة الصحة العالمية بشأن الإسعافات الأولية النفسية (10، 39)؛ (ب) والمبادئ التوجيهية المبينة في الفرع 3؛ (ج) ومن استعراض المنشورات المتعلقة بالقيم والأفضليات التي لدى الأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية لهم. ويهدف استعراض المنشورات إلى الإجابة على السؤال التالي: «ما هي المبادئ التوجيهية التي تنظم تقديم الدعم في الخط الأول الذي يركز على الطفل أو المراهق ويراعي الاعتبارات الجنسانية؟». وركزت على الدراسات التي قدمت أفكاراً عن القيم والأفضليات التي لدى الأطفال أو المراهقين، ومقدمي الرعاية ومقدمي الرعاية الصحية، وإلى تلقي إجابة أولية بشأن حالة مؤكدة أو مشتبه فيها ذات صلة بالاعتداء الجنسي.

وأدرجت مجموعة من 22 دراسة، أغلبية منها مستمدة (16 = n) من البلدان ذات الدخل المرتفع، وست دراسات من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (46 – 67). وتشمل المواضيع المشتركة التي حددت عبر الدراسات على أنها ذات أهمية بالنسبة للناجين من الاعتداءات الجنسية، ومقدمي الرعاية و/أو مقدمي الرعاية الصحية: توفير المعلومات، والشرح والرعاية في الوقت المناسب؛ واحترام السرية والخصوصية؛ واحترام الاستقلال الذاتي ورغبات الطفل أو المراهق؛ وتلقي استجابة موضوعية ودون إصدار أحكام مسبقة توطد الاعتقاد بمصداقية رواية الناجين من الاعتداء؛ والتصرف بما يتناسب مع مصالح الطفل الفضلى أو المراهق؛ والاستماع بعناية واحترام

لرواية الناجين من الاعتداء الجنسي ومقدمي الرعاية؛ وإعطاء الأولوية لتقييم الاحتياجات الطبية والنفسية والرعاية؛ وتهيئة بيئة ملائمة للطفل أو المراهق. وإضافة إلى هذه المواضيع، سلطت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي الضوء على ضرورة إشراك الوالدين/مقدمي الرعاية أيضا في تقديم العلاج/الرعاية للطفل، مع التنبيه ألا يشرك إلا مقدمو الرعاية غير المسيئين (انظر المرفق الإلكتروني الثاني للاطلاع على التقرير الكامل).

ب. الملف الطبي والفحص البدني وتوثيق النتائج

بيان الممارسة الجيدة 2

- تمشيا مع مبدأ «عدم إلحاق الضرر»، عندما يتم الحصول على الملف الطبي، وإذا لزم الأمر، إجراء مقابلة الطب الشرعي، ينبغي أن يسعى مقدمو الرعاية الصحية إلى التقليل من الصدمات والمخاطر الإضافية لدى الأطفال والمراهقين الذين يكشفون عن الاعتداء الجنسي (4، 68). وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:
- تقليل الحاجة لدى الطفل أو المراهق إلى تكرار حكاية حادثة الاعتداء الجنسي عليه، لأنها يمكن أن تثير ذكريات وصدمات مؤلمة؛
 - لأسباب تتعلق بالسرية والسلامة يستحسن إجراء المقابلات مع الطفل أو المراهق على انفراد (أي بمعزل عن مقدمي الرعاية له)، مع اقتراح حضور شخص بالغ آخر للدعم؛
 - بناء الثقة والتواصل عن طريق طرح أسئلة حول مواضيع محايدة قبل الخوض في أسئلة مباشرة حول الاعتداء الجنسي؛
 - يعتبر إجراء تقييم شامل لصحتهم الجسدية والعاطفية: أمرا بالغ الأهمية، لأن رواية الطفل أو المراهق لما حدث خلال الاعتداء الجنسي يوفر معلومات هامة لتيسير اتخاذ قرارات مناسبة لإجراء الفحوص والتحقيقات، وتقييم الإصابات وتقديم العلاج و/أو الإحالة على الجهات المختصة؛
 - طرح أسئلة واضحة ومفتوحة دون تكرار؛ وفي بعض السياقات، بينما قد تكون هناك متطلبات لتوثيق بعض المعلومات من أجل الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي، فمن المهم عدم الإصرار على أن يجيب الطفل أو المراهق أو يفصح عن معلومات قد تسبب له صدمات نفسية أو تمس سلامته؛
 - استخدام لغة ومصطلحات مناسبة لسنهم وغير واصمة¹ وتدريب المترجمين الفوريين عند اللزوم؛
 - السماح للطفل أو المراهق بالإجابة على الأسئلة وأن يصف ما حدث له بالطريقة التي يختارها، بما في ذلك، على سبيل المثال، عن طريق الكتابة أو الرسم أو توضيح ذلك بواسطة نماذج.

ملخص الأدلة

وأجري استعراض منهجي للمنشورات سعيا للإجابة على السؤال التالي: «ما هي الممارسات التي تركز على الطفل أو المراهق والمراعية للاعتبارات الجنسانية والصدمات النفسية أثناء الحصول على الملف الطبي وإجراء مقابلات الطب الشرعي؟». وأسفر هذا الاستعراض عن إدراج 19 دراسات (46، 47، 50، 59، 69، 83). وكانت المواضيع المشتركة التي انبثقت عن هذه الدراسات بالنسبة للمجيبين: بناء علاقة ثقة؛ واستخدام نهج داعم ولا يصدر أحكام مسبقة؛ وطرح أسئلة واضحة ومفتوحة مع تجنب التكرار؛ واستخدام المصطلحات واللغة المناسبة؛ وتدريب المترجمين الفوريين إذا كان يتم اللجوء إلى خدماتهم؛ وإعطاء الأطفال أو المراهقين خياراً بشأن كيفية الرد على الأسئلة خلال المقابلة؛ وتوفير بيئة ملائمة للطفل والمراهق. وإضافة إلى هذه المواضيع، أضافت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي أيضا اقتراحات خاصة ذات صلة بالتواصل مع مجموعات فرعية من الأطفال، مثلا الأطفال المعوقين (انظر المرفق الإلكتروني الثاني للاطلاع على التقرير الكامل).

1 قد تختلف الكلمات والألفاظ الجارحة حسب السياق. ورغم ذلك، ينبغي أن يتجنب مقدمو الرعاية الصحية الكلمات التي توحى ضمناً أن الناجي هو المولوم عن العنف الذي لحق به.

بيان الممارسة الجيدة 3

- خلال إجراء الفحوص البدنية، وعند الحاجة، خلال إجراء تحقيقات الطب الشرعي، ينبغي أن يسعى مقدمو الرعاية الصحية إلى التقليل من الأضرار الإضافية والصدمات النفسية، والخوف والكرب، واحترام الاستقلال الذاتي ورغبات الأطفال أو المراهقين. وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:
- تحقيق أقصى قدر من الجهود لكي يخضع الطفل أو المراهق لفحص واحد فقط، بغية التقليل إلى أدنى حد من الصدمات؛
 - تقديم معلومات حول الآثار المترتبة على النتائج الإيجابية أو السلبية للفحص البدني وتحقيقات الطب الشرعي؛
 - تقليل حالات التأخر أثناء إجراء الفحص وفقا لرغبات الطفل أو المراهق (مثلا عدم فرض وتيرة سريعة)؛
 - خلال الفحص شرح ما سيتم عمله، قبل القيام بأي خطوة؛
 - اقتراح اختيار جنس الفاحص، حيثما أمكن ذلك؛
 - كما هي الممارسة المعتادة، التأكد من وجود شخص بالغ آخر أثناء الفحص؛
 - استخدام الوسائل البصرية والمصطلحات المناسبة للفئة العمرية من أجل شرح إجراءات الفحص؛
 - استخدام أدوات فحص واعتماد أوضاع تقلل من عدم الراحة البدنية و/أو الضيق النفسي؛
 - جمع أدلة الطب الشرعي على أساس رواية أحداث وقوع الاعتداء الجنسي، وعلى أساس ما هي الأدلة التي يمكن جمعها وتخزينها وتحليلها؛ وينبغي القيام بذلك بناء على الموافقة المستنيرة للطفل أو المراهق ومقدمي الرعاية غير المسيئين، حسب الاقتضاء(68,4).
- والإجراءات الطبية غير الضرورية أو التي يرجح أن تزيد الأضرار أو الأسى للطفل أو المراهق، ومن ثم، لا ينبغي القيام بها، هي كما يلي:
- القيام بما يسمى «اختبار البكارة» (المعروف أيضا ب«اختبار الأصبعين» أو فحص المهبل). ليست له أي صلاحية علمية (أي لا يوفر أدلة على حدوث اعتداء جنسي أو عدم حدوثه) ويزيد من الحرج والضيق ويضر بالفتيات اللاتي خضعن للفحص ويعد انتهاكا لحقوق الإنسان الخاصة بهن(84)؛
 - لا يلزم إجراء فحص بالمنظار أو بواسطة مناظر الشرج والقيام بفحوص بالأصابع أو باليدين للمهبل أو مستقيم الأطفال قبل البلوغ، ما لم يشر إلى ذلك طبيا؛ وفي حالة ضرورة استخدام المنظار، ينبغي النظر في استخدام المسكنات أو التخدير العام(68).

ملخص الأدلة

حدد استعراض منهجي للمنشورات 26 دراسة، معظمها من البلدان المرتفعة الدخل ($n = 23$)، التي تعالج القيم والأفضليات لدى الناجين من الاعتداء الجنسي ومقدمي الرعاية ومقدمي الرعاية الصحية (46، 47، 50، 52، 53، 57، 85، 67، 103). وسعت هذه الدراسات إلى الإجابة على السؤال التالي: «ما هي الممارسات السريرية الجيدة لإجراء فحص بدني وتحقيقات الطب الشرعي، بغية التقليل إلى أدنى حد من الأضرار/الصدمات النفسية لدى الطفل أو المراهق الذي تعرض، أو ربما تعرض لاعتداء جنسي؟». وحدد الاستعراض ورقات إضافية تسلط الضوء على توصيات خبراء سريريين من أجل اعتماد ممارسات سريرية جيدة لهذه الفئة من السكان. وكانت المواضيع المشتركة التي برزت: الحاجة إلى إجراء تقييم شامل للطفل أو المراهق وتحقيق الرفاه البدني والعاطفي وتلبية احتياجات الرعاية الصحية؛ وإجراء الفحوص في الوقت المناسب؛ والتقليل إلى أدنى حد من خوف وكرب المرضى ومقدمي الرعاية؛ واحترام الاستقلال الذاتي للمريض؛ واستخدام أدوات الفحص والمواقف التي تقلل من عدم الراحة. وتم العثور على أدلة محدودة للغاية في الدراسات المتعلقة بمستوى راحة المراهقين فيما يتعلق باستخدام منظار للفحص. ومع ذلك، لا يوصي الخبراء السريريون عموما بإجراء فحص بالمنظار للأطفال قبل البلوغ (انظر المرفق الإلكتروني الثاني لاطلاع على التقرير الكامل). وإضافة إلى ذلك، أبرزت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي أهمية موازنة الحاجة إلى فحوص في الوقت المناسب دون فرض وتيرة سريعة على الأطفال والمراهقين الذين ليسوا على استعداد للخضوع للفحص على الفور. واقترحوا أيضا أن يشير وينبه هذا الدليل التوجيهي إلى ممارسات، مثل «الاختبار بواسطة الأصبعين» أو ما يسمى «اختبار البكارة»، وهي ممارسات غير ضرورية طبيا وتنطوي على صدمات للأطفال والمراهقين.

ووثق الاستعراض المنهجي الذي دعمته منظمة الصحة العالمية انعدام الفائدة الطبية لاختبار البكارة والأضرار البدنية والنفسية والاجتماعية المحتملة الناجمة عن هذه الممارسة (84).

بيان الممارسة الجيدة 4

ينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بتوثيق نتائج الملف الطبي والفحص البدني واختبارات الطب الشرعي وأي معلومات ذات صلة بدقة وبطريقة كاملة، لأغراض المتابعة المناسبة ودعم الناجين في الوصول إلى الشرطة والخدمات القانونية، وفي الوقت نفسه حماية السرية والتقليل إلى أدنى حد من معاناة الأطفال أو المراهقين ومقدمي الرعاية لهم. وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:

- استخدام نسق منظم لتسجيل النتائج؛
- تسجيل البيانات الحرفية للطفل أو المراهق ومقدمي الرعاية غير المسيئين، عند الاقتضاء، من أجل توثيق دقيق وكامل لحالات الكشف عن الاعتداءات الجنسية؛
- ملاحظة الاختلافات بين البيانات التي أدلى بها الطفل أو المراهق ومقدمو الرعاية، إن وجدت، دون تأويل؛
- تسجيل الوصف المفصل والدقيق لأعراض الطفل أو المراهق وإصاباته؛
- عندما لا يكون هناك أي دليل مادي، الإشارة إلى أن غياب الأدلة المادية لا يعني عدم حدوث الاعتداء الجنسي؛
- توثيق الحالة العاطفية للطفل أو المراهق، مع الإشارة إلى أنه لا توجد حالة معينة تدل على حدوث الاعتداء الجنسي؛
- السعي إلى الحصول على الموافقة المستنيرة، حسب الاقتضاء، من أجل أخذ أي صور فوتوغرافية أو أشرطة فيديو، بعد شرح كيفية استخدامها؛
- التعامل مع جميع المعلومات التي تم جمعها بطريقة سرية (على سبيل المثال، لا ينبغي تبادل المعلومات إلا بعد الحصول على إذن من الطفل أو المراهق ومقدم الرعاية فقط على أساس الحاجة إلى المعرفة، بغية توفير الرعاية؛ وتخزين المعلومات بشكل آمن في خزانة مغلقة أو ملف محمي بكلمة سر؛ وإخفاء هوية المعلومات؛ وعدم الإفصاح عن أي معلومات تعريف حول قضية محددة لأولئك الذين لا يحتاجون إلى معرفتها، ولا سيما لوسائل الإعلام).

ملخص الأدلة

حدد الاستعراض المنهجي للمنشورات 12 دراسة تقدم إجابة على السؤال التالي «ما هي الممارسات الجيدة لتوثيق الملف الطبي ونتائج الفحص البدني وفحص الطب الشرعي؟» (47, 51, 52, 59, 61, 109, 92-104). ولم تكن هناك إلا دراستان مستمدتان من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وكان هناك تباين للمجيبين على مستوى الدراسات، حيث شملت مقدمي الرعاية الصحية والناجين من الاعتداء الجنسي. وشملت بعض الدراسات استعراضاً لملفات المرضى لتحديد ممارسات التوثيق. وشملت المواضيع الرئيسية التي برزت باعتبارها ذات أهمية بالنسبة للمجيبين ما يلي: الحاجة إلى استخدام نسق منظم لتسجيل النتائج؛ وطلب الإذن من الناجين قبل التقاط الصور من أجل توثيق أدلة الطب الشرعي، وشرح كيفية استخدامها؛ وتسجيل بيانات الطفل أو المراهق الحرفية؛ بما في ذلك تسجيل وصف مفصل لأعراض الطفل أو المراهق والآليات المحتملة للإصابات، إن وجدت. بالإضافة إلى ذلك، أكدت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على أهمية تسجيل النتائج، لكي يكون واضحاً أن غياب الأدلة البدنية لا يعني أن الاعتداء الجنسي لم يحدث. وذلك لأنه في المحاكم هناك تأكيد قوي على الأدلة المادية، بينما في حالات كثيرة من حالات الاعتداء الجنسي على الطفل والمراهق، وتبعاً لطبيعة الاعتداء، حينما يتم إحضار الطفل أو المراهق إلى مقدم الرعاية الصحية، قد لا تكون هناك أي أدلة مادية على الاعتداء الجنسي (84). كما سلطت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي الضوء على أهمية ملاحظة الحالة العاطفية للطفل أو المرافق وملاحظة أي تباينات وتناقضات بين رواية الطفل أو المراهق ورواية مقدم الرعاية، دون أي تأويل من جانب مقدم الرعاية الصحية (انظر المرفق الإلكتروني 2 للاطلاع على التقرير الكامل).

ج. العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية والالتزام به

إن الاعتداء الجنسي عن طريق إيلاج عضو جنسي (أي الاغتصاب) في الطفل أو المراهق والذي ينطوي على الجماع عن طريق الفم أو المهبل أو الشرج يحمل معه خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. ويعتبر خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من خلال القيام بجماع جنسي واحد بالتراضي منخفضا عموما. وإن خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المرتبط بالاعتداء الجنسي على الطفل أو المراهق غير معروف. ومع ذلك، هناك العديد من الخصائص المرتبطة بالاعتداء الجنسي عن طريق الإيلاج، لا سيما لدى الأطفال والمراهقين، والتي يمكن أن تؤثر على خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. على سبيل المثال، من المعروف أن الفتيات المراهقات أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من الناحية البيولوجية لأن لديهن جدران مهبلية أرق وأعناق غير ناضجة ومستويات منخفضة من الإستروجين مما يجعلهن من الناحية الفسيولوجية أكثر عرضة لانتقال فيروس نقص المناعة البشرية من النساء البالغات(110). وثمة عوامل أخرى تزيد من احتمال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية وهي وجود تمزقات وإصابات تناسلية من جراء الجماع الجنسي القسري وتورط العديد من الجناة في الاعتداء (أي اغتصاب جماعي)(111، 112).

وهناك عدد محدود من الدراسات التي حاولت تحديد معدلات انتقال فيروس نقص المناعة البشرية لدى الأطفال الذين تعرضوا لاعتداء جنسي والذين يبحثون عن خدمات طبية. ذلك أن حجم العينات في هذه الدراسات صغير ومن ثم لا يمكن البرهنة دائما على طريقة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية(22، 23). وفي دراسة أجريت في الكاميرون، وُجد أن معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بلغ 37.5% بين الأطفال الذين تعرضوا لاعتداء جنسي عن طريق الإيلاج(113). ويشير آخر استعراض للدراسات المتعلقة بالاعتداء الجنسي على الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أن ما يقدر بنسبة 1% من جميع الأطفال في جنوب أفريقيا سيتعرضون لاعتداء جنسي عن طريق الإيلاج من قبل شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية خلال فترة بلوغهم 18 سنة(114). وفي المناطق التي تعاني من نسب إصابة مرتفعة بفيروس نقص المناعة البشرية، قد تكون هناك حجج أخلاقية قوية لتوفير العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا، أو ربما تعرضوا لاعتداء جنسي ينطوي على الجماع عن طريق الفم أو المهبل أو الشرج والذين يلتزمون خدمات طبية في غضون 72 ساعة من وقوع الحادث.

التوصية 1 (حالية)(115)

وافقت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على أن التوصيات القائمة بشأن العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (بما في ذلك النظام المتبع والتواتر) لفائدة عامة السكان من الأطفال والمراهقين الذين يواجهون التعرض غير المهني لفيروس نقص المناعة البشرية، والنساء اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي، ينطبق على الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا، أو ربما تعرضوا لاعتداء جنسي ينطوي على الإيلاج عن طريق الفم أو المهبل أو الشرج(39، 115، 116).

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
ينبغي توفير العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، حسب الاقتضاء، للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاغتصاب ينطوي على الإيلاج في الفم أو المهبل أو الشرج، ويطلبون الرعاية الصحية في غضون 72 ساعة من وقوع الحادث (انظر الملاحظات المتعلقة بالاعتبارات الإضافية بشأن أهلية الاستفادة من العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية).	أدلة غير مباشرة	قوية

التوصية 2 (حالية) (115)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
ينبغي تقديم وصفة طبية من العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية لمدة 28 يوماً (مضادات الفيروسات القهقرية) لغرض العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، عقب تقييم المخاطر الأولية.	منخفضة	قوية

التوصية 3 (حالية) (115)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
يفضل اعتماد نظام العلاج الثلاثي (أي بثلاثة عقاقير) بمضادات الفيروسات القهقرية ولكن يعتبر اعتماد نظام قائم على عقارين أيضاً فعالاً.	منخفضة جداً	مشروطة

ملاحظات

- تنطبق هذه التوصيات على أولئك الذين حضروا في غضون 72 ساعة من وقوع الاغتصاب طلباً للرعاية الطبية. أما الأطفال أو المراهقون الذين تعرضوا للاغتصاب، والذين حضروا بعد مدة تجاوزت 72 ساعة بعد التعرض للاعتداء الجنسي عادة لا يعتبرون مؤهلين للاستفادة من العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. ومع ذلك، في حالة استمرار الاعتداء الجنسي الذي يحدث على مدى عدة أيام، فينبغي تطبيق مهلة 72 ساعة على آخر حالة تعرض للجماع عن طريق الفم أو المهبل أو الشرج.
- ينبغي أن يستند تقييم الأهلية إلى حالة فيروس نقص المناعة البشرية لدى الشخص المصدر كلما كان ذلك ممكناً ويمكن أن يشمل النظر في مدى الانتشار والأنماط الوبائية المحلية.
- في بعض المناطق التي تتميز بارتفاع معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية أو حيث يعرف أن المصدر على درجة عالية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ينبغي أن يقدم العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية دون تقييم المخاطر.
- في المناطق ذات الانتشار المنخفض لفيروس نقص المناعة البشرية، ينبغي أن تنظر السياسات بشأن تقديم العلاج الوقائي الروتيني بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية في السياق المحلي والموارد والفرص والتكاليف الأخرى الناجمة عن تقديم ذلك العلاج.

- يمكن تقييم الأهلية استناداً إلى ما إذا كانت حالة فيروس نقص المناعة البشرية لدى مرتكب الاعتداء الجنسي إيجابية أو غير معروفة؛ وما إذا كان الطفل أو المراهق الذي تعرض للاعتداء الجنسي غير معروف بأنه يحمل فيروس نقص المناعة البشرية؛ وما إذا كان لديهم خطر محدد للتعرض لفيروس نقص المناعة (مثل حصول إيلاج في المهبل أو الشرج دون العازل الذكري أو تمزق العازل الذكري أو انزلاقه أو وجود احتكاك بين دم الجاني أو قذفه المنوي والأغشية المخاطية أو الغشاء الجلدي غير السليم أثناء الاعتداء الجنسي، أو تعرضوا لجماع جنسي عن طريق الفم مع القذف، أو جرى تخديرهم أو كانوا فاقدين للوعي في وقت الاعتداء الجنسي المزعوم، أو أنهم اغتصبوا).

• ينبغي الحديث عن خطر فيروس نقص المناعة البشرية مع المراهقين الذين تعرضوا للاغتصاب، استناداً إلى قدراتهم المتطورة لفهم المعلومات المقدمة، لتحديد استخدام العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. ويشمل ذلك القيود المفروضة على العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية؛ وحالة فيروس نقص المناعة البشرية وخصائص الجاني إذا كان معروفاً؛ وخصائص الاعتداء الجنسي، بما في ذلك عدد الجناة، والآثار الجانبية لمضادات الفيروسات القهقرية المستخدمة في نظام العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية واحتمال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وبالنسبة للرضع والأطفال الصغار، ينبغي مناقشة القيود المفروضة على العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، والآثار الجانبية للأدوية واحتمال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية مع مقدمي الرعاية الصحية غير المسيئين.

• ينبغي البدء بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية في أقرب وقت ممكن لتحقيق أقصى قدر من الفعالية، ومن المستحسن أن يتم ذلك خلال 72 ساعة من التعرض لخطر الاعتداء الجنسي. وقد لا يستطيع الأطفال والمراهقون الوصول إلى الخدمات الطبية خلال هذه المدة الزمنية، بسبب عدة حواجز، ولذلك من الأهمية بمكان معالجة الحواجز التي تعترض الوصول إلى المرفق الصحي في غضون 72 ساعة. ويتضمن ذلك توعية المجتمع المحلي بشأن أهمية الحصول على الرعاية الطبية في وقت مبكر قدر الإمكان - من المستحسن في أقرب وقت ممكن بعد الاغتصاب وخلال 72 ساعة (انظر بيان الممارسة الجيدة 8 فيما يخص تسهيل الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب).

• قد يلزم مع ذلك بالنسبة للأشخاص الذين يلتمسون الخدمات الطبية بعد أكثر من 72 ساعة من التعرض للاعتداء الجنسي أن تقدم لهم علاجات وتدخلات أخرى، بما في ذلك إحالتهم على الجهات الطبية المختصة.

• ينبغي توفير الفحص والمشورة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية خلال الاستشارة الطبية الأولية قبل تقديم العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. وينبغي إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية باستخدام الاختبارات التشخيصية السريعة التي يمكن أن توفر نتائج نهائية في معظم الحالات في غضون ساعتين، وغالباً في غضون 20 دقيقة.

• ينبغي ألا يكون تقييم حالة فيروس نقص المناعة البشرية لدى الطفل أو المراهق الذي تعرض لخطر الفيروس عائقاً أمام بدء العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. وفي حالات الطوارئ حيث لا يكون اختبار فيروس نقص المناعة البشرية وتقديم المشورة متاحين بسهولة، ولكن يكون خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مرتفعاً، أو إذا رفض الشخص المعرض للخطر الاختبار الأولي، ينبغي الشروع في العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، والقيام باختبار فيروس نقص المناعة البشرية وتقديم المشورة بأسرع وقت ممكن.

- نظراً لوصمة العار المرتبطة بالاعتداء الجنسي، قد تكون الزيارة الأولى لمقدم الرعاية الصحية هي الزيارة الوحيدة، وبالتالي تكون الفرصة الوحيدة لتوفير العلاج وتقديم المشورة. ولذلك، ينبغي توفير النظام الكامل للأدوية اللازمة لإتمام العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية خلال أول اتصال بدلاً من اعتماد حزمة أولية من الإجراءات حيث يحتاج المريض للعودة إلى مرفق الخدمة الصحية.
- ينبغي أن يكون اختيار الأدوية والأنظمة العلاجية المتعلقة بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية تبعاً للتوجيهات الوطنية.

التوصية 4 (حالية، مستكملة من أجل إضافة ملاحظات)

جرى النظر في التوصيات الحالية بشأن دعم الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض في إثين من المبادئ التوجيهية السابقة لمنظمة الصحة العالمية: المبدأ التوجيهي بشأن الإجراءات الاتقائية بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (2014/115) والمبدأ التوجيهي المتعلق بالتصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة (2013/39). وكان المبدأ التوجيهي بشأن العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية قائماً على أساس استعراض منهجي لتقييم فعالية تعزيز مشورة الالتزام بالنسبة لجميع الفئات السكانية المعرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (أي التعرض المهني وغير المهني) وأظهر المبدأ التوجيهي زيادة الالتزام بالمقارنة مع دعم الالتزام النموذجي بالعلاج الوقائي بعد التعرض (115). وكان المبدأ التوجيهي المتعلق بالتصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة موجهاً لفئة سكانية من النساء اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي (39). وأجري تحديث للاستعراض المنهجي للمبادئ التوجيهية المتعلقة بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية لسببين. أولاً، أبرز استعراض منهجي وتحليل تجميعي للتقيد بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية أن معدلات إتمام العلاج الوقائي هي في أدنى مستوى بالنسبة للفئات التي تعرض للاعتداء الجنسي (40٪) وبالنسبة للمراهقين (37٪/117). وثانياً، ينبغي النظر في قضية الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي أو الاغتصاب لأنهم يواجهون صدمات خاصة ووصمة العار المرتبطة بالاعتداء الجنسي. ولذلك، قد يساهم دعم الالتزام في تحسين إتمام العلاج الوقائي لدى هذه الفئة من السكان، وأيضاً يحتمل أن تكون له فوائد أخرى غير مباشرة من خلال زيادة الاتصال بالخدمات الصحية.

لأغراض هذا الدليل التوجيهي، أُجري تحديث للاستعراض المنهجي للمبادئ التوجيهية المتعلقة بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2014 لتحديد ما إذا كانت تدخلات دعم تعزيز الالتزام مع فئات سكانية محددة من الأطفال والمراهقين الناجين من الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب فعالة. واستناداً إلى الأدلة المتاحة (انظر ملخص الأدلة والأدلة إزاء التوصية الواردة أدناه)، لا يمكن وضع أية توصية محددة بشأن تعزيز المشورة المتعلقة بالالتزام بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا، أو ربما تعرضوا للاعتداء الجنسي أو الاغتصاب. ومن ثم فقد استخدمت التوصية القائمة المستمدة من المبدأ التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية (2013) المتعلق بالتصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة بدلاً من ذلك (39)، وتم تحديث الملاحظات لتعكس اعتبارات محددة للأطفال والمراهقين.

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
ينبغي أن تكون المشورة المتعلقة بالالتزام عنصراً مهماً في توفير العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية للناجين من الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب.	منخفضة جداً	قوية

ملاحظات

- لا يقوم العديد من الناجين من الاغتصاب الذين يقدم لهم العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية بإتمام النظام الوقائي الدوائي الذي يمتد على مدى 28 يوماً لأنه تنجم عن العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية آثار جانبية مثل الغثيان والقيء. وبالإضافة إلى ذلك، قد يؤدي أخذ العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية إلى أفكار مؤلمة أو صدمات نفسية مرتبطة بالاغتصاب، ومسائل أخرى قد تتجاوز حياة الناجين. وقد تسهم وصمة العار المرتبطة بالاغتصاب أيضاً في انخفاض الالتزام لدى هذه الفئة من السكان (مثلاً بسبب الشواغل المتعلقة بالسرية). ولذلك، ينبغي إيلاء اهتمام خاص لهذه القضايا.
- ينبغي أن يدرك مقدمو الرعاية الصحية أنه من الصعب جداً تحقيق الالتزام، وينبغي بذل جهود لضمان الحفاظ عليه. وينبغي الإخبار بالآثار الجانبية بطريقة دقيقة ولكن لا تثير الخوف، كما ينبغي النظر في تأثير الحدث الصادم.
- من المهم تحسين أو تطوير مهارات تقديم المشورة الأساسية لدعم الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية وتقديم دعم مستمر فيما يخص المشورة. وبينما تكون لدى معظم خدمات فيروس نقص المناعة البشرية القدرة بالفعل على الاضطلاع بتقديم المشورة، على مستوى الرعاية الصحية الأولية في أنواع أخرى من الخدمات، قد يكون ضرورياً الارتقاء بمهارات إسداء المشورة لدى مقدمي الرعاية الصحية.
- نظراً لوصمة العار المرتبطة بالاعتداء الجنسي، قد تكون الزيارة الأولى لمقدم الرعاية الصحية هي الزيارة الوحيدة، وبالتالي تكون الفرصة الوحيدة لتقديم المشورة المتعلقة بالالتزام للطفل أو المراهق. وإذا اتخذ القرار باتباع العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، فينبغي تقديم المشورة بشأن الالتزام بطريقة شاملة قدر الإمكان.
- ينبغي أخذ الاحتياجات الخاصة بالسن في الاعتبار عند تقديم المشورة المتعلقة بالالتزام للطفل أو المراهق. وقد يتوقع أن تكون الحواجز التي تحول دون الالتزام وإتمام العلاج مختلفة بالنسبة للأطفال والمراهقين، وينبغي أن تختلف التدخلات لدعمهم ودعم مقدمي الرعاية لهم حسب الاقتضاء. وبالنسبة للأطفال الصغار، ينبغي أن تشرك المشورة المتعلقة بالالتزام مقدمي الرعاية أيضاً. وبالنسبة للمراهقين، من المهم إشراكهم في وضع خطة التزام، تتضمن رسائل تتناسب مع العمر ومع احترام استقلالهم الذاتي (مثل التحقق أنهم يرغبون أو لا يرغبون في إشراك مقدمي الرعاية).

ملخص الأدلة

أجري تحديث للاستعراض المنهجي للمبادئ التوجيهية المتعلقة بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2014 لتحديد ما إذا كانت تدخلات دعم تعزيز الالتزام مع فئات سكانية محددة من الأطفال والمراهقين الناجين من الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب فعالة. وتناول التحديث مسألة الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO):

«لدى الأطفال والمراهقين (0 - 18 سنة) الذين، تعرضوا أو ربما تعرضوا للاعتداء الجنسي (P)، هل يسهم القيام بأية تدخلات لتقديم الدعم للالتزام المعزز بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (ا) مقارنة بعدم وجود دعم للالتزام (C) في منع فيروس نقص المناعة البشرية و/أو تحسين الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (O)؟».

وأدرجت ثلاث تجارب عشوائية (118-120) في الاستعراض المنهجي المحدث الذي قام بتقييم تدخلات المشورة المعززة كوسيلة لتحسين الالتزام. ومن بين هذه التجارب الثلاث، أجريت تجربة في جنوب أفريقيا (118) مع أشخاص كبار قاموا بأخذ العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية عقب اعتداء جنسي، وتجربتان، واحدة في الولايات المتحدة الأمريكية (119) وواحدة في فرنسا (120)، بعد ممارسة جماع جنسي دون عازل ودون حماية، حيث تستثني هذه الفئة لأخيرة المشاركين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وتباينَ تواتر ومحتوى وطريقة تقديم المشورة المعززة وكان حجم العينات صغيرا وأظهرت جميع التجارب الثلاث اتجاها إلى تحسين الالتزام بين المشاركين الذين تلقوا مشورة معززة بشأن الالتزام بالعلاج الوقائي. بيد أن أيا من التجارب الثلاث لم يبلغ عن نتائج محددة بشأن الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وأظهرت التجربة التي أجريت في جنوب أفريقيا بشأن كبار وفتيات تعرضن لاعتداء جنسي (غير مصنفة للأطفال) مستويات مماثلة منخفضة من الالتزام في مجموعتي التدخل والمقارنة (118). (انظر المرفقات الإلكترونية 3 و3أ و3ب للاطلاع على التقرير الكامل، والأدلة إزاء المقرر وجدول تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها) (GRADE).

ولتوفير المزيد من المعلومات بشأن الحواجز التي تحول دون الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية التي تواجه الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي، أُجري استعراض نوعي للحواجز والعوامل الميسرة للالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. وفي المجموع أُدرجت 12 دراسة (121-132)، معظمها من الولايات المتحدة الأمريكية (n = 6)، تليها جنوب أفريقيا (n = 3) ودراسة واحدة لكل من البرازيل وكندا وملاوي. وشملت ست دراسات النتائج الخاصة بالأطفال والمراهقين البالغين 19 سنة أو أقل فقط، بينما كانت البقية دراسات مختلطة بمن في ذلك الكبار. وشملت الدراسات جميع المجيبين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وأشار إلى أن الحواجز التي أبلغ عنها في كثير من الأحيان بشأن الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية/إتمامه كانت مخاوف متعلقة بالآثار الجانبية؛ أو نسيان تناول الأدوية؛ أو الخوف من التعرض للوصم أو اللوم؛ أو وجود مشاغل؛ أو وجود ذكريات مؤلمة مرتبطة بالاعتداء الجنسي أو الاغتصاب؛ أو سوء المعرفة؛ أو مشاكل الصحة العقلية. وكان من بين العوامل الميسرة التي أُشير إليها في كثير من الأحيان وذات الصلة بالالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية/إتمامه تشجيع مقدمي الرعاية الصحية على أخذ العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية؛ وحضور الناجين من الاعتداء لجلسات تقديم المشورة؛ وتذكير الأسرة أو الأقران بأخذ العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية؛ ووجود مراكز خدمات جامعة تقدم اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية خلال الاستشارات الأولية (انظر المرفق الإلكتروني 3).

من الأدلة إلى التوصيات

قامت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي بدراسة الأدلة على فعالية تعزيز «المشورة المتعلقة بالالتزام»، فضلا عن البيانات النوعية بشأن الحواجز والعوامل الميسرة. وأشاروا إلى أن الأدلة بشأن الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية/إتمامه بعد اعتداء

جنسي أقل لدى الأطفال أو المراهقين مقارنة بعمامة السكان وأنه يمكن أن يشكل تحدياً للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي لأنهم غالباً ما يعانون من صدمات. ولذلك، وافقت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على أن الدعم والمشورة المتعلقة بالالتزام أمران مهمان، ويجب الإشارة إليهما كعنصرين مهمين في توفير العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. بيد أنها لم توافق على أن الأدلة على تقديم «المشورة المتعلقة بالالتزام المعزز» كانت مقنعة بشكل كاف لكي يوصى الأطفال والمراهقون الذين تعرضوا لاعتداء جنسي باتباعها:

- أن الأدلة على فعالية «الالتزام المعزز» لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي غير مؤكدة بدرجة كبيرة، نظراً للطابع غير المباشر للأدلة. فعلى وجه التحديد، أجريت تجربتان من أصل الثلاث تجارب المدرجة على مرضى طلبوا خدمات لها صلة بالتعرض الجنسي وليس بالاعتداء الجنسي، ولم تشمل إلا المرضى البالغين فقط. وشملت التجربة الثالثة النساء البالغات والإناث من الأطفال اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي، ولكن لم يتم تصنيف هذه الفئة مع الأطفال، ولم يتم العثور على اختلافات إحصائية يعتد بها في معدلات الالتزام بالعلاج الوقائي عبر مجموعتي التدخل والمقارنة.
- علاوة على ذلك، بسبب أحجام العينات الصغيرة بالنسبة إلى عدد الأحداث لكل التجارب، كان فاصل الثقة الناتج حول تقدير النقطة المجمعة واسعاً (أي أن حجم التأثير غير دقيق). ولذلك، فإنه لا يمكن استبعاد أن الاتجاه في تحسين الالتزام يرجع إلى الصدفة.
- لم يتسن التأكد بدقة من الموارد المترتبة على تقديم «المشورة المتعلقة بالالتزام المعزز» وكثافتها، لأن الاستراتيجيات كانت متنوعة عبر التجارب الثلاث؛ ومع ذلك، من المحتمل أن يتطلب ذلك موارد إضافية.
- حيث لم يتسن التأكد من الأدلة على مضار الالتزام المعزز ومنافعه انطلاقاً من الدراسات لأنها تستند إلى فئات سكانية تعرضت لفيروس نقص المناعة البشرية (وليس بالضرورة إلى الاعتداء الجنسي)، فقد أشارت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي إلى الشواغل المتعلقة بالأضرار المحتملة لأن الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي قد تكون لديهم أيضاً شواغل متعلقة بالصدمة والوصمة والسلامة تختلف عن الشواغل التي لدى معظم المرضى الآخرين الذين قد يحتاجون إلى العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية.
- لم تكن هناك أي دراسات متضمنة للتأكد من الجدوى والاحتياجات من الموارد من أجل «الالتزام المعزز».

د. منع الحمل وإدارته بين الفتيات اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي

قد تكون الفتيات المراهقات اللاتي بلغن المحيض أو سن الإنجاب، واللاتي عانين، أو سيعانين من الاعتداء الجنسي عرضة لخطر الحمل غير المرغوب فيه. في حين لا يوجد سوى القليل من البحوث حول احتمال الحمل بعد الاغتصاب، وجدت الدراسة الوطنية بشأن المرأة في الولايات المتحدة الأمريكية أن 5.3% من عمليات اغتصاب المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 12-17 سنة أدت إلى الحمل، وهي نسبة مماثلة لمعدل النساء البالغات اللاتي تعرضن للاغتصاب (133). ومن بين جميع الفتيات والنساء اللاتي شملتهن هذه الدراسة حيث أسفر الاغتصاب عن الحمل، اختارت 50% منهن الإجهاض.

التوصية 5 (حالية) (134)

وافقت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على أن التوصية القائمة بشأن وسائل منع الحمل الطارئة لعامة السكان من النساء تنطبق على الفتيات اللاتي بلغن المحيض، واللاتي هن في المراحل الأولى من سن البلوغ (أي مرحلة تانر 2 أو 3)، واللاتي تعرضن، أو ربما تعرضن لاعتداء جنسي ينطوي على إيلاج قضيبى ومهبلي (أي الاغتصاب أو الجماع الجنسي القسري/ بالإكراه).

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
تقديم وسائل منع الحمل الطارئة للفتيات اللاتي تعرضن للاغتصاب الذي ينطوي على الإيلاج القضيبى المهبلي، عند الحضور في غضون 120 ساعة (5 أيام) من وقوع الحادث.	متوسطة	قوية

ملاحظات

- يمكن تقديم حبوب منع الحمل الطارئة التالية (ECPs) للفتيات اللاتي بلغن المحيض (أي بعد بدء الحيض)، فضلاً عن الفتيات اللاتي هن في المراحل الأولى من سن البلوغ (أي بلغن مرحلة تانر 2 أو 3) دون أي قيود:
 - أسيتات أوليبريستال (UPA): تناول جرعة واحدة (قرص واحد من 30 ملغ)؛ أو
 - ليفونورجستريل-أونلي (LNG): من المفضل أخذ جرعة واحدة (قرص واحد من 1.5 مغ أو قرصان من 0.75 مغ)؛ وبدلاً من ذلك، تقسيم الجرعة (جرعة واحدة من 0.75 ملغ، تليها جرعة ثانية من 0.75 ملغ بعد 12 ساعة)؛
 - في حالة عدم توفر أسيتات أوليبريستال أو ليفونورجستريل-أونلي (LNG)، عندئذ تقدم وسائل منع الحمل الفموية الإستروجين - البروجسترون مجتمعة (COCs): تقسيم الجرعة (جرعة واحدة من 100 ميكروغرام من إثنيل استراديول بالإضافة إلى 0.50 مغ من، تليها جرعة ثانية من 100 ميكروغرام من إثنيل استراديول بالإضافة إلى 0.50 مغ ليفونورجستريل-أونلي (LNG) بعد 12 ساعة)؛ وينبغي أن تقدم هذه الجرعات مع مضادات القيء إذا كانت متوفرة.
- إن خطر حبوب منع الحمل على السوق لا يكاد يذكر؛ لأنها آمنة للغاية وجيدة التحمل وتستوفي معايير توفيرها دون وصفه طبية (أي فئة معايير الأهلية الطبية 1 (134)). وعلاوة على ذلك، فإن الأضرار (مثل الخطر على صحة الأم، ووصمة العار) الناجمة عن الحمل غير المخطط له أو غير المرغوب فيه بالنسبة لهذه الفئة العمرية نتيجة للاغتصاب من المرجح جداً أن تفوق المخاطر.
- يمكن أيضاً استخدام لولب نحاسي داخل الرحم (Cu-IUD) كتدبير لمنع الحمل في الحالات الطارئة، مع عدم وجود قيود بالنسبة للفتيات اللاتي بلغن المحيض (أي بعد بدء الحيض) إذا كان هناك خطر منخفض للعدوى بالأمراض المنقولة جنسياً. وفي حالة ارتفاع مخاطر العدوى المنقولة جنسياً، لا ينصح باستخدام لولب نحاسي داخل الرحم كوسيلة لمنع الحمل في الحالات الطارئة إلا إذا لم تكن ثمة أساليب أخرى أنسب متاحة أو مقبولة. ويمكن إدخال اللولب النحاسي داخل الرحم لمنع الحمل خلال مدة تصل إلى 120 ساعة بعد الاتصال الجنسي غير المحمي.

¹ وفي بداية سن البلوغ، قد تواجه الفتيات اللاتي بلغن مرحلة تانر 2 أو ظهور النهود (أي مع بداية نمو الثدي الثانوي) أو مرحلة تانر 3 (حيث يصبح نمو الثدي مرتفعاً) خطر الحمل غير المرغوب فيه نتيجة لاعتداء جنسي أو اغتصاب لأنه من المرجح أن تبدأ الإباضة قبل بداية الحيض.

- من الناحية المثالية، ينبغي الشروع في تناول وسائل منع الحمل للاستعمال الطارئ (أسيتات أوليبريستال أو ليفونورجستريل-أونلي (LNG) أو وسائل منع الحمل الفموية الإستروجين - البروجسترون (COCs)) في أقرب وقت ممكن بعد التعرض، بغية تعظيم فعاليتها، رغم أنه يمكن أن تعطى خلال مدة تصل إلى 5 أيام (120 ساعة) بعد التعرض. واستناداً إلى قدرة المراهقة على فهم المعلومات المتاحة، ينبغي إبلاغ المراهقة و/أو مقدم الرعاية غير المسيء أن فعالية وسائل منع الحمل تتقلص مع طول الفترة الفاصلة بين التعرض للاتصال الجنسي بواسطة الإيلاج وتناول وسائل منع الحمل في الحالات الطارئة.
- ليس ضروريا إجراء اختبار الحمل، ولكن إذا أجري الاختبار وتأكد حدوث الحمل، فلا ينبغي تقديم وسائل منع الحمل الطارئة.

بيان الممارسة الجيدة 5 (حالية) (39، 135)¹

إذا كانت فتاة حاملاً نتيجة للاغتصاب، ينبغي أن يوفر لها الإجهاض المأمون إلى أقصى حد ممكن حسب القانون.

ملاحظات

- ينبغي تقليل المتطلبات الإدارية (مثلاً أدلة الطب الشرعي أو تقارير الشرطة) للحصول على الإجهاض المأمون، مع وجود بروتوكولات واضحة يتم وضعها مع الشرطة ومقدمي الرعاية الصحية، من أجل تسهيل الإحالة في الوقت المناسب وإمكانية الحصول على الإجهاض المأمون في غضون المهل الزمنية للحمل.
- حينما لا يسمح بالإجهاض، أو إذا كان الحمل في مرحلة متقدمة جداً لا تسمح بالقيام بالإجهاض، فينبغي دعم الفتاة الحامل خلال مرحلتي الحمل والولادة، وينبغي أن تناقش معها خيارات أخرى مثل التبني.

هـ. العلاج الوقائي بعد التعرض للأمراض المعدية المنقولة جنسيا التي يمكن علاجها والوقاية منها باللقاحات

قد يصاب الأطفال والمراهقون الذين يتعرضون للاعتداء الجنسي بالأمراض المنقولة جنسياً. وشمل الاستعراض المنهجي الذي أجري بشأن هذا الدليل التوجيهي 23 دراسة تقدم تقريراً عن الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً بين الأطفال والمراهقين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل الذين يشتبه في أنهم تعرضوا لاعتداء جنسي، ومعظم هذه الدراسات هي دراسات استعادية (136-158). وأفادت الدراسات عن مستويات عالية من الجماع الجنسي بواسطة الإيلاج بين الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. ويبرز الاستعراض معدلات متغيرة ولكن عالية لبعض الأمراض المنقولة جنسياً بين الأطفال والمراهقين المعرضين لاعتداء جنسي، والذي حضروا إلى مرافق الرعاية الصحية. وكشف الاستعراض عن مجموعة واسعة من معدلات العدوى المنقولة جنسياً التي تختلف حسب نوع الأمراض المنقولة جنسياً. فعلى سبيل المثال، تراوحت معدلات الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً بين أقل من 1% و 61% لدى الفتيات وأقل من 1% و 48% لدى الفتيان، مع معدلات عالية للكشف عن النيسرية البنية لدى الفتيات، والزهري لدى الفتيان.

توصي المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية (2013) بتقديم العلاج الوقائي من الأمراض المنقولة جنسياً للنساء اللاتي تعرضن لاعتداء جنسي (39). ومع ذلك، توصي المبادئ التوجيهية الصادرة عن مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها باختبار الأمراض المنقولة جنسياً باستخدام اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs) وعلاج الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، استناداً إلى أساس منطقي مؤداه أن معدلات الأمراض المنقولة جنسياً لدى هذه الفئة السكانية منخفضة في الولايات المتحدة الأمريكية واختبارات تضخيم الحمض النووي متوفرة

(159). ولا توصي المبادئ التوجيهية الوطنية في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية (المملكة المتحدة) بشكل روتيني بالعلاج الوقائي لمرض النيسرية البنية والمتدثرة الحثرية لدى الطفل أو المراهق عقب التعرض لاعتداء جنسي، ولكن قد يمكن القيام به في حالة عدم إجراء الاختبارات أو رفضها؛ وعندما يكون من غير المرجح أن يرجع الطفل أو المراهق للعلاج إذا تم الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً؛ أو إذا كان خطر الإصابة مرتفعاً (160). ولذلك، وافقت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على أنه ينبغي وضع توصيات جديدة لتقديم الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً القابلة للشفاء خاصة لفائدة الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي. ومن ناحية أخرى، توجد توصيات منظمة الصحة العالمية لعام 2017 بشأن الأمراض المنقولة جنسياً التي يمكن الوقاية منها باللقاحات مثل فيروس الورم الحليمي البشري والتهاب الكبد B، وهذه الأمراض من غير المرجح أن تكون مختلفة اختلافاً كبيراً بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. ومن ثم، فيما يخص هذا الأخير، وافقت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي على استخدام التوصيات الحالية لمنظمة الصحة العالمية.

التوصية 6 (جديدة)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
يقترح العلاج الوقائي (أو الاتقائي) لمرض السيلان، والمتدثرة والزهري للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي ينطوي على اتصال جنسي عن طريق الفم أو الأعضاء التناسلية أو الشرج بالقضيب أو الجنس عن طريق الفم، لا سيما في الأماكن حيث يتعذر القيام بفحوص مختبرية.	منخفضة جداً، وأدلة غير مباشرة	مشروطة

التوصية 7 (جديدة)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي والذين يعانون من أعراض سريرية، يقترح إدارة الحالة المتلازمة فيما يخص الإفراز المهبلي/الإحليلي (السيلان والمتدثرة وداء المشعرات)، وتقرحات الأعضاء التناسلية (فيروس الهربس البسيط، والزهري وقريح)، ولا سيما في الأماكن حيث يتعذر القيام بفحوص مختبرية.	منخفضة جداً، وأدلة غير مباشرة	مشروطة

ملاحظات

- ينبغي أن تستند نظم الدواء والجرعات لإدارة الحالات المتلازمة والعلاج الوقائي للأمراض المنقولة جنسياً إلى المبادئ التوجيهية الوطنية.
- للحصول على مزيد من المعلومات، انظر أيضاً المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مرض السيلان (161) والمتدثرة (162)، والزهري (163) وفيروس الهربس البسيط (164) (2016).
- حيثما أمكن، جمع العينات إما لتأكيد التشخيص وإما لغرض الطب الشرعي.
- عندما تتوفر اختبارات سريعة لمرض الزهري في مراكز الخدمة الصحية، ينبغي إجراء اختبار الكشف عن الزهري. وإذا كانت نتائج الاختبار إيجابية، ينبغي أن يقدم العلاج رغم أنه لا

تزال هناك حاجة إلى التأكد من النتائج. ومع ذلك، إذا كانت نتائج الاختبار سلبية ولا يتوفر العلاج الوقائي، يجب تكرار الاختبارات بعد 4 أسابيع، وفقاً للمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مرض الزهري (163).

- تبذل الجهود حالياً لتطوير اختبارات نقطة الرعاية بشأن أمراض أخرى منقولة جنسياً التي ستحسن الإدارة المتلازمة لحالات الأعراض وستزيد القدرة على التعرف على الإصابات غير المصحوبة بأعراض.
- في حالة وجود أعراض سريرية (مثل متلازمة قرحة الأعضاء التناسلية، ومتلازمة تفرغ الأعضاء التناسلية، ووجود تآليل تناسلية شرجية)، سيكون العلاج الوقائي، في شكل نهج متلازمي، هو مسار العمل الأكثر وضوحاً، سواء كان يمكن جمع العينات أم لا (مثلاً لتأكيد التشخيص أو لأغراض الطب الشرعي).
- اعتبارات العدالة وحقوق الإنسان: لا توجد دراسات لتقييم المسائل المتعلقة بالإنصاف. ومع ذلك، أشارت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي إلى أن اشتراط فحوص مختبرية بشأن السيلان والمتدثرة (أي اختبارات تضخيم الحمض النووي)، من أجل تقديم العلاج، سيحد من إمكانية الوصول إلى الخدمات (على سبيل المثال في المناطق حيث لا توجد مثل هذه الاختبارات أو متاحة لبعض الفئات فقط). وعلاوة على ذلك، من شأن مطالبة الأطفال أو المراهقين بالعودة من أجل الحصول على النتائج المختبرية بغية الحصول على العلاج أن يقلص مستوى الاستفادة من الخدمات، حيث أشارت الدراسات المندرجة ضمن الاستعراض إلى خسارة كبيرة فيما يخص متابعة الناجين في الزيارات اللاحقة. ومن ناحية أخرى، في حالات الاعتداء المستمر مع عدم وجود أي أعراض خاصة، قد يكون هناك ما يبرر إجراء الاختبار، خاصة بالنسبة للأمراض المنقولة جنسياً التي هي طويلة الأمد/مزمنة، وينبغي أن يتم قدر الإمكان في النقطة الأولى للاتصال. وبالمثل، في الأماكن التي يمكن فيها إجراء الفحوص المختبرية، قد يكون من المهم القيام بالاختبار قبل تقديم العلاج.

ملخص الأدلة

نظراً لعدم وجود أدلة مباشرة على أفضل نهج لإدارة الأمراض المنقولة جنسياً لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، جرى التكليف بإجراء استعراض منهجي لمعالجة مسألة الفئة السكانية والتدخلات والمقارنة والنتائج: «فيما يخص الأطفال والمراهقين (0-18 سنة) الذين تعرضوا أو ربما تعرضوا للاعتداء الجنسي (P)، هل يعتبر فحص وعلاج (أي الاختبار والعلاج) الأمراض المنقولة جنسياً (I) أكثر فعالية من العلاج الوقائي للأمراض المنقولة جنسياً (C)، من أجل منع وإدارة النتائج السلبية للأمراض المنقولة جنسياً (O)؟» .

للإجابة على هذا السؤال، أُجري استعراض منهجي للأدلة لهذا المبدأ التوجيهي. ولم يحدد البحث أي دراسة تتناول مباشرة مسألة الفئة السكانية والتدخلات والمقارنة والنتائج - أي مقارنة فعالية، أو قبول أو تفضيل نهج الاختبار والعلاج مقابل العلاج الوقائي للأمراض المنقولة جنسياً. ولذلك، من أجل وضع هذه التوصية، ينبغي النظر في أدلة غير مباشرة تعتمد على دراسات قائمة على ملاحظة مدى انتشار الأمراض. أولاً، جرى النظر في الأدلة بشأن مخاطر الأمراض المنقولة جنسياً بين الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. ووجد الاستعراض 23 دراسة مستمدة من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مع معدلات كشف عن الأمراض المنقولة جنسياً متباينة، ولكن مرتفعة إلى حد كبير بين المراهقين والأطفال الذين تعرضوا لاعتداء جنسي في بعض المناطق (136-158). فعلى سبيل المثال، في ثمانينيات دراسات من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

(136-138، 140-144)، تراوحت المعدلات ما بين نسبة 0.7% في دراسة واحدة في جنوب أفريقيا (136) لتبلغ أعلى نسبة وهي 43% من الأطفال في توغو (143). وفي تسع دراسات استيعابية من جنوب آسيا والشرق الأوسط (148، 139، 145 - 150، 152، 158)، تراوحت معدلات الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً بين الأطفال المعتدى عليهم جنسياً القادمين إلى عيادات الأمراض المنقولة جنسياً ما بين 2% في دراسة واحدة من البحرين (147) إلى نسبة 38% في دراسة أخرى من الهند (150) (انظر المرفق الإلكتروني 4 للاطلاع على التقرير الكامل). وأجريت تقييمات لجودة الدراسات القائمة على الملاحظة الفردية (لا تقارير الحالات) باستخدام القائمة المرجعية لبرنامج مهارات التقييم النقدي (انظر المرفق الإلكتروني 4، جداول تكميلية 1 - 8).

ثانياً، نظرت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي في الأدلة المستقاة من الدراسات التي سلطت الضوء على أن عدداً قليلاً جداً من الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي يذهبون إلى الخدمات الصحية في الوقت المناسب، فعلى سبيل المثال، في إطار دراسات مستقاة من جمهورية الكونغو الديمقراطية (165) وأوغندا (142) قام أقل من ثلث حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال المسجلة بالحضور إلى الخدمات الصحية في غضون 3-5 أيام من حدوث الاعتداء. وفي دراسة أجريت في تايلند (166)، بلغ هذا الرقم 56% وفي دراسة واحدة من البرازيل (167)، بلغت هذه النسبة 80% من الحالات. ومع ذلك، في جميع هذه الدراسات، فقد انقطع الاتصال بمعظم المرضى من أجل متابعة علاج الأمراض المنقولة جنسياً، مما يبرز الإمكانية المحدودة لفرصة تقديم علاج للأمراض المنقولة جنسياً خلال الزيارة الأولى نفسها (137، 142، 165-168).

وأخيراً، نظرت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي في الأدلة المتعلقة بتكاليف الاختبار الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً والعلاج، بما في ذلك الاعتبارات المتصلة بالإنصاف. وتبلغ تكلفة الاختبار الخاص بالأمراض المنقولة جنسياً استناداً إلى اختبار تضخيم الحمض النووي فيما يتعلق بمرض السيلان والمتدثرة 30 دولاراً أمريكياً لكل اختبار، ومن 0.13 إلى 1.75 دولاراً أمريكياً بالنسبة لاختبار الزهري (اختبار كاشف البلازما السريع). وتتراوح تكلفة العلاج الوقائي للأمراض المنقولة جنسياً، التي تنطوي إلى حد كبير على تكلفة الأدوية، ما بين 0.35 إلى 2.25 دولاراً أمريكياً بالنسبة للمضادات الحيوية، ومن ثم فهو أقل تكلفة بكثير من نهج الاختبار والعلاج (169) (انظر المرفق الإلكتروني 4 للاطلاع على التقرير الكامل).

من الأدلة إلى التوصيات

بسبب عدم وجود أدلة مباشرة، نظرت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي في الأدلة غير المباشرة الموجزة أعلاه. وأشارت المجموعة إلى أن ثمة شكوكاً مهمة بشأن الأدلة، لأنه ليس هناك دراسات تقارن بين نهج الاختبار والعلاج والعلاج الوقائي. لذلك، تم تصنيف نوعية الأدلة على أنها منخفضة جداً، استناداً إلى أدلة غير مباشرة. وتشير الدلائل غير المباشرة إلى الاستنتاجات التالية المدرجة أدناه.

- رغم وجود أدلة غير متجانسة عبر المناطق فيما يخص معدلات الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، لوحظت معدلات عالية فيما يخص بعض أنواع العدوى المنقولة جنسياً لدى هذه الفئة السكانية في بعض المناطق.
- غالباً ما تكون الأمراض المنقولة جنسياً غير مصحوبة بأعراض ويمكن أن تؤدي إلى مضاعفات خطيرة إذا لم تعالج.
- لا يحضر معظم الناجين من الاعتداء الجنسي إلى الخدمات الصحية خلال فترة 3 - 5 أيام

الأولى والذين يحضرون إلى الخدمات الصحية غالباً ما لا يعودون لزيارات المتابعة؛ ولذلك، ينبغي تعظيم نتائج فرصة علاج الأمراض المنقولة جنسياً إلى أقصى حد خلال الزيارة الأولى.

- تشمل الآثار غير المرغوب فيها الناجمة عن العلاج الوقائي الآثار الجانبية المحتملة، لا سيما عندما تقترن مع العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية ووسائل منع الحمل للاستعمال الطارئ، وإمكانية تطويع مقاومة للمضادات المتصلة بمسببات أمراض الأمعاء. بيد أن الآثار الجانبية قد تكون قصيرة الأجل بالنسبة للأدوية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً، ويمكن التقليل من إمكانية مقاومة المضادات ذات الصلة بالمرضات بواسطة تناول جرعة واحدة تحت إشراف أخصائي.
- تكاليف العلاج الوقائي أقل بكثير من تكاليف نهج الاختبار والعلاج، الأمر الذي يتطلب توافر وسهولة الوصول إلى اختبار تضخيم الحمض النووي NAAT. وناقشت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي مسألة التكلفة والتوافر على نطاق واسع، لأن أعضاء المجموعة لا يريدون معايير رعاية مختلفة لمختلف مناطق الموارد. كما أكدوا على أن الفحص المتعلق بالزهري متاح وبأسعار معقولة، وينبغي القيام به من الناحية المثالية.
- للأسباب المذكورة أعلاه، تم تصنيف قوة التوصية على أنها مشروطة.

التوصية 8 (حالية) (170)

اتفق على أن التوصيات الحالية المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (أي التهاب الكبد باء وفيروس الورم الحليمي البشري) الخاصة بالسكان بصفة عامة قابلة للتطبيق على الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي والذين لم يتم تطعيمهم سابقاً.

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
ينبغي أن يقدم لقاح التهاب الكبد باء دون التهاب الكبد باء المناعي، وفقاً للتوجيه الوطني.	منخفضة جداً، وأدلة غير مباشرة	قوية

ملاحظات

- لا يوصي بالتطعيم قبل الاختبارات المصلية كممارسة روتينية. ومع ذلك، في المناطق التي تكون فيها مرافق المختبرات متوفرة وفعالة من حيث التكلفة، إذا كان لا يعرف ما إذا كان الطفل أو المراهق قد تم تطعيمهما ضد التهاب الكبد باء، فينبغي أن تؤخذ عينات الدم للكشف عن حالة التهاب الكبد باء قبل إعطاء أول جرعة لقاح (170).
- إذا كان الطفل أو المراهق محصناً، فلا حاجة إلى مواصلة عملية التطعيم.

التوصية 9 (حالية)(171)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
ينبغي تقديم التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري للفتيات في الفئة العمرية 9-14 سنة، وفقا للتوجيه الوطني.	متوسطة	قوية

ملاحظات

- ليس من الضروري إجراء فحص قبل التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري. إذا تم تلقي جرعتين أو ثلاث جرعات تبعا للعمر والجدول الوطني، فلا حاجة إلى مواصلة عملية التطعيم.
- لأن كان التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري موجهًا للفتيات اللاتي لم تتلقين لقاحات ذات صلة بأنواع فيروس الورم الحليمي البشري (أي قبل بدء النشاط الجنسي الذي ينطوي على الإيلاج المهبلي)، فيمكن للفتيات اللاتي تعرضن للاغتصاب الاستفادة من اللقاح. والسبب هو أن الفتاة يمكن أن تصاب بسلالة غير موجودة في اللقاح أو إحدى السلالات الأربعة التي يشملها اللقاح الرباعي (أي الذي يحمي ضد أربعة سلالات من فيروس الورم الحليمي البشري).
- يمكن للفتيات اللاتي تلقين الجرعة الأولى من فيروس الورم الحليمي البشري قبل بلوغ الخامسة عشرة من العمر استخدام جدول من جرعتين اثنتين. وينبغي أن يكون الفاصل الزمني بين الجرعات 6 أشهر. بينما لا يوجد أي فاصل كحد أقصى، يقترح فاصل زمني يتراوح ما بين 12 و15 شهرا. وبالنسبة للفتيات في سن 15 سنة وأكثر، ينبغي جدولة ثلاث جرعات (0،6-2،6 أشهر)(171).
- يمكن إعطاء لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في الوقت ذاته مع لقاح التهاب الكبد ب. وإذا كان يتم إعطاء لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في الوقت نفسه مع لقاح آخر عن طريق الحقن، فينبغي دائما إعطاء اللقاحات في مواقع حقن مختلفة وباستخدام محاقن منفصلة.

9. التدخلات في مجال الصحة النفسية والعقلية على المدى القصير والمدى الطويل

إن الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين له عواقب على الصحة العقلية على المدى القصير والطويل. وخلص استعراض منهجي قام بدراسة 14 استعراضا إلى أن الاعتداء الجنسي على الأطفال يرتبط ارتباطا كبيرا بالأعراض التالية: الاكتئاب والقلق والاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة والتفارق واضطرابات الأكل واضطرابات النوم وقلّة تقدير النفس والغضب وأعراض خارجية وأفكار وتصرفات ذات صلة بالانتحار وإيذاء النفس ومشاكل في الشخصية والانخراط في سلوكيات خطيرة للغاية (مثلا تعاطي المخدرات وسلوكيات جنسية غير مأمونة وإدمان الكحول) في مراحل لاحقة من الحياة(179). والأطفال أو المراهقون الذين تتجلى عندهم أعراض من هذا القبيل أو يكشفون عن اعتداء جنسي تعرضوا له ينبغي أن يقدم لهم الدعم النفسي المباشر، فضلا عن الرعاية الصحية العقلية على المدى الطويل على السواء.

بيان الممارسة 6 (جديدة)

بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا مؤخراً للاعتداء الجنسي، والذين يعانون من أعراض للصدمة الحادة (خلال الشهر الأول)، ينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بتقديم/مواصلة تقديم الدعم في الخط الأول على نحو يراعي الفوارق بين الجنسين ويركز على الطفل أو المراهق، كما هو موضح في البيان 1 من الممارسات الجيدة.

التوصية 10 (حالية)(172)

فيما يخص التعرض إلى حدث صادم حديث تنتج عنه أعراض متصلة بالإجهاد، لا توصي منظمة الصحة العالمية باستخلاص المعلومات النفسية.¹ وينطبق هذا أيضاً على الأطفال والمراهقين لاعتداء جنسي مؤخراً.

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
ينبغي عدم استخدام استخلاص المعلومات النفسية في محاولة للحد من مخاطر الإجهاد اللاحق للصدمة أو القلق أو أعراض الاكتئاب.	منخفضة جداً	قوية

ملاحظات

- بالإضافة إلى الدعم في الخط الأول، يحتاج الأطفال أو المراهقون الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، ومقدمو الرعاية غير المسيئين أيضاً إلى دعم نفسي واجتماعي آخر لتعزيز الرفاه والأداء، ويشمل ذلك التعليم النفسي، ودعم إدارة الإجهاد والتعامل معه، وتعزيز الأداء اليومي في الوقت الذي يتعافون فيه من تجاربهم المؤلمة مع مرور الزمن. وللحصول على إرشادات للقيام بذلك، انظر الفرع الوارد في دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية، الإصدار 2.0 (2016)(5).²
- من المهم أن توفر لمقدمي الرعاية غير المسيئين المكلفين بالأطفال الصغار معلومات عن علامات أو أعراض محتملة لاضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة النفسية و/أو السلوكيات أو المشاعر التي قد تظهر لدى الطفل خلال الأيام أو الشهور القادمة، ومتى يمكن الحصول على المزيد من المساعدة. وبالمثل، فيما يخص المراهقين، وتبعاً لقدراتهم ونضجهم في فهم المعلومات المتعلقة بأعراضهم، ينبغي تقديم معلومات عن العلامات أو الأعراض أو الانفعالات المحتملة التي من المحتمل أن يعانونها ومتى يمكن الحصول على المزيد من المساعدة.
- ينبغي أن يشرح للطفل أو المراهق (حسب الاقتضاء)، و/أو مقدمي الرعاية غير المسيئين، أنه من المحتمل أن تتحسن حالتهم مع مرور الوقت. ومن ثم اقتراح مواعيد للمتابعة.

¹ ينطوي هذا على عقد دورة واحدة لاستخلاص المعلومات بعد التعرض للحدث المؤلم، إما بطريقة فردية أو في مجموعة، لمساعدة الناجين على معالجة الصدمة عن طريق تذكر الحدث وتبادل مشاعرهم مع مستشار أو معالج بطريقة منظمة.

² الاطلاع على الفرعين بشأن الرعاية الأساسية والممارسة، صفحة 12 وفيما يخص التدخلات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالاضطرابات العقلية للطفل والمراهق، الصفحات 87 - 89

التوصية 11 (جديدة)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
ينبغي النظر في العلاج السلوكي المعرفي (CBT) المركز على علاج الصدمات النفسية لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، ويعانون من أعراض اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة النفسية (PTSD).	منخفضة جداً	مشروطة

التوصية 12 (جديدة)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
عندما يكون ذلك آمناً ومناسباً ينبغي إشراك مقدم رعاية واحد على الأقل غير مسيء، وينبغي النظر في اعتماد العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة على حد سواء: (1) للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، ويعانون من أعراض اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة النفسية؛ و (2) مقدم رعاية غير مسيء.	منخفضة	مشروطة

ملاحظات

- تكتسي سلامة الطفل أو المراهق الذي تعرض لاعتداء جنسي أهمية بالغة. وينبغي أن تكون الجهات التي تقوم بالتدخلات النفسية على وعي بالمخاطر المحتملة بالنسبة للأطفال أو المراهقين. وينبغي أن تسترشد مشاركة مقدمي الرعاية بشواغل تتعلق بسلامة ورفاه الطفل أو المراهق، ولذلك، تركز التوصية على مقدمي الرعاية غير المسيئين. وينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بتقييم آثار السلامة على العلاج/الرعاية التي يقدمونها واتخاذ إجراءات لتقليل مخاطر الأضرار.
- تشمل المتطلبات الدنيا لتقديم التدخلات النفسية، خاصة العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمات الحاجة إلى تدريب شامل والإشراف الداعم والمستمر للموظفين، خاصة بالنسبة لمقدمي الخدمات غير المتخصصين.
- ينبغي أن يخضع الأطفال والمراهقون لتقييم من قبل شخص مؤهل لتقييم ما إذا كان لديهم اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة أو أعراضه.
- يمكن أن يقدم العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة للأشخاص الذين جرى تشخيص اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة عندهم وأولئك الذين تتجلى لديهم أعراضه.
- عندما لا يتوفر مقدم خدمات مدرب، ينبغي إحالة الأطفال والمراهقين بعد التقييم إلى الجهات المختصة.
- قد تكون إدارة الإجهاد مفيدة أيضاً للأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة وأعراض اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة.
- اعتبارات الفريق الفرعي: ينبغي أن تتكيف التدخلات مع مختلف النهج لمختلف مستويات النضج والنمو المعرفي للأطفال والمراهقين. وهناك أيضاً بعض الأدلة التي تشير إلى أن الآثار الصحية العقلية قد تكون أكثر شدة لدى الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي في سن أصغر (173، 174).

- الاعتبارات المتعلقة بالإنصاف وحقوق الإنسان: في بعض المناطق، قد تصبح الفتيات أكثر عرضة للضرر من الفتيان في كثير من الأحيان، رغم أن هذا قد يختلف حسب المكان (13)، (15). ومن ناحية أخرى، تقل احتمالات الفتيان للحصول على خدمات مقارنة بالفتيات، وقد يواجهون حواجز إضافية تتصل بالقوالب النمطية وعدم قبول أن يتعرض الفتيان للاعتداء الجنسي، أو الخوف من التشكيك في رجولتهم (15، 175، 176). وينبغي إيلاء الاهتمام أيضا إلى أن تكون هناك آثار على الصحة النفسية لمقدمي الرعاية غير المسيئين. وقد يكون الوصول إلى التدخلات النفسية صعبا في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وفي المناطق الريفية حيث هناك نقص في توافر مقدمي الرعاية الصحية المهرة أو الأخصائيين المدربين؛ وحيث يكون الوصول المادي إلى المرافق محدودا؛ وحيث تكون التكاليف باهظة؛ وحيث تكون الأسر مضطرة إلى أخذ إجازة من العمل للحضور إلى الخدمات الصحية أو أخذ أطفالهم إلى جلسات الرعاية الصحية. وبالمثل قد يكون الوصول إلى الخدمات محدودا بالنسبة لجماعات السكان الأصليين والأطفال أو المراهقين المعوقين والأقليات الأخرى. ولذلك، يلزم بذل جهد إضافي للوصول إلى الخدمات الصحية وتحسينه لفائدة جميع هذه الفئات.

ملخص الأدلة

توصي المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإجهاد اللاحق للصدمة النفسية (2013) باتباع العلاج الفردي أو العلاج السلوكي المعرفي (CBT) الذي يركز على علاج الصدمة (انظر مسرد المصطلحات)، أو العلاج بواسطة طريقة العلاج القائمة على نزع التحسس عن حركات العين وإعادة معالجة الصدمة النفسية (EMDR)، لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات اللاحقة للصدمة (172). وتوصي المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد النساء (2013) باعتماد العلاج السلوكي المعرفي (CBT) وطريقة العلاج القائمة على نزع التحسس عن حركات العين وإعادة معالجة الصدمة النفسية (EMDR) لفائدة النساء البالغات اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي (39). وتوصي المبادئ التوجيهية الصادرة عن المعهد الوطني للمملكة المتحدة المتعلقة بالامتياز في مجال الصحة والرعاية (2017) بالعلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على علاج الصدمة النفسية (CBT-TF) للأطفال المصابين بالاضطراب اللاحق للصدمة المزمن، بمن فيهم أولئك الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي (177). ورغم ذلك، شملت الأدلة الواردة في هذه المبادئ التوجيهية السابقة جميع الأطفال الذين تعرضوا لمختلف أنواع الصدمات والاضطرابات اللاحقة للصدمة و/أو لم تكن خاصة بالأطفال أو المراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. ولذلك، تم تحديث هذا الدليل التوجيهي، مع التركيز على الدراسات التي أجريت على الأطفال أو المراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وجرى النظر أيضا في التدخلات التي شملت أيضا مقدمي الرعاية غير المسيئين. وأجري استعراض منهجي للإجابة على سؤالين من الأسئلة التي تتعلق بالفئة السكانية والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO):

- لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا أو ربما تعرضوا للاعتداء الجنسي، والذين تم تشخيص اضطرابات عقلية لديهم (P)، هل تسهم أي تدخلات نفسية واجتماعية (المشورة النفسية أو تدخلات العلاج النفسي مثلا) (I)، مقارنة بعدم القيام بأي تدخلات أو اتخاذ تدخلات نفسية واجتماعية أخرى (C) في تحسين النتائج الصحية العقلية للطفل أو المراهق (مثل الاضطرابات العاطفية والسلوكية، والاضطراب اللاحق للصدمة، والاكتئاب، والرفاه الذاتي، والأداء اليومي) و/أو نتائج الوالدين/مقدمي الرعاية (O)؟
- هل تسهم تدخلات الدعم النفسي والاجتماعي (I) التي تقوم بإشراك الأطفال والمراهقين الذين يرجح أن يكونوا تعرضوا لاعتداء جنسي، والوالدين/مقدمي الرعاية لهم غير المسيئين

(P)، مقارنة بعدم القيام بتدخلات أو القيام بتدخلات أخرى (C) في تحسين الرفاه النفسي للوالدين/مقدمي الرعاية (مثل الإجهاد، وسلوكيات الوصم، والتفاعلات السليمة ما بين الوالدين - الطفل، والاستفادة من الخدمات) و/أو الصحة العقلية للأطفال (O)؛

وشملت النتائج التي اعتبرت أنها مهمة الاضطراب اللاحق للصدمة النفسية؛ والاكتئاب؛ والاضطرابات المستورة؛ والاضطرابات الخارجية؛ والقلق؛ والأداء المدرسي؛ ورفاه الطفل الذاتي. ولمعالجة سؤالين من الأسئلة المتعلقة بالفئة السكانية والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO)، أجرى استعراض منهجي لتحديث تقرير وكالة جودة الرعاية الصحية لعام 2013 بشأن تعرض الطفل للصدمة النفسية، والتركيز على وجه التحديد على الاعتداء الجنسي على الأطفال، وتوسيع نطاقه ليشمل المراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي، بمن فيهم أولئك الذين تعرضوا لاعتداء جنسي من أقرانهم (178). وأسفر الاستعراض المتعلق بالسؤال الأول من أسئلة PICO المذكور أعلاه عن 10 مقالات تتعلق بثمانية تجارب عشوائية مضبوطة استوفت معايير الإدراج (179-188). ولم تجر إلا تجربتان فقط من هذه التجارب في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وشمل الاستعراض التدخلات التي تناولت العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة، والعلاج بالتعرض لفترة طويلة، وتدريب التحصين ضد الإجهاد والتعرض التدريجي (SIT)، والعلاج النفسي الفردي والجماعي. وقارنت الدراسات العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة بمجموعة المقارنة الموجودة على قائمة الانتظار؛ والعلاج السلوكي المعرفي بالمراقبة المجتمعية؛ والعلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة وطريقة العلاج القائمة على نزع التحسس عن حركات العين وإعادة معالجة الصدمة النفسية (EMDR)؛ وتدريب التحصين ضد الإجهاد مع العلاج التقليدي؛ والعلاج بالتعرض للصدمة لفترة طويلة بالعلاج التقليدي؛ والعلاج النفسي الفردي بحالة عدم وجود علاج أو بالعلاج النفسي الجماعي. وفي معظم الدراسات التي تشمل العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة، استنتج أن طريقة العلاج هذه لها فوائد متوسطة إلى كبيرة فيما يخص الاضطراب اللاحق للصدمة ولها فوائد قليلة إلى متوسطة لأعراض أخرى (مثل الاكتئاب، والأعراض المستورة والخارجية) لدى الأطفال أو المراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. ومع ذلك، تعتبر هذه الأدلة ذات يقين/جودة منخفضة جداً (انظر المرفقات الإلكترونية 5، و5ألف و5ب للاطلاع على التقرير الكامل وجدول الأدلة مقابل المقررات وجدول تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE)).

وبالنسبة للسؤال الثاني من أسئلة PICO، التي شملت أيضاً تدخلات مع عنصر من عناصر تقديم الرعاية، وجد الاستعراض المنهجي 18 مقالة مع 10 تجارب عشوائية مضبوطة (لم يستمد أي مقال من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل) استوفت معايير الإدراج (184، 186، 187، 203-189). وقامت معظم الدراسات المشمولة بتقييم نموذج أو عنصر من عناصر العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة أو مزيج من العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة جنباً إلى جنب مع سائر عناصر البرنامج. وقارنت الدراسات الحد من المخاطر من خلال العلاج الأسري (RRFT) مع العلاج كالمعتاد؛ والعلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة مع مجموعة المقارنة الموجودة على قائمة الانتظار أو العلاج السلوكي المعرفي مع التدخلات التي لا تستعمل العلاج السلوكي المعرفي؛ والعلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على علاج الصدمة مع المقارنة بعدم سرد الصدمات النفسية؛ والعلاج السلوكي المعرفي مع تقديم المشورة الداعمة؛ واجتماعات الأسرة/الشبكة جنباً إلى جنب مع أو بدون عمل الفريق. وتشير النتائج إلى فوائد شاملة متوسطة لأنواع مختلفة من التدخلات النفسية، وفوائد متوسطة إلى كبيرة على وجه التحديد للعلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة على أعراض الاضطراب اللاحق للصدمة مقارنة بالعلاجات المختلفة عن العلاج السلوكي المعرفي. وكان تصنيف الأدلة منخفضاً على مستوى اليقين والجودة. وأظهرت أدلة محدودة من أستراليا والمملكة المتحدة

حصول تكاليف مرتفعة ناجمة عن توفير العلاج السلوكي المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة. فعلى سبيل المثال، أظهرت إحدى الدراسات المتعلقة بالتكلفة-الفائدة أجزاها نظام الرعاية الصحية العقلية الأسترالي أن كلفة العلاج السلوكي المعرفي للشخص لمدة 12 شهرا بعد تعديل التكاليف الإضافية لسنوات العمر المعدلة حسب نوعية الحياة كانت 790 22 دولارا أستراليا (204). وفي المملكة المتحدة، أشارت دراسة أجريت عام 2006 إلى أن تكلفة العلاج السلوكي المعرفي للبالغين بلغت حوالي 750 جنيه استرليني للشخص (انظر المرفقات الإلكترونية 6 و6أ و6ب للاطلاع على التقرير الكامل وجدول الأدلة مقابل المقررات وجدول تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (205) (GRADE).

من الأدلة إلى التوصيات

خلال صياغة التوصيات، تعدد العواقب السلبية للصحة العقلية الناجمة عن الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين من الاعتبارات المهمة.

- وفيما يخص التدخلات النفسية الموجهة إلى الأطفال أو المراهقين فقط، نظرت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي في الأدلة بأن هناك المزيد من الدراسات عن العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة التي تدل على وجود فوائد متوسطة إلى كبيرة بالنسبة للاضطرابات اللاحقة للصدمة، جنبا إلى جنب مع أدلة واعدة (من دراسة واحدة) بشأن أنواع أخرى من العلاج السلوكي المعرفي التي تشتمل على عنصر الصدمة (مثل علاج التعرض للصدمة لفترة طويلة). ولم تقدم أي دراسات معلومات عن الأضرار المحتملة لهذا التدخل، رغم أن مجموعة إعداد الدليل التوجيهي سلطت الضوء على أهمية سلامة الأطفال أو المراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وعلى العموم، تؤيد الأدلة التوصية بالعلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة لهذه الفئة السكانية.
- ومع ذلك، فإن درجة يقين/نوعية الأدلة منخفضة جداً عموماً، نظراً لمخاوف جدية بشأن خطر التحيز؛ وصغر حجم العينات؛ وأحجام تأثير غير دقيقة. وعلاوة على ذلك، هناك أدلة بشأن التكاليف الكبيرة ومحدودية الجدوى والفعالية من حيث التكلفة لتنفيذ العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة. وهناك أيضاً أدلة على حواجز أخرى تعترض التنفيذ (مثل الافتقار إلى مقدمي الرعاية الصحية المتخصصين والمدربين؛ والجهد المبذول لتدريب الموظفين العاديين وتوجيههم والإشراف عليهم؛ وتكاليف النقل؛ وفقدان أجور مقدمي الرعاية؛ والوقت اللازم للقيام بزيارات متكررة). وجميع هذه الاعتبارات تجعل من الصعب للعلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة أن يكون قابلاً للتطبيق في كل مكان. ولذلك، تم تصنيف قوة التوصية على أنها مشروطة.
- وتشير أدلة محدودة إلى أن التدخلات قد تكون مقبولة لدى مقدمي الرعاية الصحية، غير أنه قد يكون لدى الشباب الذي يتلقى التدخلات تخوف من وصمة العار. وتشير أيضاً إلى أنه في سياقات ثقافية مختلفة، قد يكون هناك تردد من جانب مقدمي الرعاية في السماح لأطفالهم بالحصول على معلومات حول الاتصال الجنسي؛ وتغيير مهارات الآباء لرعاية الأبناء المقبولة ثقافياً.
- وبالنسبة للتدخلات النفسية التي تشمل الطفل أو المراهق، فضلاً عن عنصر الرعاية، نظرت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي في الأدلة على أن العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة، لا سيما العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة الذي طورته كوهين (8)، له فوائد متوسطة إلى كبيرة مقارنة بالعلاجات غير السلوكية المعرفية التي تعالج الاضطرابات اللاحقة للصدمة. كما أظهرت الأدلة فوائد صغيرة إلى متوسطة لأعراض

أخرى (مثل الاكتئاب والقلق والأعراض المتسترة والخارجية). وأيدت المقارنة التوصية بالعلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة الذي يشرك مقدمي الرعاية غير المسيئين، لعلاج الاضطرابات اللاحقة للصدمة. وترتبط الأضرار المحتملة أيضا بالسلامة التي ينبغي التصدي لها، ولكن تبقى المقارنة مؤيدة للتدخلات الواردة أعلاه.

- رغم ذلك، تتميز الأدلة بدرجة يقين/جودة منخفضة، نظراً لمخاوف خطيرة بشأن خطر التحيز والطابع غير المباشر للأدلة. وأظهرت الأدلة أيضاً تكاليف كبيرة لتنفيذ التدخلات وفعالية العلاج السلوكي المعرفي المركز على علاج الصدمة المحدودة من حيث التكلفة. وثمة حواجز أخرى مماثلة للتدخلات المتعلقة بالطفل أو المراهق فقط. ولذلك، تم تصنيف قوة التوصية على أنها مشروطة.
- لا يوجد ما يكفي من الأدلة انطلاقاً من هذه الفئة السكانية للتوصية بالعلاج النفسي على نطاق واسع لاضطرابات عاطفية،¹ أو لاضطرابات سلوكية.² ومع ذلك، يرافق الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين في أغلب الأحيان شذائد أخرى تكون أيضاً عوامل خطر مرتبطة باضطرابات عاطفية وبعض أنواع الاضطرابات السلوكية. ولذلك، تعتبر توصيات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية القائمة للاضطرابات العاطفية والسلوكية قابلة للتطبيق على هذه الفئة السكانية (انظر أدناه) (206).

التوصية 13 (حالية) (206)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
يمكن تقديم التدخلات النفسية، مثل العلاج السلوكي المعرفي للأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات سلوكية، وتوفير التدريب على مهارات تقديم الرعاية لمقدمي الرعاية غير المسيئين.	منخفضة	مشروطة

(أ) بينما قد لا يكون للاعتداء الجنسي على الأطفال أي علاقة بمهارات مقدم الرعاية، غير أن هذا العنصر قد يساعد الطفل أو المراهق على التعافي.

التوصية 14 (حالية) (206)

التوصية	نوعية الأدلة	قوة التوصية
يمكن تقديم التدخلات النفسية، مثل العلاج السلوكي المعرفي، وعلاج العلاقات الشخصية لفائدة الأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات عاطفية، وتوفير التدريب على مهارات تقديم الرعاية لمقدمي الرعاية غير المسيئين.	منخفضة	مشروطة

ملاحظات

- ينبغي أن يقوم اختيار التدخل النفسي أو السلوكي وكيفية تنفيذه على نوع الاضطرابات السلوكية أو المشاكل العاطفية على التوالي، وعلى العمر ومرحلة نمو الطفل أو المراهق (206).

¹ تتميز الاضطرابات العاطفية بارتفاع مستويات القلق والاكتئاب، والخوف والأعراض الجسدية.

² تشير الاضطرابات السلوكية إلى مجموعة من الظروف التي تتميز بنشاط فرط الحركة و/أو الحالات المستمرة والمتكررة للسلوك المعادي للمجتمع أو العدوانية أو المتحدي.

- فيما يخص المراهقين، من أجل تقييم الاضطرابات العقلية الأخرى بما في ذلك خطر الانتحار وإيذاء النفس، والاكئاب، ومشاكل إدمان الكحول وتعاطي المخدرات وإدارتها/علاجها، ينبغي اتباع دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية، الإصدار 2.0 (2016) (5).

ز. المبادئ الأخلاقية ومعايير حقوق الإنسان بشأن الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي لدى الطفل أو المراهق

تختلف المتطلبات اللازمة للإبلاغ عن الاعتداء الجنسي على الطفل أو المراهق إلى الوكالات المعنية بحماية الطفل (أو غيرها من السلطات ذات الصلة) باختلاف البلدان، ولكن قد تكون موجودة في ثلاثة أشكال. في بعض المناطق، قد تكون على مقدمي الرعاية الصحية متطلبات قانونية للإبلاغ عن (أي الإبلاغ الإلزامي) الحالات المعروفة أو المشتبه فيها للاعتداء الجنسي على الأطفال أو المراهقين إلى السلطات المعنية ذات الصلة، مثل الشرطة أو وكالات حماية/رعاية الطفل. وثانياً، قد تكون هناك متطلبات ذات صلة بالسياسة العامة للإبلاغ إلى شخص معين يحددها أرباب عمل مقدمي الرعاية الصحية أو بواسطة هيئة من هيئات القطاع. ثالثاً، قد يكون مقدمو الرعاية الصحية ملزمين بالتزام أخلاقي، سواء كان مستمداً من اعتقاد شخصي أو قاعدة مهنية، للإبلاغ عن حالات الاعتداء الجنسي على الطفل أو المراهق. واعتبرت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي مسألة ما إذا كان الإبلاغ الإلزامي عن الاعتداء الجنسي على الأطفال أو المراهقين أم لا أمراً فعالاً خارج نطاق هذا الدليل التوجيهي. وبدلاً من ذلك، ينصب التركيز على المبادئ التوجيهية وعلى ما يجوز فعله وما لا يجوز لإرشاد مقدمي الرعاية الصحية فيما يتعلق بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي على الطفل والمراهق في مجموعة من السياقات - أي ما إذا كانت هناك متطلبات قانونية أو سياساتية أو عدم وجود التزام رسمي، ولكن هناك واجب أخلاقي بشأن الإبلاغ.

بيان الممارسة الجيدة 7

سواء أكان ينبغي أن يلتزم مقدمو الرعاية الصحية بمتطلبات قانونية أو سياساتية أم ينبغي أن يسترشدوا بواجب أخلاقي في الإبلاغ عن حالات معروفة أو مشتبه فيها من حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال أو المراهقين، فإنه ينبغي أن يوازنوا بين الحاجة إلى مراعاة المصالح الفضلى لذلك الطفل أو المراهق، وبين قدراتهم المتطورة على اتخاذ قرارات مستقلة. وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:

- تقييم الآثار المترتبة على الإبلاغ بالنسبة لصحة وسلامة الأطفال أو المراهقين واتخاذ خطوات لتعزيز سلامتهم؛ وقد يكون هناك بعض الحالات التي قد لا يكون من المصالح الفضلى للطفل الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي؛
- حماية الحياة الخاصة للطفل أو المراهق (على سبيل المثال، خلال التعامل مع وسائل الإعلام)؛
- اتخاذ خطوات للنهوض بصحة الطفل أو المراهق، من خلال توفير الرعاية الطبية الفورية والدعم في الخط الأول؛
- توفير معلومات لذلك الطفل أو المراهق (قبل إجراء المقابلات أو أخذ رواية أحداث الاعتداء منه)، ومقدمي الرعاية لهم غير المسيئين بشأن:
 - التزامات الإبلاغ عن الحالة؛
 - حدود السرية؛
 - ما هي المعلومات التي سيتم الإبلاغ عنها والجهات المعنية بالإبلاغ؛
 - ما يمكن أن يحدث بعد ذلك، من الناحية العملية والقانونية؛
- توثيق عملية الإبلاغ والمحافظة على سرية المعلومات الموثقة باحتياطات إضافية عندما يكون مرتكب الجريمة هو مقدم الرعاية الذي يمكن له الوصول إلى ملف الطفل أو المراهق؛
- في الحالات التي يرتكب فيها الاعتداء الجنسي من قبل طفل أو مراهق آخر، إحالتها إلى الخدمات الصحية المناسبة أو غيرها (مثل خدمات الرعاية أو الخدمات الاجتماعية) حسب الحاجة.

وينبغي أن يكون مديرو الصحة وواضعو السياسات:

- على وعي بالمتطلبات القانونية بشأن الإبلاغ عن حالات الاعتداء الجنسي المعروفة أو المشتبه فيها؛ وفي الحالات التي لا يوجد فيها نظام قانوني فعال أو نظام لرعاية/حماية الطفل يقوم بالتصرف بشأن الإبلاغ أو عندما يكون مرتكب الاعتداء الجنسي جزءاً من النظام الرسمي، فإن جدوى الإبلاغ الإلزامي قد تتقلص (207). في حالات من هذا القبيل، قد يحتاج مديرو الصحة لتحقيق التوازن بين الحاجة إلى الامتثال لمتطلبات الإبلاغ مع مراعاة اعتبارات معينة واتخاذ خطوات للتخفيف من الأضرار المحتملة الناجمة عن الإبلاغ؛
- التسهيل لمقدمي الرعاية الصحية بتلقي التدريب على المبادئ التوجيهية المتعلقة بالإبلاغ، وما إذا كان ينبغي الإبلاغ ومتى ولمن وكيف؛
- معالجة معتقدات وقيم مقدمي الرعاية الصحية التي يمكن أن تؤثر سلباً على ممارساتهم في مجال الإبلاغ؛ ويشمل ذلك الوصمة والمحظورات الثقافية المتعلقة بالاعتداء الجنسي؛ والمواقف التي تركز على عدم المساواة بين الجنسين، والقاء اللوم على الضحايا؛ والاستياء من النشاط الجنسي الذي يتم بين المراهقين بالتراضي؛
- وضع نُظم وسياسات لحفظ السجلات وتبادل المعلومات تضمن أن يتم الحفاظ على سرية المعلومات وألا يتم تقاسم المعلومات ذات الصلة إلا مع الأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفة ذلك؛
- الاعتراف بأن الإبلاغ يحدث ضمن استجابة منهجية تضم العديد من الجهات الفاعلة والنظم الرسمية وغير الرسمية، والعمل مع مختلف الوكالات أو المؤسسات، بما في ذلك خدمات حماية الطفل وخدمات الشرطة، بغية تنسيق استجابات مناسبة.
- وتشمل الإجراءات التي لا تتفق مع مبدأ القدرات المتطورة:
- الإبلاغ بوضوح عن النشاط الجنسي الذي يتم بين المراهقين بالتراضي (أي وجود علاقات جنسية غير تعسفية)¹، إلا إذا كانت سلامة المراهق معرضة للخطر؛
- إبلاغ الآباء أو مقدمي الرعاية أو التماس موافقة الآباء/مقدمي الرعاية، حينما يعبر المراهقون، حسب سنهم ونضجهم، عن تفضيلهم عدم إشراك آبائهم/مقدمي الرعاية أو إشعارهم، ما لم تكن سلامة المراهق معرضة للخطر.

ملخص الأدلة

جرى التكليف بإجراء استعراض منهجي للدراسات للإجابة على الأسئلة الأربعة التالية:

- ما هي القيم والأفضليات التي لدى مقدمي الرعاية الصحية أو مؤسسات الرعاية الصحية التي يتطلبها القانون أو السياسة العامة من أجل الإبلاغ، أو قد ترغب خلاف ذلك في الإبلاغ عنها؟
- ما هي القيم والأفضليات التي لدى الأطفال أو المراهقين، ومقدمي الرعاية، أو الآباء فيما يتعلق بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي؟
- كيف يجب/ينبغي أن يؤثر سن الموافقة الجنسية أو القوانين التشريعية المتعلقة بالاغتصاب على ممارسات الإبلاغ لدى مقدمي الرعاية الصحية، وما هي الممارسة السريرية الجيدة في هذه الحالات؟
- ما هي المبادئ الأخلاقية والمبادئ المتعلقة بالسلامة وحقوق الإنسان التي لها أهمية في توجيه الممارسة السريرية؟

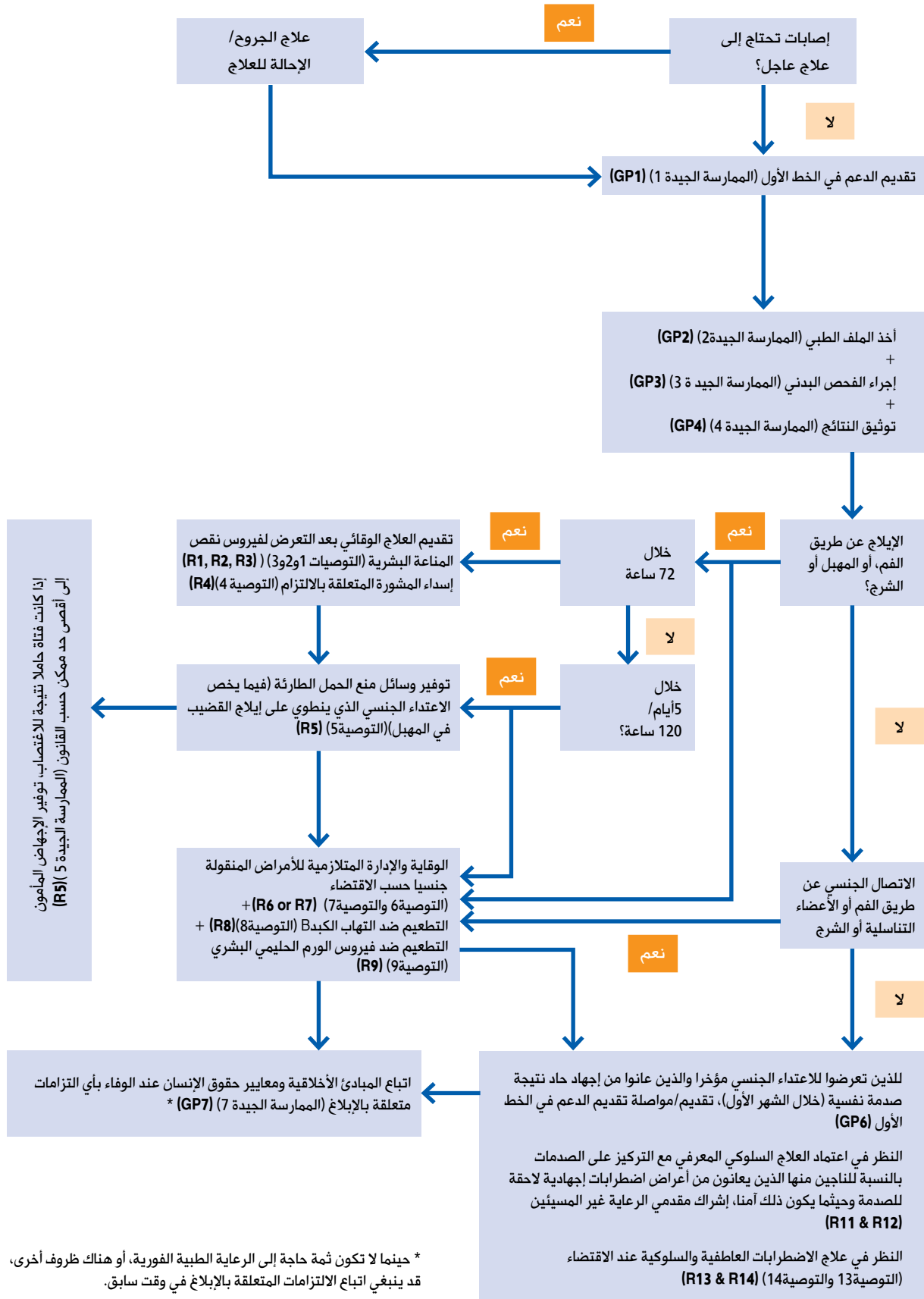
¹ اتفاقية حقوق الطفل-التعليق العام رقم 20 ، الفقرة 40 يشير إلى أنه: "ينبغي للدول الأطراف أن تأخذ في الاعتبار الحاجة إلى الموازنة بين الحماية والقدرات المتطورة، وأن تحدد سناً دنياً مقبولة عند تحديد السن القانونية للرضا الجنسي. وينبغي للدول أن تتفادى تجريم المراهقين من نفس العمر على النشاط الجنسي الذي تبين الوقائع أنه قائم على التراضي ولا ينطوي على الاستغلال".

وأُسفر الاستعراض عن دراسة نوعية واحدة و10 دراسات كمية تناولت القيم والأفضليات التي لدى مقدمي الرعاية الصحية فيما يتعلق بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي على الطفل أو المراهق - كل هذه الدراسات ما عدا دراسة واحدة مستمدة من البلدان المرتفعة الدخل (208 - 218). وبينت هذه الدراسات أن العوامل التي تشكل أكبر احتمال لدى مقدمي الرعاية الصحية للإبلاغ عن الاعتداء الجنسي على الطفل أو المراهق شملت ما يلي: أدرك مقدمو الرعاية الصحية أن الاعتداء الجنسي على الأطفال أو المراهقين يشكل مشكلة خطيرة؛ وأعرب مقدمو الرعاية الصحية عن عزم قوي أو تاريخ سابق للإبلاغ عن مثل هذه الحالات؛ ولدى مقدمي الرعاية موقف قوي مؤيد لواجب الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي على الطفل أو المراهق. وقدمت بعض الدراسات معلومات عن الحواجز والمعضلات الأخلاقية التي يواجهها مقدمو الرعاية الصحية في الإبلاغ. وأبرزت إحدى الدراسات على سبيل المثال، كيف رأى مقدمو الرعاية الصحية أنه ليس لديهم تدريب كاف أو استعداد لتناول مسألة الإبلاغ (208). وأشارت دراسة أخرى إلى أن مقدمي الرعاية الصحية قد يقرون بعض القيم الثقافية، بما في ذلك المعتقدات حول حقوق الوالدين وسلامة الأسرة والخصوصية والرغبة في عدم زعزعة العلاقات الأسرية (209).

كما تبين أن عدم وجود وكالات رعاية الطفل أو عدم فعاليتها يشكل عائقاً أمام الإبلاغ. بالإضافة إلى ذلك، سلط استعراضان الضوء على الحواجز الثقافية التي تعترض الأطفال والمراهقين في الكشف عن الاعتداء الجنسي الذي تعرضوا له، بما في ذلك الوصم والعار اللذين سيلحقان بالناجين وأسرههم (مثل مفهوم العار الذي يلحق بالأسرة التي لها صلة بالفتيات اللاتي فقدن بكرتهن أو توجيه اللوم للفتيات بأنهن يتحملن مسؤولية الإغراء بالاعتداء الجنسي) (219، 220). وقد تؤدي هذه الحواجز أيضاً إلى معضلات أخلاقية لمقدمي الرعاية الصحية فيما يتعلق بالإبلاغ عن حالات الاعتداء الجنسي إذا ما تم الكشف عنها أو تحديدها. ولم يعثر على أية دراسات تتناول القيم والأفضليات لدى الأطفال أو المراهقين أو مقدمي الرعاية لهم فيما يتعلق بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي، ولم يعثر على أية دراسات تناولت مسألة سن الموافقة الجنسية في تشكيل ممارسات الإبلاغ لدى مقدمي الرعاية الصحية (انظر المرفق الإلكتروني 7 للاطلاع على التقرير الكامل).

والتوصيات والممارسات الجيدة الواردة في الفرع 4 ملخصة في الشكل 1، وفي رسم تخطيطي يصور مسارات الرعاية التي يمكن أن يستخدمها مقدمو الرعاية الصحية كأدوات مساعدة على العمل.

الشكل 1: مسارات لرعاية الأطفال أو المراهقين الناجين من الاعتداء الجنسي



5. اعتبارات ذات صلة بالتنفيذ

يركز هذا الدليل التوجيهي على التوصيات والممارسات الجيدة بشأن الجوانب السريرية لتوفير الرعاية الموجهة إلى مقدمي الرعاية الصحية. ولم يشمل النطاق التوصيات المتعلقة بالسياسة العامة. ومع ذلك، أدرجت هنا بعض الاعتبارات المتعلقة بالتنفيذ التي تمكن مقدمي الرعاية الصحية من تقديم الرعاية الطبية المناسبة. وحددت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي مجالين يكتسيان أهمية خاصة: (أ) تيسير استفادة الأطفال أو المراهقين الناجين من اعتداء جنسي من الخدمات الصحية في الوقت المناسب؛ و (ب) إيجاد بيئة داعمة ومواتية لتقديم الخدمات لمقدمي الرعاية الصحية.

أ. تيسير الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب

تكتسي الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب بالنسبة لأولئك الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي عن طريق الإيلاج أهمية بالغة، من أجل توفير بعض العلاجات مثل العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، الذي لا يكون فعالاً إلا إذا قُدم خلال 72 ساعة، أو وسائل منع الحمل للاستعمال الطارئ إذا قدمت خلال 120 ساعة.

بيان الممارسة الجيدة 8

- ينبغي أن يسهل مقدمو الرعاية الصحية، بمن فيهم الذين يعملون في المجتمعات المحلية، استفادة الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي من الخدمات في الوقت المناسب. وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:
- زيادة الوعي العام بمخاطر الاعتداء الجنسي وعلاماته وأعراضه وعواقبه الصحية، وضرورة التماس الرعاية في الوقت المناسب؛
 - إتاحة الرعاية الشاملة والمتكاملة التي من شأنها أن تقلل من الحاجة لزيارة نقاط متعددة لتقديم الرعاية؛
 - الإعلان عن توافر الخدمات، حينما يتم إيجاد الخدمات وإتاحتها، من خلال تضافر الجهود بما في ذلك المجتمعات المحلية والحملات الإعلامية وأنشطة التوعية. كما تحتاج هذه الجهود أن تصل إلى الأقليات والشعوب الأصلية أو المجتمعات المحلية المهمشة التي يقل معدل حصولها على الخدمات والتي تحتاج إلى رعاية مكيفة ثقافياً؛
 - العمل مع المجتمعات المحلية، والناجين وأسرهم للتصدي لوصمة العار الناتجة عن الاعتداء الجنسي والتماس الرعاية الصحية العقلية؛ وتحسين قبول الخدمات وتوطيد الثقة في مقدمي الرعاية الصحية؛
 - الدعوة مع واضعي السياسات والإدارة إلى خفض الحواجز على مستوى السياسة والحواجز العملية للوصول إلى الرعاية (على سبيل المثال، التي تطالب بالإبلاغ إلى الشرطة كشرط لتوفير الرعاية الطبية والدعم النفسي، أو المسائل المتعلقة بالتكاليف)؛
 - تعزيز الإحالات داخل وبين الخدمات الصحية وغيرها من خدمات القطاع (على سبيل المثال، الشرطة وحماية الطفل والخدمات القانونية).

ملخص الأدلة

أجري استعراض منهجي للدراسات المنشورة الذي حدد 17 دراسة أجابت على السؤال: «ما هي الممارسات الجيدة لتوفير المعلومات والتثقيف بشأن الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية لهم، من أجل زيادة الاستفادة من الخدمات الصحية في الوقت المناسب؟» (54،

56، 137، 221-234). وكانت أغلبية هذه الدراسات، ($n = 12$) من البلدان ذات الدخل المرتفع، وبقية الدراسات الأخرى ($n = 5$) من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وشملت المواضيع ذات الصلة المشتركة المحددة عبر هذه الدراسات الحاجة إلى تحسين الوعي العام بعلامات ومخاطر الاعتداء الجنسي، ومدى توافر الخدمات؛ وتنفيذ خدمات منسقة؛ العمل مع الفئات المهمشة في المجتمعات المحلية لتطوير خدمات مناسبة ثقافياً؛ وتقليص الحواجز التي تعترض تقديم الخدمات، مثل اشتراط تقارير الشرطة كشرط مسبق لتقديم الخدمات الصحية في الوقت المناسب. كما أكدت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي أيضاً على أهمية تعزيز الإحالات ضمن الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات، بما في ذلك في قطاعي الشرطة والعدالة. وأشارت أيضاً إلى أهمية التصدي للعبء المزدوج لوصمة العار المرتبطة بالاعتداء الجنسي، فضلاً عن السعي إلى خدمات الصحة العقلية لأولئك الذين قد يحتاجون لهذه الأخيرة (انظر المرفق الإلكتروني الثاني للاطلاع على التقرير الكامل).

ب. إيجاد بيئة داعمة ومواتية فيما يخص تقديم الخدمات لمقدمي الرعاية الصحية

لكي يتسنى لمقدمي الرعاية الصحية تقديم رعاية سريرية بفعالية وتنفيذ التوصيات الواردة في هذا الدليل التوجيهي، فإنهم يحتاجون إلى دعم بواسطة التدريب المستمر، والتوجيه والإشراف، فضلاً عن تخصيص الموارد لتوفير الرعاية، وتوفير بروتوكولات موحدة لتوجيه تقديم الرعاية وتعزيز الروابط المتعددة القطاعات.

بيان الممارسة الجيدة 9

ينبغي أن يقوم مديرو الصحة وصانعو السياسات بتهيئة بيئة مواتية لتقديم الخدمات ودعم مقدمي الرعاية الصحية في اضطلاعهم بالمهام والمسؤوليات المتصلة بالعناية بالأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:

- إتاحة وإعطاء الأولوية لتوفير رعاية عالية الجودة في أماكن الرعاية الصحية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي؛
- تيسير التدريب المستمر والإشراف والتوجيه:
 - ينبغي أن ينصب التركيز على التقييم العام والدعم في الخط الأول الذي يركز على الطفل أو المراهق والملف الطبي/المقابلات الطبية كحد أدنى من المتطلبات في المناطق المنخفضة الموارد؛
 - مهارات أو كفاءات في تقييم الاعتداء الجنسي وفحصه وإدارته بطريقة مراعية للبعد الجنساني وملائمة للأطفال أو المراهقين وللتوثيق، بما في ذلك كيفية تفسير نتائج الفحص، التي ينبغي أن توفر لجميع مقدمي الرعاية الصحية الذين اطلعوا على حالة الأطفال أو المراهقين؛ وسيتباين الكادر الدقيق لمقدمي الرعاية الصحية الذين سيتم تدريبهم تبعاً للسياق؛
 - ينبغي أن يعالج التدريب المواقف التي يمكن أن تكون لدى مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المواقف التي تسهم في ترسيخ عدم المساواة بين الجنسين، ووصم المراهقين بناءً على ميولهم الجنسية أو هوية نوع الجنس، أو إلقاء اللوم على الناجين من الاعتداء الجنسي. كما ينبغي أن تعالج عزوف مقدمي الرعاية الصحية عن المشاركة في الرعاية وإدارة شؤون الأطفال أو المراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي؛
 - ينبغي أن يعالج التدريب طبيعة التزامات مقدمي الرعاية الصحية بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي الذي تعرض له الطفل أو المراهق (انظر بيان الممارسة الجيدة 7).

- ومن الناحية المثالية، يمكن تدريب أفرقة متعددة التخصصات معا، مع تحديد واضح للأدوار والمسؤوليات والتوقعات؛
- لكي يكون التدريب مستداما، ينبغي إدماجه في مناهج ما قبل الخدمة وأثناء الخدمة في مجال التعليم الطبي والتدريب والقبالة وغيرهم من مقدمي الخدمات الصحية وإشراك الهيئات المهنية ذات الصلة.
- تلبية الاحتياجات لعدد كاف من الموظفين، مع إيلاء اهتمام للاحتفاظ بالموظفين المدربين، إلى جانب البنية الأساسية الكافية، واللوازم والموارد المالية، بما في ذلك الميزانيات، من أجل دعم توفير الخدمات في الوقت المناسب؛
- دعم مقدمي الرعاية الصحية الذين يقدمون الرعاية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي والذين هم مدعوون للإدلاء بشهادتهم في المحكمة. ومن المهم أيضا توفير بيئة عمل لمنع الإرهاق ودعم التعامل مع الإرهاق والصدمة غير المباشرة. ويمكن أن يتم ذلك بتوفير الأخصائيين في مجال الاعتداء الجنسي والتقييم الطبي، للحصول على المشورة والحد من العزلة المهنية. في بعض المناطق، تم تسهيل هذا النوع من الدعم المهني عبر الإنترنت أو عن طريق دعم الأقران، أو عن طريق خط مساعدة للمهنيين والنهج الصحية المحمولة (mHealth)؛
- تعزيز الإحالات والروابط مع خدمات الدعم الأخرى /الخدمات ذات الصلة لتيسير اتباع نهج متعدد التخصصات ومتعددة القطاعات في مجال الرعاية؛
- وضع بروتوكولات أو مسارات للرعاية السريية التي يمكن أن تكون أدوات مفيدة أو أدوات مساعدة على العمل لمقدمي الرعاية الصحية في توجيه عملية تقديم الرعاية بطريقة منهجية؛
- إجراء الرصد والتقييم لعملية توفير الرعاية، بما في ذلك عن طريق توفير أدوات لجمع بيانات مصنفة بحسب العمر.

ملخص الأدلة

أجري استعراض منهجي للدراسات المنشورة حدد 43 دراسة أجابت على السؤال: «ما هي الاستراتيجيات التي يمكن لها إنشاء نظم صحية داعمة أو مواتية لمقدمي الرعاية الصحية لتوفير الرعاية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا أو ربما تعرضوا لاعتداء جنسي؟». وكانت أغلبية هذه الدراسات من البلدان المرتفعة الدخل ($n = 35$) (47, 48, 56, 58, 59, 61, 62, 67, 104, 105, 107, 223, 227, 235-264). وكانت أهم المسائل المحددة توفير التدريب المستمر والفائق الجودة للعاملين الصحيين، ولا سيما في مجال الفحص وتفسير النتائج والتوثيق، وتوفير الخبراء في مجال الاعتداء الجنسي وتوفير الموظفين بشكل كاف، وإمداد وتمويل المرافق؛ وإنشاء أفرقة الرعاية المتعددة التخصصات التي يتم التنسيق بينها؛ ووضع بروتوكولات لإدارة حالات الاعتداء الجنسي وتقديم الدعم لمقدمي الرعاية الذين قد يعانون من الإرهاق. وسلطت مجموعة إعداد الدليل التوجيهي الضوء على نقاط إضافية متصلة بالتدريب لمقدمي الرعاية الصحية التي تشمل التركيز على معالجة المواقف والمهارات والكفاءات؛ وتحسين استدامة التدريب عن طريق إدماجه في مناهج التدريب قبل الخدمة وأثناءها؛ ومساعدتهم على الوفاء بأي التزامات تتعلق بالإبلاغ. وأثار أعضاء المجموعة أيضا مسألة الرصد والتقييم وتوفير أدوات لتقييم نوعية توفير الرعاية، بما في ذلك بيانات مصنفة حسب العمر (انظر المرفق الإلكتروني الثاني للاطلاع على التقرير الكامل).

6. الآثار المترتبة عن البحث

حددت فجوات معرفية هامة خلال عملية تطوير هذا الدليل التوجيهي التي يلزم التصدي لها من خلال البحث. ومع ذلك، فهي لا تمثل تقييماً شاملاً للفجوات البحثية. وتستند جميع التوصيات الجديدة التي وضعت لهذا الدليل التوجيهي إلى أدلة جرت تسميتها بأنها ذات نوعية «منخفضة جداً» أو «منخفضة»، مما يشير إلى الحاجة إلى إجراء مزيد من البحوث. وفي بعض المناطق (المناطق التي توجد فيها الأمراض المنقولة جنسياً مثلاً) لم تكن هناك أدلة مباشرة تتعلق بتقييم التدخلات. ومن ثم، يجب استخدام أدلة غير مباشرة على شكل دراسات وصفية أو تقارير الحالة وأغلب الأدلة مستمدة من بعض البلدان ذات الدخل المرتفع، بينما تظل البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ممثلة تمثيلاً ناقصاً. وهناك أيضاً فجوات في:

- معرفة مدى انتشار الاعتداء الجنسي لدى الأطفال والمراهقين في كثير من المناطق، بما في ذلك المخاطر وعوامل الحماية وسلوكيات طلب المساعدة؛
 - معلومات حول التأثيرات الطويلة الأجل للاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين، بما في ذلك الاحتياجات المتصلة بالخدمات الصحية طويلة الأجل؛ وهذه ليست مفهومة وتتطلب دراسات طويلة؛
 - فهم الاحتياجات المختلفة للخدمات أو الرعاية، والحوجز التي تواجهها وأثار التدخلات على الفتيات والفتيان، عبر الفئات العمرية المختلفة، وبين أولئك الذين يواجهون التمييز (مثلاً على أساس الجنس أو العرق، أو الانتماء الإثني، أو الدين أو الميول الجنسية أو هوية نوع الجنس أو الإعاقة أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية). وكانت هناك أدلة أقل بكثير فيما يخص الفتيان والمراهقين من المثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين مقارنة بالفتيات. ويمكن أن تساعد هذه المعلومات في تحسين الوصول إلى الخدمات وتكييف التدخلات.
- وبالنسبة لكل مجال جرى النظر فيه في هذا الدليل التوجيهي، يتم عرض المواضيع الإضافية التي تتطلب مزيداً من البحث تحت العناوين التالية.

أ. الرعاية التي تركز على الطفل أو المراهق/الدعم في الخط الأول

- استكشاف كيف يمكن لاستراتيجيات الدعم في الخط الأول أن تأخذ في الاعتبار الاحتياجات والتجارب المختلفة للأطفال والمراهقين من المجموعات المختلفة التي قد تواجه التمييز (كما هو الحال في علامة التنقيط السابقة).

ب. الملف الطبي والفحص البدني وتوثيق النتائج

- تحديد النهج أو الممارسات التي تعزز تقنيات المقابلات والفحص والتوثيق المركزة والمراعية للأطفال أو المراهقين، وكذلك كيفية التصدي (مثل اختبار الأصبغين أو اختبار البكارة) للممارسات الضارة أو غير الصحيحة.

ج. العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية والالتزام به

- تحديد كيفية تحسين المشورة المتعلقة بالالتزام ودعم وتقييم فعاليتها لدى الأطفال والمراهقين الناجين من اعتداء جنسي.
- إجراء بحوث من أجل فهم الحواجز التي تعترض الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية لدى الناجين من اعتداء جنسي، بمن في ذلك المراهقون والأطفال.

د. العلاج الوقائي بعد التعرض للأمراض المعدية المنقولة جنسيا التي يمكن علاجها والوقاية منها باللقاحات

- تشمل التجارب المختبرية المنهجية للأمراض المنقولة جنسياً لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي والذين لا تظهر عليهم أعراض عند تقديم العلاج الوقائي من الأمراض المنقولة جنسياً.
- تحسين جمع البيانات عن معدلات الأمراض المنقولة جنسياً لدى الأطفال والمراهقين من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل الذين تعرضوا لاعتداء جنسي.

هـ. التدخلات في مجال الصحة النفسية والعقلية على المدى القصير والمدى الطويل

- تحديد وتقييم التدخلات في مجال الصحة النفسية والعقلية التي يمكن أن تنفذ في المناطق المنخفضة الموارد، لأن معظم الأدلة تستند إلى تدخلات من مناطق ذات موارد مرتفعة وتدخلات تتطلب موارد كثيرة.
- تقييم قابلية التوسيع وكيفية توسيع نطاق التدخلات في مجال الصحة النفسية والعقلية التي أظهرت فعالية على نطاق صغير، لا سيما في المناطق المنخفضة الموارد.

و. المبادئ الأخلاقية ومعايير حقوق الإنسان بشأن الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي لدى الطفل أو المراهق

- جمع بيانات عن القيم والأفضليات التي لدى الأطفال أو المراهقين، وأبائهم/مقدمي الرعاية، فيما يتعلق بالإبلاغ عن الاعتداء الجنسي.
- إجراء بحوث حول فوائد ومضار الإبلاغ الإلزامي عن الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين، وكذلك بشأن عدم الإبلاغ.
- إجراء بحوث بشأن فعالية ممارسات الإبلاغ الإلزامي.
- إجراء استعراضات للسياسات بشأن تأثير المتطلبات المتعلقة بالحصول على تقارير الشرطة من أجل التمكن من توفير الرعاية للناجين من الاعتداء الجنسي.
- إجراء بحوث بشأن أثر القوانين التشريعية المتعلقة بالاغتصاب أو القوانين المتعلقة بسن الرضا الجنسي على ممارسات الإبلاغ لدى مقدمي الرعاية الصحية، وكيف أن هذه القوانين لها تأثير على الحصول على الخدمات الصحية للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي.

ز. اعتبارات ذات صلة بالتنفيذ

تيسير الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب

- إجراء عمليات تقييم للاستراتيجيات، خاصة من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، لزيادة الاستفادة من الخدمات في الوقت المناسب. وبينما تشير الدراسات المنشورة إلى أن مجرد تقديم الرعاية الشاملة يمكن أن يزيد من نسبة الاستفادة من الخدمات، يلزم البحث لاستكشاف هذا الارتباط.
- إجراء بحوث لكي يفهم على نحو أفضل الجهات التي تحصل على الخدمات، وكيفية علمها بهذه الخدمات والمجتمعات التي تم استبعادها.
- تقييم نماذج مختلفة لتقديم الرعاية والخدمة، ولتقييم كيفية تحسين الاستفادة من الخدمات والوصول إليها.

إيجاد بيئة داعمة ومواتية فيما يخص تقديم الخدمات لمقدمي الرعاية الصحية

- تقييم طرائق تدريب مختلفة ومدى فعاليتها.
- تحديد كيف يمكن أن تسهم الابتكارات مثل توفير الوصول إلى الخبراء من خلال النهج القائمة على الإنترنت في تعزيز قدرات مقدمي الرعاية الصحية.
- تقييم كيفية تعزيز رفاهية مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في هذا العمل والتصدي للإرهاق أو الصدمات غير المباشرة التي قد تواجههم.
- تقييم كيفية تعزيز توفير الرعاية في خدمات القطاع الخاص فضلا عن القطاع العام.
- تحديد كيفية تعزيز التنسيق بين القطاعات من خلال العمل جنباً إلى جنب مع القطاعات الأخرى (مثل رعاية/حماية الطفل، والتعليم)، وتحسين الخيارات والنتائج بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تتم إحالتهم إلى خدمات أخرى.
- توثيق وتقييم الممارسات الميدانية لمنفذي البرامج التي يمكن أن تقدم دروس مستفادة ذات قيمة حول تنفيذ الخدمات.

7. النشر، والتنفيذ، والرصد والتقييم

يستند نشر وتنفيذ هذا الدليل التوجيهي إلى العمل الذي بدأ في نشر وتنفيذ المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية للتصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة (2013)(39). وتم تعميم الدليل التوجيهي بشأن المرأة على نطاق واسع من خلال عدة حلقات عمل إقليمية للنشر، بما في ذلك في بلدان من شرق وجنوب أفريقيا، وآسيا والمحيط الهادئ، وفي الشرق الأوسط، وشمال أفريقيا ومنطقة البحر الكاريبي. واستخدمت العديد من البلدان المبادئ التوجيهية لعام 2013 لتحديث مبادئها التوجيهية أو بروتوكولاتها الوطنية، وطلبت التوجيه لمعالجة مسألة الاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين، وهو ما يوفر مدخلاً وفرصة لنشر وتنفيذ هذا الدليل التوجيهي.

كما سيستخدم إطار رسمي لتحويل المعرفة إلى عمل من أجل نشر الدليل التوجيهي بشأن الاستجابة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. وسينشر هذا الدليل التوجيهي من خلال شبكة واسعة من الشركاء، بما في ذلك وزارات الصحة؛ ووكالات الأمم المتحدة الأخرى (مثل منظمة الأمم المتحدة للطفولة [اليونيسيف]، وصندوق الأمم المتحدة للسكان)؛ والمنظمات غير الحكومية؛ والمبادرات العالمية المعنية بالعنف ضد المرأة (مثل حزمة الخدمات الأساسية للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات) وللتصدي للعنف ضد الأطفال (مثل معا من أجل الفتيات، والشراكة العالمية لمنع العنف ضد الأطفال، ومبادرة دريمز (DREAMS) الصادرة عن خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز) مبادرة المرأة صاحبة العزيمة والجِد وغير المهمشة والسلامة من الإيدز والمتمتعة بالتوجيه والسلامة) والمبادرة التحفيزية للصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا) لفائدة المراهقات والشابات، فضلاً عن صحة المراهقين والصحة الإنجابية (مثل تنفيذ الممارسات الجيدة)؛ والجمعيات المهنية؛ والمراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية. وسينشر الدليل التوجيهي على مكتبة إدارة الصحة الإنجابية لمنظمة الصحة العالمية وسينشر عن طريق حلقات دراسية شبكية، وكذلك عن طريق المؤتمرات ذات الصلة.

ولتسهيل الاستفادة من هذا الدليل التوجيهي، ستوضع منتجات مشتقة، بما في ذلك تحديث الدليل السريري للتصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد النساء (265) التي ستشمل اعتبارات خاصة بالأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي. كما ستدرج التوصيات الواردة في هذا الدليل التوجيهي ضمن المبادئ التوجيهية الموحدة للتصدي لإساءة معاملة الطفل (أي معالجة الاعتداء الجسدي وسوء المعاملة العاطفية والإهمال) التي تقوم بإعدادها إدارة منظمة الصحة العالمية لإدارة الأمراض غير السارية، والوقاية من الإعاقة، والعنف والإصابات.

وسيتم تطبيق إطار رسمي ومنهجي لتحويل المعرفة إلى عمل من أجل لتنفيذ هذا المبدأ التوجيهي، الذي يتضمن الخطوات التالية:

- تقديم المبادئ التوجيهية لأصحاب المصلحة الوطنيين من خلال عملية تشاركية مدفوعة بتوافق الآراء، تنطوي على تحديد ما إذا كانت المبادئ التوجيهية أو البروتوكولات الوطنية القائمة تحتاج إلى تحديث أو أنه ينبغي وضع مبادئ توجيهية جديدة؛

- تكييف المبادئ التوجيهية مع السياق، استناداً إلى المدخلات المقدمة من أصحاب المصلحة الوطنيين بحيث يمكن أن تلبي احتياجات البلد وتأخذ في الاعتبار الموارد البشرية والمالية المتاحة، وتنظيم النظام الصحي والقوانين والسياسات الوطنية والإرشادات السريرية، والعوامل الثقافية والاجتماعية. من المهم أن تكون عملية التكيف وأية تغييرات يتم إجراؤها، بما في ذلك تلك التغييرات المدخلة على التوصيات المشروطة، صريحة وتجري بطريقة شفافة؛
 - استخدام مبادئ توجيهية وطنية محدثة أو مكيفة لتدريب مقدمي الرعاية الصحية في مواقع مختارة؛
 - رصد ما إذا كانت المعارف والمهارات لدى مقدمي الرعاية الصحية قد تحسنت، وتوثيق الدروس المستفادة، والحواجز المواجهة؛
 - استناداً إلى الدروس المستفادة، ينبغي أن يحدد مع أصحاب المصلحة الوطنيين كيفية مواصلة نشر الدليل التوجيهي؛ ومن المهم أن تحدد هذه العملية وتتصدى للحواجز التي ينبغي معالجتها لخلق بيئة تمكينية لمقدمي الرعاية الصحية تيسر لهم تقديم الرعاية السريرية.
- والهدف من هذه العملية ضمان نهج منظم لتسهيل الاستفادة من المبادئ التوجيهية والارتقاء بها، وتحديد الدروس المستفادة التي يمكن تطبيقها في أماكن أخرى. وإن رصد وتقييم عملية التنفيذ لا يعتبر عنصراً حاسماً لضمان تحسين مقدمي الرعاية الصحية لمعارفهم ومهاراتهم فحسب، بل أيضاً أن يتيح النظام الصحي تقديم رعاية جيدة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لسوء المعاملة. ويمكن جمع المعلومات من خلال إجراء تقييمات دورية لتقديم الخدمات، بما في ذلك تقييم كيف يواجه الأطفال والمراهقين الرعاية التي يتلقونها وما إذا كانت هناك استفادة أفضل وفي الوقت المناسب من الخدمات على مر الزمن. وينبغي أن تكون المؤشرات التي يتم الإبلاغ بها دولياً، قدر المستطاع، (266) قائمة على المؤشرات القائمة المتفق عليها، وهي تشمل ما يلي:
- عدد البلدان التي وضعت أو قامت بتحديث مبادئها التوجيهية أو بروتوكولاتها أو إجراءاتها التشغيلية الموحدة الوطنية لاستجابة النظم الصحية للنساء المعرضات لعنف العشير و/ أو العنف الجنسي، بما يتسق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.
 - عدد البلدان التي توفر خدمات الرعاية الشاملة بعد الاغتصاب في مرفق/ دائرة للخدمات الطبية في كل وحدة إقليمية و/ أو إدارية بما يتسق مع المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.

8. تحديث الدليل التوجيهي

سيتم تحديث هذا الدليل التوجيهي في غضون 7 – 10 سنوات، أو بعد تحديد أدلة جديدة تعكس الحاجة إلى تغيير أي توصيات. وحيثما أمكن ذلك، سينظر توقيت التحديثات أيضا في أي فرص لاستحداث مبادئ توجيهية موحدة للأطفال والمراهقين، والتصدي للعنف. وترحب منظمة الصحة العالمية بالاقتراحات المتعلقة بمواضيع إضافية بغية إدراجها في المبادئ التوجيهية المقبلة. ويرجى إرسال الاقتراحات بالبريد الإلكتروني إلى العنوان الإلكتروني:

reproductivehealth@who.int

المراجع

1. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, accessed 13 September 2017).
2. Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations; 1989 (<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>, accessed 13 September 2017).
3. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO, Geneva, 29–31 March 1999. Geneva: World Health Organization; 1999 (WHO/HSC/PVI/99.1; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65900/1/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf, accessed 13 September 2017).
4. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>, accessed 13 September 2017).
5. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf>, accessed 13 September 2017).
6. National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Royal College of Psychiatrists; 2005.
7. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD003388.
8. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Child and parent trauma-focused cognitive behavioural therapy manual. Philadelphia: Drexel University, College of Medicine; 2001.
9. International Rescue Committee, United Nations Children's Fund. Caring for child survivors of sexual abuse: guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. New York: International Rescue Committee; 2012 (https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf, accessed 13 September 2017).
10. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/1/9789241548205_eng.pdf, accessed 13 September 2017).
11. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/, accessed 13 September 2017).
12. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf, accessed 4 October 2017).
13. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79–101. doi:0.1177/1077559511403920.
14. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* 2013;58(3):469–83. doi:10.1007/s00038-012-0426-1.
15. Sumner S, Mercy JA, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services – seven countries, 2007–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(21):565–9.

16. Policy brief: Zambia health and wellbeing survey (H-well). Lusaka: Government of Zambia; 2014 (<http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/2017/10/PS.HWELL-Zambia-Data-Brief.pdf>, accessed 13 September 2017).
17. Violence against children survey in Lao PDR: preliminary report. Vientiane: Lao Statistics Bureau; 2016 (https://www.unicef.org/laos/VAC_preliminary_report_ENG_FINAL_-_30_May_2016.pdf, accessed 13 September 2017).
18. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *J Adolesc Health*. 2014;55(3):329–33. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.026.
19. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(7):647–57. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003.
20. Berkowitz CD. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1998;22(6):541–50; discussion 551–4.
21. Reading R, Rannan-Eliya Y. Evidence for sexual transmission of genital herpes in children. *Arch Dis Child*. 2007;92(7):608–13.
22. Keke X. HIV prevalence in children who have been sexually assaulted and the impact on the child and family. In: 14th International Congress on Child Abuse and Neglect, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 7–10 July 2002, Denver, United States of America.
23. Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA, Beil J, Fleming PL, Ward JW. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics*. 1998;102(4):e46.
24. Zierler S, Feingold L, Laufer D, Velentgas P, Kantrowitz-Gordon I, Mayer K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *Am J Public Health*. 1991;81(5): 572–5.
25. Richter L, Komárek A, Desmond C, Celentano D, Morin S, Sweat M, Chariyalertsak S et al. Reported physical and sexual abuse in childhood and adult HIV risk behaviour in three African countries: findings from Project Accept (HPTN-043). *AIDS Behav*. 2014;18(2):381–9. doi:10.1007/s10461-013-0439-7.
26. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(5):711–35.
27. Jones DJ, Lewis T, Litrownik A, Thompson R, Proctor LJ, Isbell P et al., Linking childhood sexual abuse and early adolescent risk behavior: the intervening role of internalizing and externalizing problems. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(1):139–50. doi:10.1007/s10802-012-9656-1.
28. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN et al., Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(7):618–29. doi:10.4065/mcp.2009.0583.
29. Banyard VL, Williams, LM, Siegel JA. The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J Trauma Stress*. 2001;14(4):697–715.
30. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Cannon EA, Fishman PA, Carrell D et al. Health care utilization and costs associated with childhood abuse. *J Gen Intern Med*. 2008;23(3):294–9. doi:10.1007/s11606-008-0516-1.
31. Edwards VJ, Freyd JJ, Dube SR, Anda RF, Felitti VJ. Health outcomes by closeness of sexual abuse perpetrator: a test of betrayal trauma theory. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2012;21(2):133–48. doi:10.1080/10926771.2012.648100.
32. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*. 2011;23(2):453–76. doi:10.1017/S0954579411000174.
33. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med*. 2005;28(5):430–8.

34. Violence against children in Kenya: findings from a 2010 national survey. Summary findings and response plan 2013–2018. Nairobi: UNICEF Kenya; 2012 (<http://www.labour.go.ke/resources/category/22-field-servies-section.html?download=159:vac-study-response-plan-2013%E2%80%932018>, accessed 13 September 2017).
35. Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services, PEPFAR, Republic of Haiti, Together for Girls, Interuniversity Institute for Research and Development. Violence against children in Haiti: findings from a national survey 2012. New York: Centers for Disease Control and Prevention US Department of Health and Human Services; 2014 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/violence-haiti.pdf>, accessed 13 September 2017).
36. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby S. School, police, and medical authority involvement with children who have experienced victimization. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(1):9–15. doi:10.1001/archpediatrics.2010.240.
37. Akinlusi FM, Rabiou KA, Olawepo TA, Adewunmi AA, Ottun TA, Akinola OI. Sexual assault in Lagos, Nigeria: a five year retrospective review. *BMC Women’s Health.* 2014;14(1):115. doi:10.1186/1472-6874-14-115.
38. Golan A, Dishi-Galitzky M, Barda J, Lurie S. The care of sexual assault victims: the first regional center in Israel – 10 years experience. *Isr Med Assoc.* 2012;14(11):658–61.
39. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, accessed 13 September 2017).
40. WHO handbook for guidelines development, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf>, accessed 13 September 2017).
41. GRADE working group (<http://www.gradeworkinggroup.org/>, accessed 13 September 2017).
42. World Health Organization. Declaration of interests for WHO experts – forms for submission (<http://www.who.int/about/declaration-of-interests/en/>, accessed 13 September 2017).
43. PRISMA: transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses (<http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Default.aspx>, accessed 13 September 2017).
44. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. New York: United Nations; 1979 (<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>, accessed 13 September 2017).
45. Moore L, Kirk S. A literature review of children’s and young people’s participation in decisions relating to health care. *J Clin Nurs.* 2010;19(15–16):2215–25. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03161.x.
46. Campbell R, Greeson MR, Fehler-Cabral G. With care and compassion: adolescent sexual assault victims’ experiences in sexual assault nurse examiner programs. *J Forensic Nurs.* 2013;9(2):68–75. doi:10.1097/JFN.0b013e31828badfa.
47. Establishing a comprehensive health sector response to sexual assault. Mumbai: Centre for Enquiry into Health and Allied Themes; 2012 (<http://www.cehat.org/go/uploads/Publications/R87%20Establishing%20a%20Comprehensive%20Health%20Sector%20Response%20to%20Sexual%20Assault.pdf>, accessed 13 September 2017).
48. Cangwa MC, Pather MK. The management of sexual assault victims at Odi District Hospital in the North West Province: how can the quality of hospital care be improved? *S Afr Fam Pract.* 2008;50(6):45. doi:10.1080/20786204.2008.10873783/.
49. Chung CY, Chan GLTL, Yeung SKSL, Fu LS. A review on multi-disciplinary intervention by child protection professionals in child sexual abuse cases in Hong Kong. *Asian Pac J Soc Work.* 2002;12(1):97–111. doi:10.1080/21650993.2002.9755890.
50. Collings SJ. Professional services for child rape survivors: a child-centred perspective on helpful and harmful experiences. *J Child Adolesc Ment Health.* 2011;23(1):5–15. doi:10.2989/17280583.2011.594244.

51. Davies E, Seymour F. Medical evaluations in cases of suspected child sexual abuse: Referrals and perceptions. *N Z Med J.* 2001;114(1136):334–5.
52. Davies E, Seymour F, Read J. Children's and primary caretakers' perceptions of the sexual abuse investigation process: a New Zealand example. *J Child Sex Abus.* 2001;9(2):41–56. doi:10.1300/J070v09n02_03.
53. Denis C, Seyller M, Chariot P. Expectations and perceptions of care among victims of sexual assault who first seek care from emergency, primary care and gynaecological doctors. *Emerg Med J.* 2016;33(2):134–8. doi:10.1136/emermed-2015-204655.
54. Du Mont J, Macdonald S, White M, Turner L, White D, Kaplan S, Smith T. Client satisfaction with nursing-led sexual assault and domestic violence services in Ontario. *J Forensic Nurs.* 2014;10(3):122–34. doi:10.1097/JFN.0000000000000035.
55. Du Mont J, Macdonald S, Kosa D, Smith T. Non-offending guardian assessment of hospital-based sexual abuse/assault services for children. *J Forensic Nurs.* 2016;12(1):35–8. doi:10.1097/JFN.0000000000000101.
56. Funston L. Aboriginal and Torres Strait islander worldviews and cultural safety transforming sexual assault service provision for children and young people. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(9):3818–33. doi:10.3390/ijerph10093818.
57. Girardet R, Giacobbe L, Bolton K, Lahoti S, McNeese M. Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(1):70–3.
58. Jones LM, Cross TP, Walsh WA, Simone M. Do children's advocacy centers improve families' experiences of child sexual abuse investigations? *Child Abuse Negl.* 2007;31(10):1069–85.
59. Jones LM, Atoro KE, Walsh WA, Cross TP, Shadoin AL, Magnuson S. Nonoffending caregiver and youth experiences with child sexual abuse investigations. *J Interpers Violence.* 2010;25(2):291–314. doi:10.1177/0886260509334394.
60. Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2006;30(4): 367–80.
61. Pillai M. An evaluation of 'confirmatory' medical opinion given to English courts in 14 cases of alleged child sexual abuse. *J Forensic Leg Med.* 2007;14(8): 503–14.
62. Röhrs S. I feel for rape survivors, but I don't have the time. I'm always running. Barriers to accessing post-rape health care in South Africa. Cape Town: University of Cape Town, Gender, Health and Justice Research Unit; 2014 (<http://genderlinks.org.za/gmdc/research/i-feel-for-rape-survivors-but-i-dont-have-the-time-im-always-running-barriers-to-accessing-post-rape-health-care-in-south-africa-2014-02-03/>, accessed 13 September 2017).
63. Rosenthal S, Feiring C, Taska L. Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse Negl.* 2003;27(6):641–61.
64. Runyon MK, Spandorfer ED, Schroeder CM. Cognitions and distress in caregivers after their child's sexual abuse disclosure. *J Child Sex Abus.* 2014;23(2):146–59. doi:10.1080/10538712.2014.869291.
65. Sowmya BT, Seshadri SP, Srinath S, Girimaji S, Sagar JV. Clinical characteristics of children presenting with history of sexual abuse to a tertiary care centre in India. *Asian J Psychiatry.* 2016;19: 44–9. doi:10.1016/j.ajp.2015.12.007.
66. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Disease Child.* 2008;93(10): 851–6. doi:10.1136/adc.2007.123604.
67. Wangamati CK, Combs Thorsen V, Gele AA, Sundby J. Postrape care services to minors in Kenya: are the services healing or hurting survivors? *Int J Womens Health.* 2016;8:249–9. doi:10.2147/IJWH.S108316.
68. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?ua=1, accessed 13 September 2017).

69. Ahern EC, Hershkowitz I, Lamb ME, Blasbalg U, Winstanley A. Support and reluctance in the pre-substantive phase of alleged child abuse victim investigative interviews: revised versus standard NICHD protocols. *Behav Sci Law*. 2014;32(6):762–74. doi:10.1002/bsl.2149.
70. Anderson GD, Anderson JN, Gilgun JF. The influence of narrative practice techniques on child behaviors in forensic interviews. *J Child Sex Abus*. 2014;23(6):615–34. doi:10.1080/10538712.2014.932878.
71. Anderson GD. The continuum of disclosure: exploring factors predicting tentative disclosure of child sexual abuse allegations during forensic interviews and the implications for practice, policy, and future research. *J Child Sex Abus*. 2016;25(4):382–402. doi:10.1080/10538712.2016.1153559.
72. Andrews SJ, Lamb ME. The effects of age and delay on responses to repeated questions in forensic interviews with children alleging sexual abuse. *Law Hum Behav*. 2014;38(2):171–80. doi:10.1037/lhb0000064.
73. Azzopardi C, Madigan S, Kirkland-Burke M. Sexual abuse forensic evaluation with young children: program outcomes and predictors of disclosure. *J Child Custody*. 2014;11(4):304–24. doi:10.1080/15379418.2014.988901.
74. Castelli P, Goodman GS. Children’s perceived emotional behavior at disclosure and prosecutors’ evaluations. *Child Abuse Negl*. 2014;38(9):1521–32. doi:10.1016/j.chiabu.2014.02.010.
75. Fontes LA, Tishelman AC. Language competence in forensic interviews for suspected child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2016;58:51–62. doi:10.1016/j.chiabu.2016.06.014.
76. Hershkowitz I, Orbach Y, Lamb ME, Sternberg KJ, Horowitz D. Dynamics of forensic interviews with suspected abuse victims who do not disclose abuse. *Child Abuse Negl*. 2006;30(7):753–69.
77. Hershkowitz I. Socioemotional factors in child sexual abuse investigations. *Child Maltreat*. 2009;14(2):172–81. doi:10.1177/1077559508326224.
78. Katz C, Barnett Z, Hershkowitz I. The effect of drawing on children’s experiences of investigations following alleged child abuse. *Child Abuse Negl*. 2014;38(5):858–67. doi:10.1016/j.chiabu.2014.01.003.
79. Katz C. ‘Stand by me’: the effect of emotional support on children’s testimonies. *Br J Soc Work*. 2015;45(1):349–62. doi:10.1093/bjsw/bct137.
80. Krause-Parello CA, Gulick EE. Forensic interviews for child sexual abuse allegations: an investigation into the effects of animal-assisted intervention on stress biomarkers. *J Child Sexual Abuse*. 2015;24(8):873–86. doi:10.1080/10538712.2015.1088916.
81. Lewy J, Cyr M, Dion J. Impact of interviewers’ supportive comments and children’s reluctance to cooperate during sexual abuse disclosure. *Child Abuse Negl*. 2015;43:112–22. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.002.
82. Sayfan L, Mitchell EB, Goodman GS, Eisen ML, Qin J. Children’s expressed emotions when disclosing maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2008;32(11):1026–36. doi:10.1016/j.chiabu.2008.03.004.
83. Teoh YS, Lamb M. Interviewer demeanor in forensic interviews of children. *Psychol Crime Law*. 2013;19(2):145–59. doi:10.1080/1068316X.2011.614610.
84. Olson RM, García-Moreno C. Virginity testing: a systematic review. *Reprod Health*. 2017;14(1):61. doi:10.1186/s12978-017-0319-0.
85. Berenson AB, Wiemann CM, Rickert VI. Use of video eyeglasses to decrease anxiety among children undergoing genital examinations. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178(6):1341–5.
86. Duncan MKW, Sanger M. Coping with the pediatric anogenital exam. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2004;17(3):126–35.
87. Gulla K, Fenheim GE, Myhre AK, Lydersen S. Non-abused preschool children’s perception of an anogenital examination. *Child Abuse Negl*. 2007;31(8):885–94.
88. Gully KJ, Hansen K, Britton H, Langley M, McBride KK. The child sexual abuse experience and the child sexual abused medical examination: knowing what correlations exist. *J Child Sex Abus*. 2000;9(1):15–27. doi:10.1300/J070v09n01_02.

89. Hornor G, Scribano P, Curran S, Stevens J. Emotional response to the ano-genital examination of suspected sexual abuse. *J Forensic Nurs.* 2009;5(3):124–30. doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01045.x.
90. Lynch L, Faust J. Reduction of distress in children undergoing sexual abuse medical examination. *J Pediatr.* 1998;133(2):296–9.
91. Marks S, Lamb R, Tzioumi D. Do no more harm: the psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *J Paediatr Child Health.* 2009;45(3):125–32.
92. Mears CJ, Heflin AH, Finkel MA, Deblinger E, Steer RA. Adolescents' responses to sexual abuse evaluation including the use of video colposcopy. *J Adolesc Health.* 2003;33(1):18–24.
93. Ofir S, Tener D, Lev-Wiesel R, On A, Lang-Franco N. The therapy beneath the fun: Medical clowning during invasive examinations on children. *Clin Pediatr (Phila).* 2016;55(1):56–65. doi:10.1177/0009922815598143.
94. Palusci VJ, Cyrus TA. Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2001;25(11):1535–46.
95. Rheingold AA, Danielson CK, Davidson TM, Self-Brown S, Resnick H. Video intervention for child and caregiver distress related to the child sexual abuse medical examination: a randomized controlled pilot study. *J Child Family Stud.* 2013;22(3):386–97. doi:10.1007/s10826-012-9591-3.
96. Rheingold AA, Davidson TM, Resnick H, Self-Brown S, Danielson CK. The relationship between knowledge and child and caregiver distress during the medical examination for child sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2013;22(5):552–71. doi:10.1080/10538712.2013.800937.
97. Scribano PV, Hornor G, Rhoda D, Curran S, Stevens J. Multi-informant assessment of anxiety regarding ano-genital examinations for suspected child sexual abuse (CSA). *Child Abuse Negl.* 2010;34(8):602–9. doi:10.1016/j.chiabu.2010.01.006.
98. Siegel RM, Hill TD, Henderson VA, Daniels K. Comparison of an intraoral camera with colposcopy in sexually abused children. *Clin Pediatr (Phila).* 1999;38(6):375–6. doi:10.1177/000992289903800611.
99. Steward MS, Schmitz M, Steward DS, Joye NR, Reinhart M. Children's anticipation of and response to colposcopic examination. *Child Abuse Negl.* 1995;19(8):997–1005.
100. Tener D, Lev-Wiesel R, Franco NL, Ofir S. Laughing through this pain: medical clowning during examination of sexually abused children: an innovative approach. *J Child Sex Abuse.* 2010;19(2):128–40. doi:10.1080/10538711003622752.
101. Waibel-Duncan MK, Sanger M. Understanding and reacting to the anogenital exam: Implications for patient preparation. *Child Abuse Negl.* 1999;23(3):281–6.
102. Waibel-Duncan MK. Medical fears following alleged child abuse. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2001;14(4):179–85.
103. Waibel-Duncan MK. Identifying competence in the context of the pediatric anogenital exam. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2004;17(1):21–8; 44.
104. Bar-on ME, Zanga JR. Child abuse: a model for the use of structured clinical forms. *Pediatrics.* 1996;98(3):429–33.
105. Greaney H, Ryan J. Straddle injuries – is current practice safe? *Eur J Emerg Med.* 1998;5(4):421–4.
106. Mian M, Schryer CF, Spafford MM, Joosten J, Lingard L. Current practice in physical child abuse forensic reports: a preliminary exploration. *Child Abuse Negl.* 2009;33(10):679–83. doi:10.1016/j.chiabu.2009.06.001.
107. Socolar RRS, Raines B, Chen-Mok M, Runyan DK, Green C, Paterno S. Intervention to improve physician documentation and knowledge of child sexual abuse: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 1998;101(5):817–24.
108. Socolar RRS, Champion M, Green C. Physicians' documentation of sexual abuse of children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150(2):191–6.
109. Sague-Castillo M. Legal outcomes of sexually abused children evaluated at the Philippine General Hospital Child Protection Unit. *Child Abuse Neglect.* 2009;33(3):193–202. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.004.

110. Klot JF, Auerbach JD, Veronese F, Brown G, Pei A, Wira CR et al. Greentree White Paper: sexual violence, genitoanal injury, and HIV: priorities for research, policy, and practice. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2012;28(11):1379–88. doi:10.1089/AID.2012.0273.
111. McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Sci Int*. 2011;204(1–3):27–33. doi:10.1016/j.forsciint.2010.04.049.
112. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2001;14(4):175–80.
113. Menick DM, Ngoh F. [Seroprevalence of HIV infection in sexually abused children in Cameroon]. *Med Trop (Mars)*. 2003;63(2):155–8.
114. Lalor K. Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: a literature review. *Child Abuse Negl*. 2004;28(4):439–60.
115. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/december2014supplementARV.pdf>, accessed September 14 2017).
116. Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43838/1/9789241596374_eng.pdf, accessed September 14 2017).
117. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2014;28(18):2721–7. doi:10.1097/QAD.0000000000000505.
118. Abrahams N, Jewkes R, Lombard C, Mathews S, Campbell J, Meel B. Impact of telephonic psychosocial support on adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) after rape. *AIDS care*. 2010;22(10):1173–81. doi:10.1080/09540121003692185.
119. Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Coates TJ, Franses K, Chesney MA et al. A randomized noninferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. *Clinical Infect Dis*. 2011;53(1):76–83. doi:10.1093/cid/cir333.
120. Bentz L, Enel P, Dunais B, Durant J, Poizot-Martin I, Tourette-Turgis C et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. *AIDS Care*. 2010;22(12):1509–16. doi:10.1080/09540121.2010.484457.
121. Abrahams N, Jewkes R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study. *Cult Health Sex*. 2010;12(5):471–84. doi:10.1080/13691050903556316.
122. Babl FE, Cooper ER, Damon B, Louie T, Kharasch S, Harris J-A. HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents. *Am J Emerg Med*. 2000;18(3):282–7.
123. Collings SJ, Bugwandeen SR, Wiles WA. HIV post-exposure prophylaxis for child rape survivors in KwaZulu-Natal, South Africa: who qualifies and who complies? *Child Abuse Negl*. 2008;32(4):477–83. doi:10.1016/j.chiabu.2007.05.007.
124. Du Mont J, Myhr TL, Husson H, Macdonald S, Rachlis A, Loutfy MR. HIV postexposure prophylaxis use among Ontario female adolescent sexual assault victims: a prospective analysis. *Sex Transm Dis*. 2008;35(12):973–8. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181824f3c.
125. Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child*. 2005;90(12):1297–9.
126. Garcia MT, Figueiredo RM, Moretti ML, Resende MR, Bedoni AJ, Papaiordanou PMO. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2005;32(4):214–9.

127. Linden JA, Oldeg P, Mehta SD, McCabe KK, LaBelle C. HIV postexposure prophylaxis in sexual assault: current practice and patient adherence to treatment recommendations in a large urban teaching hospital. *Acad Emerg Med.* 2005;12(7):640–6.
128. Myles JE, Hirozawa A, Katz MH, Kimmerling R, Bamberger JD. Postexposure prophylaxis for HIV after sexual assault. *JAMA.* 2000;284(12):1516–8.
129. Neu N, Heffernan-Vacca S, Millery M, Stimell M, Brown J. Postexposure prophylaxis for HIV in children and adolescents after sexual assault: a prospective observational study in an urban medical center. *Sex Transm Dis.* 2007;34(2):65–8.
130. Olshen E, Hsu K, Woods ER, Harper M, Harnisch B, Samples CL. Use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis in adolescent sexual assault victims. *Arch Paediatr Adolesc Med.* 2006;160(7):674–80.
131. Roland ME, Myer L, Martin LJ, Maw A, Batra P, Arend E et al. Preventing human immunodeficiency virus infection among sexual assault survivors in Cape Town, South Africa: an observational study. *AIDS Behav.* 2012;16(4):990–8. doi:10.1007/s10461-011-9892-3.
132. Schremmer RD, Swanson D, Kraly K. Human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis in child and adolescent victims of sexual assault. *Pediatr Emerg Care.* 2005;21(8):502–6.
133. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(2):320–5.
134. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1, accessed 11 October 2017).
135. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1, accessed 14 September 2017).
136. de Villiers FP, Prentice MA, Bergh AM, Miller SD. Sexually transmitted disease surveillance in a child abuse clinic. *S Afr Med J.* 1992;81(2):84–6.
137. Argent AC, Lachman PI, Hanslo D, Bass D. Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1995;19(10):1303–10.
138. Ahmed HJ, Ilardi I, Antognoli A, Leone F, Sebastiani A, Amiconi G. An epidemic of *Neisseria gonorrhoeae* in a Somali orphanage. *Int J STD AIDS.* 1992;3(1):52–3.
139. Pandhi RK, Khanna N, Sekhri R. Sexually transmitted diseases in children. *Indian Pediatr.* 1995;32(1):27–30.
140. Fayemiwo SA, Ayede IA, Olusanya OO, Akinbami OF, Bakare RA. P1-S2.28 Sexually transmitted infections in sexually abused children and adolescents in Ibadan, Nigeria. *Sex Transm Infect.* 2011;87(Suppl 1):A134-A.
141. Adomeh DI, Abdulazeez AA, Okoye RN, Usman HA. Frequency of infections in reported cases of rape among underaged children in Potiskum, Nigeria. *Curr Pediatr Res.* 2007;11(1–2):35–40.
142. Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R. Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Afr Health Sci.* 2005;5(1):50–4.
143. Pitche P, Kombate K, Gbadoe AD, Tchangai-Walla K. [Anogenital warts in young children in hospital consultation in Lome (Togo). Role of transmission by sexual abuse]. *Med Trop (Mars).* 2001;61(2):158–62.
144. Baribwira C, Muteganya D, Ndiokubwayo JB, Moreno JL, Nduwimana M, Ruyikiri T. [Aspects of sexually transmissible diseases in young children in Burundi: gonorrhoea caused by sexual abuse]. *Med Trop (Mars).* 1994;54(3):231–3.
145. Pacharabumrung P, Teerapong S, Suwannarurk K, Bhamarapratana K, Sangviroon A, Napakorn K. Physical health consequences of child sexual assault in Police General Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2014;97(12):1227–33.

146. Capitulo R. Commercial sexual exploitation of children (CSEC): profiles of female victims, contributing factors, life experiences and sexually transmitted infections. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119S3:S306. doi:10.1016/S0020-7292(12)60560-8.
147. Al-Mahroos F, Al-Amer E. Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000–2009. *Ann Saudi Med*. 2011;31(4):376–82. doi:10.4103/0256-4947.83218.
148. Burzin K, Parmar K, Rao M, Bilimoria F. Profile of sexually transmitted diseases in pediatric patients. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2007;28(2):76–8.
149. Jo KH, Yoon YJ, Lee SA, Kim JW, Won HS. Gynecologic aspects of child sexual abuse. *Korean J Obstet Gynecol*. 2004;47(1):132–8.
150. Mendiratta V, Harjai B, Koranne RV. Profile of STDs in children: a retrospective hospital based study from Delhi. *Indian J Sex Transm Dis*. 2004;25(2):67–9.
151. Pandhi D, Kumar S, Reddy BSN. Sexually transmitted diseases in children. *J Dermatol*. 2003;30(4):314–20.
152. Bhogal C, Chauhan S, Baruah M. Pattern of childhood STDs in a major hospital of East Delhi. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2002;68(4):210–2.
153. Rahman G, Ocampo D, Rubinstein A, Risso P. Prevalence of vulvovaginitis and relation to physical findings in girls assessed for suspected child sexual abuse. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(5):390–6.
154. Zambon MP, Jacintho AC, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2012;58(4):465–71.
155. Onostre-Guerra R. Abuso sexual en niñas y niños: consideraciones clínicas. *Rev Chil Pediatr*. 2000;71(4):368–75.
156. Figueiredo PAL, Passos MRL, Pinheiro VMdS, Barreto NA, Carvalho AV, de Souza RB. Doenças sexualmente transmissíveis na infância: análise dos casos atendidos no Setor de DST/UFF no período de 1988 a 1996. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 1997;9(6):17–23.
157. Baquerizo M, Ramirez G, Moncayo L, Defilippi D, Fierro G. Relación de las enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual en niños menores de 12 años. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 1991;3(2):43–6.
158. Jo S, Shin J, Song KJ, Kim JJ, Hwang KR, Bhally H. Prevalence and correlated factors of sexually transmitted diseases – chlamydia, Neisseria, cytomegalovirus – in female rape victims. *J Sex med*. 2011;8(8):2317–26. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02069.x.
159. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J et al. Sexual assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. *Clin Infect Dis*. 2015;61(Suppl. 8):S856–64. doi:10.1093/cid/civ786.
160. Rogstad K, Thomas A, Williams O, Forster G, Munday P, Robinson A et al. United Kingdom national guideline on the management of sexually transmitted infections and related conditions in children and young people – 2010. Macclesfield: British Association for Sexual Health and HIV; 2010 (<https://www.bashh.org/documents/2674.pdf>, accessed 18 September 2017).
161. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf?ua=1>, accessed 15 September 2017).
162. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf?ua=1>, accessed 15 September 2017).
163. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf?ua=1>, accessed 15 September 2017).
164. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf?ua=1>, accessed 15 September 2017).

165. Loko Roka J, Van den Bergh R, Au S, De Plecker E, Zachariah R, Manzi M et al. One size fits all? Standardised provision of care for survivors of sexual violence in conflict and post-conflict areas in the Democratic Republic of Congo. *PLOS One*. 2014;9(10):e111096. doi:10.1371/journal.pone.0111096.
166. Nunthanid S. The study of management results of the service system for survivors of sexual assault in Photharam Hospital during the year 2005–2007. *Srinagarind Med J*. 2008;23(2):179–86.
167. Oshikata CT, Bedone AJ, Faundes A. [Emergency care for women following sexual assault: characteristics of women and six-month post-aggression follow-up]. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):192–9.
168. Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RA. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics*. 1995;96(6):1090–4.
169. Terris-Prestholt F, Vyas S, Kumaranayake L, Mayaud P, Watts C. The costs of treating curable sexually transmitted infections in low- and middle-income countries: a systematic review. *Sex Transm Dis*. 2006;33(10 Suppl.):S153–66.
170. Hepatitis B vaccines. WHO position paper – July 2017. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017; 92(27):369–92.
171. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017; 92(19):241–68.
172. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1, accessed 15 September 2017).
173. Back S, Lips HM. Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. *Child Abuse Negl*. 1998;22(12):1239–52.
174. Barker-Collo S, Read J. Models of response to childhood sexual abuse: their implications for treatment. *Trauma Violence Abuse*. 2003;4(2):95–111.
175. Gagnier C, Collin-Vezina D. The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *J Child Sex Abus*. 2016;25(2):221–41. doi:10.1080/10538712.2016.1124308.
176. Sorsoli L, Kia-Keating M, Grossman FK. “I keep that hush-hush”: male survivors of sexual abuse and the challenges of disclosure. *J Couns Psychol*. 2008;55(3):333–45. doi:10.1037/0022-0167.55.3.333.
177. National Institute for Health and Care Excellence. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Update October 2017. London: National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, 2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-18s-pdf-975697287109>, accessed 11 October 2017).
178. Fraser JG, Lloyd SW, Murphy RA, Crowson M, Casanueva C, Zolotor A et al. Child exposure to trauma: comparative effectiveness of interventions addressing maltreatment – executive summary. AHRQ Effective Health Care Program. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013 (report no 13-EHC002-EF; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137801/>, accessed 15 September 2017).
179. Foa EB, McLean CP, Capaldi S, Rosenfield D. Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310(24):2650–7. doi:10.1001/jama.2013.282829.
180. O’Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(4):359–69. doi:10.1016/j.jaac.2013.01.013.
181. Jabberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand SO, Dolatabadi S. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychol Psychother*. 2004;11(5):358–68. doi:10.1002/cpp.395.
182. Trowell J, Kolvin I, Weeramanthri T, Sadowski H, Berelowitz M, Glaser D et al. Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *Br J Psychiatry*. 2002;180:234–47.

183. McCrone P, Weeramanthri T, Knapp M, Rushton A, Trowell J, Miles G et al. Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child Adolesc Ment Health*. 2005;10(1):26–31. doi:10.1111/j.1475-3588.2005.00113.x.
184. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1347–55.
185. Berliner L, Saunders BE. Treating fear and anxiety in sexually abused children: results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreat*. 1996;1(4):294–309. doi:10.1177/1077559596001004002.
186. Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat*. 1996;1(4):310–21. doi:10.1177/1077559596001004003.
187. Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse Negl*. 1999;23(12):1371–8.
188. Sullivan PM, Scanlan JM, Brookhouser PE, Schulte LE, Knutson JF. The effects of psychotherapy on behavior problems of sexually abused deaf children. *Child Abuse Negl*. 1992;16(2):297–307.
189. Danielson CK, McCart MR, Walsh K, de Arellano MA, White D, Resnick HS. Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: a pilot randomized controlled trial. *J Fam Psychol*. 2012;26(4):628–35. doi:10.1037/a0028862.
190. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer R. A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(4):393–402. doi:10.1097/00004583-200404000-00005.
191. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depress Anxiety*. 2011;28(1):67–75. doi:10.1002/da.20744.
192. Mannarino AP, Cohen JA, Deblinger E, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreat*. 2012;17(3):231–41. doi:10.1177/1077559512451787.
193. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreat*. 2001;6(4):332–43.
194. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl*. 2000;24(7):983–94.
195. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl*. 2005;29(2):135–45.
196. Celano M, Hazzard A, Webb C, McCall C. Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study. *J Abnorm Child Psychol*. 1996;24(1):1–17.
197. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(1):42–50.
198. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1402–10.
199. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1228–35.
200. Cohen JA, Mannarino AP. Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat*. 1998;3(1):17–26. doi:10.1177/1077559598003001002.
201. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six- and 12-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(1):44–51.
202. Hyde C, Bentovim A, Monck E. Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse Negl*. 1995;19(11):1387–99.

203. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Steer RA. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(12):1474–84.
204. Gospodarevskaya E, Segal L. Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):15. doi:10.1186/1753-2000-6-15.
205. Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technol Assess*. 2016;20(69):1–508. doi:10.3310/hta20690.
206. WHO mhGAP guideline update: update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1, accessed 15 September 2017).
207. World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf, accessed 15 September 2017).
208. Feng J-Y, Wu Y-WB. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behavior. *Res Nurs Health*. 2005;28(4):337–47.
209. Feng J-Y, Chen Y-W, Fetzer S, Feng M-C, Lin C-L. Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(1):276–80. doi:10.1016/j.chilyouth.2011.10.026.
210. Beck KA, Ogloff JR. Child abuse reporting in British Columbia: psychologists' knowledge of and compliance with the reporting law. *Prof Psychol Res Pr*. 1995;26(3):245–51.
211. Blakeley J, Ribeiro V. Community health and pediatric nurses' knowledge, attitudes, and behaviors regarding child sexual abuse. *Public Health Nurs*. 1997;14(6):339–45.
212. Fung DS, Chow MH. Doctors' and lawyers' perspectives of child abuse and neglect in Singapore. *Singapore Med J*. 1998;39(4):160–5.
213. González Ortega E, Orgaz Baz B, López Sánchez F. [Childhood sexual behavior as an indicator of sexual abuse: professionals' criteria and biases]. *Psicothema*. 2012;24(3):402–9.
214. Kennel R, Agresti A. Effects of gender and age on psychologists' reporting of child sexual abuse. *Prof Psychol Res Pr*. 1995;26(6):612–5. doi:10.1037/0735-7028.26.6.612.
215. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007;23(3):128–37.
216. Mathews B, Fraser J, Walsh K, Dunne M, Kilby S, Chen L. Queensland nurses' attitudes towards and knowledge of the legislative duty to report child abuse and neglect: results of a state-wide survey. *J Law Med*. 2008;16(2):288–304.
217. Rodríguez CM. Professionals' attitudes and accuracy on child abuse reporting decisions in New Zealand. *J Interpers Violence*. 2002;17(3):320–42. doi:10.1177/0886260502017003006.
218. Violence against children in Nepal: health practitioners' knowledge, attitude, and practice on child abuse and sexual abuse in Nepal. Kathmandu: UNICEF; 2006 (<https://archnet.org/system/publications/contents/7268/original/DPC4386.pdf?1384811355>, accessed 15 September 2017).
219. Collin-Vezina D, De La Sablonniere-Griffin M, Palmer AM, Milne L. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2015;43:123–34. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.010.
220. Fontes LA, Plummer C. Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *J Child Sex Abus*. 2010;19(5):491–518. doi:10.1080/10538712.2010.512520.
221. Boehm A, Itzhaky H. The social marketing approach: a way to increase reporting and treatment of sexual assault. *Child Abuse Negl*. 2004;28(3):253–65.

222. Chesshyre E, Molyneux EM. Presentation of child sexual abuse cases to Queen Elizabeth Central Hospital following the establishment of an HIV post-exposure prophylaxis programme. *Malawi Med J.* 2009;21(2):54–8.
223. Chomba E, Murray L, Kautzman M, Haworth A, Kasese-Bota M, Kankasa C et al. Integration of services for victims of child sexual abuse at the university teaching hospital one-stop centre. *J Trop Med.* 2010;2010:pii:864760. doi:10.1155/2010/864760.
224. Gilligan P, Akhtar S. Cultural barriers to the disclosure of child sexual abuse in Asian communities: listening to what women say. *Br J Soc Work.* 2006;36(8):1361–77. doi:10.1093/bjsw/bch309.
225. Hébert M, Lavoie F, Parent N. An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. *Violence Vict.* 2002;17(3):355–72.
226. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure. The effects of a mass media field experiment. *Child Abuse Negl.* 1997;21(6):557–73.
227. Patterson D, Campbell R. A comparative study of the prosecution of childhood sexual abuse cases: the contributory role of pediatric Forensic Nurse Examiner (FNE) programs. *J Forensic Nurs.* 2009;5(1):38–45. doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01029.x.
228. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl.* 2008;32(12):1095–108. doi:10.1016/j.chiabu.2008.04.001.
229. Pullins LG, Jones JD. Parental knowledge of child sexual abuse symptoms. *J Child Sex Abus.* 2006;15(4):1–18.
230. Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: learning from direct inquiry. *Child Abuse Negl.* 2011;35(5):343–52. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.014.
231. Thomas D, Flaherty E, Binns H. Parent expectations and comfort with discussion of normal childhood sexuality and sexual abuse prevention during office visits. *Ambul Pediatr.* 2004;4(3):232–6.
232. Walker-Descartes I, Sealy YM, Laraque D, Rojas M. Caregiver perceptions of sexual abuse and its effect on management after a disclosure. *Child Abuse Negl.* 2011;35(6):437–47. doi:10.1016/j.chiabu.2011.02.003.
233. Xie QW, Qiao DP, Wang XL. Parent-involved prevention of child sexual abuse: a qualitative exploration of parents' perceptions and practices in Beijing. *J Child Fam Stud.* 2016;25(3):999–1010.
234. Rohr S. Termination of pregnancy and children. *S Afr Med J.* 2011;101(4):210–11.
235. Adams JA, Starling SP, Frasier LD, Palusci VJ, Shapiro RA, Finkel MA et al. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse Negl.* 2012;36(5):383–92. doi:10.1016/j.chiabu.2012.01.004.
236. Argent AC, Bass DH, Lachman PI. Child abuse services at a children's hospital in Cape Town, South Africa. *Child Abuse Negl.* 1995;19(11):1313–21.
237. Arnold DH, Spiro DM, Nichols MH, King WD. Availability and perceived competence of pediatricians to serve as child protection team medical consultants: a survey of practicing pediatricians. *South Med J.* 2005;98(4):423–8.
238. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24(7):442–7. doi:10.1097/PEC.0b013e31817de11d.
239. Botash AS, Galloway AE, Booth T, Ploutz-Snyder R, Hoffman-Rosenfeld J, Cahill L. Continuing medical education in child sexual abuse: cognitive gains but not expertise. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(6):561–6.
240. Ciuffo LL, Rodrigues BM, Tocantins FR. Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(1):112–8. doi:10.1590/S0120-53072014000100013.
241. Cross TP, Jones LM, Walsh WA, Simone M, Kolko D. Child forensic interviewing in children's advocacy centers: empirical data on a practice model. *Child Abuse Negl.* 2007;31(10):1031–52.

242. Donaruma-Kwoh MM, Tran XG, Giardino AP. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal male genital anatomy. *Clin Pediatr*. 2010;49(8):756–9. doi:10.1177/0009922810365726.
243. Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. *Child Abuse Negl*. 2005;29(2):195–205.
244. Duron JF, Cheung M. Impact of repeated questioning on interviewers: learning from a forensic interview training project. *J Child Sex Abuse*. 2016;25(4):347–62. doi:10.1080/10538712.2016.1161687.
245. Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse Negl*. 2008;32(12):1119–26. doi:10.1016/j.chiabu.2008.05.006.
246. Frasier LD, Thraen I, Kaplan R, Goede P. Development of standardized clinical training cases for diagnosis of sexual abuse using a secure telehealth application. *Child Abuse Negl*. 2012;36(2):149–55. doi:10.1016/j.chiabu.2011.06.006.
247. Goyal MK, Mollen CJ, Hayes KL, Molnar J, Christian CW, Scribano PV et al. Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(9):969–73. doi:10.1097/PEC.0b013e3182a21a0d.
248. Hornor G, McCleery J. Do pediatric nurse practitioners recognize sexual abuse? *J Pediatr Health Care*. 2000;14(2):45–9. doi:10.1067/mp.2000.101242.
249. Jina R, Jewkes R, Christofides N, Loots L. Knowledge and confidence of South African health care providers regarding post-rape care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:257. doi:10.1186/1472-6963-13-257.
250. Johnson CF. Child abuse as a stressor of pediatricians. *Pediatr Emerg Care*. 1999;15(2):84–9.
251. Larsen JV, Chapman JA, Armstrong A. Child sexual abuse in KwaZulu-Natal, South Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1998;92(3):262–4.
252. Paavilainen E, Merikanto J, Åstedt-Kurki P, Laippala P, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(3):287–94.
253. Palusci VJ, McHugh MT. Interdisciplinary training in the evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1995;19(9):1031–8.
254. Paradise JE, Finkel MA, Beiser AS, Berenson AB, Greenberg DB, Winter MR. Assessments of girls' genital findings and the likelihood of sexual abuse: agreement among physicians self-rated as skilled. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151(9):883–91.
255. Parra JM, Huston RL, Foulds DM. Resident documentation of diagnostic impression in sexual abuse evaluations. *Clin Pediatr (Phila)*. 1997;36(12):691–4.
256. Paradise JE, Winter MR, Finkel MA, Berenson AB, Beiser AS. Influence of the history on physicians' interpretations of girls' genital findings. *Pediatrics*. 1999;103(5 Pt 1):980–6.
257. Sacks R, Emerson C. Genitourinary medicine trainees' experience and training needs in the management of patients disclosing sexual violence. *Intl J STD AIDS*. 2014;25(5):366–8. doi:10.1177/0956462413506886.
258. Smith DW, Witte TH, Fricker-Elhai AE. Service outcomes in physical and sexual abuse cases: a comparison of child advocacy center-based and standard services. *Child Maltreat*. 2006;11(4):354–60.
259. Socolar RRS. Physician knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1996;20(8):783–90.
260. Socolar RRS, Fredrickson DD, Block R, Moore JK, Tropez-Sims S, Whitworth JM. State programs for medical diagnosis of child abuse and neglect: case studies of five established or fledgling programs. *Child Abuse Negl*. 2001;25(4):441–55.
261. Speight CG, Klufo A, Kilonzo SN, Mbugua C, Kuria E, Bunn JE et al. Piloting post-exposure prophylaxis in Kenya raises specific concerns for the management of childhood rape. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006;100(1):14–8.

262. van den Akker M, Mol SSL, Metsemakers JFM, Dinant GJ, Knottnerus JA. Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. *Fam Pract*. 2001;18(2):214–6.
263. Walsh WA, Cross TP, Jones LM, Simone M, Kolko DJ. Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of Children’s Advocacy Centers. *Child Abuse Negl*. 2007;31(10):1053–68.
264. Williams O, Forster G, Robinson A. Screening for sexually transmitted infections in children and adolescents in the United Kingdom: British co-operative clinical group. *Int J STD AIDS*. 2001;12(8):487–92.
265. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook – field testing version. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1, accessed 5 October, 2017).
266. Global plan of action to strengthen health systems, within a multisectoral response, to address interpersonal violence, in particular against women and girls and against children. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252276/1/9789241511537-eng.pdf?ua=1>, accessed 15 September 2017).

المساهمون في الدليل التوجيهي

استرشدت عملية إعداد المبادئ التوجيهية بالمجموعات التالية:

جمع **الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية**، بقيادة إدارة الصحة الإنجابية والبحوث، مجموعة من موظفي منظمة الصحة العالمية ينتمون إلى إدارة الصحة الإنجابية والبحوث، وإدارة الأمراض غير السارية، والوقاية من الإعاقة والعنف والإصابات، وإدارة الصحة النفسية ومعاقررة مواد الإدمان، وإدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق، وإدارة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، الذين قاموا بإدارة عملية وضع الدليل التوجيهي. وتولى الفريق مسؤولية استعراض نطاق الدليل التوجيهي، وصياغة الأسئلة المتعلقة بالفئة السكانية والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO)، والإشراف على استرجاع الأدلة وكتابة الدليل التوجيهي. كما تولى الفريق التوجيهي مسؤولية اختيار أعضاء الأفرقة المتعاونة، وتنظيم اجتماعات إعداد الدليل التوجيهي.

وقامت **مجموعة إعداد الدليل التوجيهي** التي تتألف من 15 عضواً من أصحاب المصلحة الخارجيين (غير المنتمين لمنظمة الصحة العالمية)، بمن فيهم خبراء المحتوى، ومستخدمو الدليل التوجيهي، والخبراء السريريون، والباحثون في مجال العنف الجنسي ضد الأطفال والمراهقين، بتقديم المشورة بشأن محتوى الدليل التوجيهي وصياغة توصيات قائمة على الأدلة.

واستعرض **فريق الاستعراض الخارجي** المكون من أصحاب المصلحة الدوليين الوثيقة الختامية للدليل التوجيهي، بغية تحديد أي أخطاء تمس الحقائق وأبدى تعليقات بشأن وضوح اللغة والمسائل السياقية والآثار المترتبة على التنفيذ.

الفريق التوجيهي لمنظمة الصحة العالمية

إدارة الصحة الإنجابية والبحوث

أفني أمين موظف تقني الفريق المعني بالمراهقين والفئات السكانية المعرضة للخطر (الموظف التقني المسؤول عن الدليل التوجيهي)	ماري لين غافيلد عالمة الإنجاب البشري
فنكاترامان شاندرامولي عالم الفريق المعني بالمراهقين والفئات السكانية المعرضة للخطر	رجات خوسلا مستشارة في حقوق الإنسان الصحة الإنجابية والبحوث
كلوديا غارسيا-مورينو موظفة طبية الفريق المعني بالمراهقين والفئات السكانية المعرضة للخطر	مجين ريبيديرس موظفة تقنية الفريق المعني بالمراهقين والفئات السكانية المعرضة للخطر
	ثيودورا وي موظفة طبية (الأمراض المنقولة جنسياً) الإنجاب البشري

إدارة الأمراض غير السارية والإعاقة والوقاية من العنف والإصابات

ألكساندر بوتشارت

منسق

الوقاية من العنف

بريت كيسلباش

موظفة تقنية

الوقاية من العنف

كريستوفر ميكتون

(موظفو منظمة الصحة العالمية في بداية وضع

المبادئ التوجيهية)

أستاذ مساعد في علم الإجرام والصحة العامة

جامعة بريستول

بريستول

المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية

مجموعة إعداد الدليل التوجيهي

مها المنيف

مديرة تنفيذية

البرنامج الوطني لسلامة الأسرة

وزارة الحرس الوطني - الشؤون الصحية

الرياض

المملكة العربية السعودية

سيالوندي موجيها ديريك

المنسق المعني بالاعتداء الجنسي على الطفل

المستشفى المركزي بليفينغستون

مركز خدمات جامع خاص بحالات الاعتداء الجنسي

على الأطفال

ليفينغستون

زامبيا

لينا أكيني ديغولو

مديرة إدارة البحوث

المعلومات الاستراتيجية والعنف القائم على نوع

الجنس

مستشارة تقنية

منظمة (LVCT Health)

نيروبي

كينيا

سيسيلي مارستون

أخصائية في المناهج

مدرسة لندن للعلوم المتعلقة بالصحة

وطب الأمراض الاستوائية

لندن

المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية

سوزان كراي

كاتبة وخبيرة استشارية

برلين، ألمانيا

إدارة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

نathan فوردي

عالم

علاج فيروس نقص المناعة البشرية والعناية به

مارتينا بنازاتو

موظفة طبية

علاج فيروس نقص المناعة البشرية والعناية به

ساتفيندر سينغ

موظفة تقنية

علاج فيروس نقص المناعة البشرية والعناية به

إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق

دافيد روس

موظف طبي

البحوث والتنمية

إدارة الصحة النفسية ومعاودة مواد الإدمان

كيارا سرفيلي

موظفة تقنية

الأدلة والبحوث والإجراءات بشأن الاضطرابات العقلية

والدماغية

مارك فان أومرن

مستشار في الصحة النفسية العامة

الأدلة والبحوث والإجراءات بشأن الاضطرابات العقلية

والدماغية

أسفيني فرناندو

أستاذ مساعد لطب الأطفال

قسم طب الأطفال

جامعة كيلانيا

كيلانيا

سري لانكا

ماريا هرتزوغ

مديرة برنامج

جمعية الأسرة والطفل والشباب

بودابست

هنغاريا

كريستوفر هوبس

خبير استشاري

ليدز

المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية

هاريتت ماكميلان (رئيسة مشاركة)

أقسام الطب النفسي وعلوم الأعصاب السلوكية وطب

الأطفال

مركز أوفورد لدراسات الطفل

هاميلتون، كندا

برناديت ج. مدريد (رئيسة مشاركة)

مديرة تنفيذية

مؤسسة شبكة حماية الطفل

مانيلا

الفلبين

بن ماتيوزا¹

أستاذ، كلية الحقوق

المركز الأسترالي لبحوث قانون الصحة

(المدير المشارك، برنامج صحة الأطفال)

زميل أبحاث أقدام، كلية الحقوق

جامعة كوينسلاند للتكنولوجيا

أستراليا

نيل ماكيروو

مدير قسم طب الأطفال وصحة الطفل

إدارة الصحة

كوازولو - ناتال

جنوب أفريقيا

براتيما ميتال

أستاذ ومدير

قسم أمراض النساء والتوليد

كلية الطب فاردمان مهافير ومستشفى سفدارجونغ

نيودلهي

الهند

أشا بمبرتون - غاسكين

خبير استشاري في طب الأطفال وأخصائي في طب

المراهقين

كلية العلوم الطبية

جامعة جزر الهند الغربية

ترينيداد

فرجينيا فرنسيس إيف

خبير استشاري في أمراض النساء والتوليد

عيادة علاج حالات اغتصاب المراهقين والبالغين

مستشفى بريرنياواتوا

هارار

زيمبابوي

إليزابيث ج. لوتورنو

أستاذة

قسم الصحة النفسية

مديرة، مركز مور للوقاية من الاعتداء الجنسي على

الأطفال

مدرسة جونز هوبكينز بلومبرغ للصحة العامة

بالتيمور

الولايات المتحدة الأمريكية

مجي فربوتن

أخصائية في مجال العنف القائم على نوع الجنس لدى

منظمة أطباء بلا حدود

مركز عمليات منظمة أطباء بلا حدود

أمستردام

هولندا

¹ قام بن ماتيوزا أيضا بقيادة استعراض منهجي للدراسات المنشورة بشأن المسائل المتعلقة بالممارسات الجيدة من أجل الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي (الممارسة الجيدة 7).

المراقبون

جيسي غليكيل

مستشارة في القضايا الجنسانية
فرع الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية
شعبة فيروس نقص المناعة البشرية والسل على الصعيد
العالمي
مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها
أتلانتا، الولايات المتحدة الأمريكية

ريبیکا غوردون

كبيرة مستشاري البرنامج
منظمة معاً من أجل الفتيات
واشنطن العاصمة
الولايات المتحدة الأمريكية

كريستين ليغ ماكي

مدير، برنامج البحوث بشأن العنف الأسري
شبكة بحوث منع العنف طيلة العمر
لندن
كندا

أمليا بلتز

كبيرة المستشارين في الشؤون الجنسانية
مكتب فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز
مكتب الصحة العالمية
وكالة الولايات المتحدة الأمريكية للتنمية الدولية
فيرجينيا
الولايات المتحدة الأمريكية

فريق الاستعراض المنهجي

بن ماتيويز

الاستعراض المنهجي (مسؤول)، الإبلاغ عن سوء المعاملة
أستاذ، كلية الحقوق
المركز الأسترالي لبحوث قانون الصحة (المدير المشارك،
برنامج صحة الأطفال)
زميل أبحاث أقدم، كلية الحقوق
كلية الحقوق،
جامعة كوينسلاند للتكنولوجيا
أستراليا

سارة بكهام

استعراض الدراسات المنشورة والقيم والأفضليات
قسم الصحة والسلوك والمجتمع، مدرسة جونز هوبكينز

للصحة العامة

بالتيمور

الولايات المتحدة الأمريكية

إيلينا بروأدوس

استعراض الدراسات المنشورة والقيم والأفضليات
قسم الصحة الدولية
مدرسة جونز هوبكينز بلومبرغ للصحة العامة
بالتيمور
الولايات المتحدة الأمريكية

جوليت دافيس

الاستعراض المنهجي، الإبلاغ عن سوء المعاملة
باحثة مساعدة
جامعة كوينسلاند للتكنولوجيا
أستراليا

دونا فيتزباتريك

الاستعراض المنهجي والتدخلات النفسية والاجتماعية/
الصحة النفسية
منسقة البحوث الأقدم
مركز ماكماستر لاستعراض وجمع الأدلة (MERSO)
جامعة ماكماستر
هاميلتون، كندا

ناثان فورد

الاستعراض المنهجي، الالتزام بالعلاج الوقائي بعد
التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية
عالم
علاج فيروس نقص المناعة البشرية والعناية به
منظمة الصحة العالمية
جنيف، سويسرا

هيلين كيللي

الاستعراض المنهجي، الوقاية من الأمراض المنقولة
جنسيا وعلاجها
أستاذة مساعدة
إدارة البحوث السريرية
كلية الأمراض المعدية والأمراض الاستوائية
مدرسة لندن للعلوم المتعلقة بالصحة وطب الأمراض
الاستوائية

لندن، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا
الشمالية

مركز ماكماستر لاستعراض وجمع الأدلة (MERSC)
جامعة ماكماستر
هاميلتون، كندا

فريق

كريستين أميسي
مسؤولة تنفيذية
مؤسسة بانزي
جمهورية الكونغو الديمقراطية

إيرين غات سيم شيا
استشارية طب الأطفال وطبيبة حديثي الولادة
مستشفى معهد طب الأطفال
كوالا لامبور، ماليزيا

فيكاس شودري
نائب رئيس، ممارسة الصحة العامة
سامبودي للبحوث والاتصالات
نيودلهي، الهند

أرون ميللر

استشاري طب الأطفال
بناء تحالفات إقليمية لتعزيز صحة الطفل (BRANCH)
قسم الصحة والاعتداء الجنسي على الطفل
نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية

إميلي موناغان

استشارية في الصحة الجنسية والإنجابية
منظمة إنقاذ الطفولة
لندن، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا
الشمالية

آنا ماريا أغير مونتفردى

موظفة الدعوة للفريق الاستشاري المعني بالاعتداء
الجنسي على الأطفال والمراهقين
الجمعية المدنية لتنظيم الأسرة (PLAFAM)
فنزويلا

ريشارد روبلانس

أخصائي بارز في طب الأطفال
جامعة غريفيث
كوينسلاند، أستراليا

فيليب مايو

الاستعراض المنهجي، الوقاية من الأمراض المنقولة
جنسيا وعلاجها
أستاذ الأمراض المعدية والصحة الإنجابية
إدارة البحوث السريرية
كلية الأمراض المعدية والأمراض الاستوائية
مدرسة لندن للعلوم المتعلقة بالصحة وطب الأمراض
الاستوائية
لندن
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية

جيل ماكتافيش

الاستعراض المنهجي، والتدخلات النفسية والاجتماعية/
الصحة النفسية (المسؤول)
زميلة أبحاث ما بعد الدكتوراه
أقسام الطب النفسي وعلوم الأعصاب السلوكية وطب
الأطفال
مركز أوفورد لدراسات الطفل
هاميلتون
كندا

كيرى سكوت

استعراض الدراسات المنشورة والقيم والأفضليات
(المسؤول)
خبيرة استشارية في الصحة العالمية، بنغالور الهند، باحثة
معاونة
قسم الصحة الدولية
مدرسة جونز هوبكينز للصحة العامة
كرناكاتا
الهند

زارا شوبر

الاستعراض المنهجي، الالتزام بالعلاج الوقائي بعد
التعرض لفيروس نقص المناعة (المسؤول)
قسم الأمراض المعدية الوبائية
الكلية الإمبريالية
لندن، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا
الشمالية

علي عصمان

الاستعراض المنهجي، التدخلات النفسية والاجتماعية/
الصحة النفسية،
عالم أوبئة

المرفق الثاني

الآثار المترتبة على قوة التوصية

الآثار	توصية قوية	توصية مشروطة
بالنسبة للعملاء	معظم الناس في هذه الحالة يريدون مسار العمل الموصى به ولن يكون هناك سوى نسبة صغيرة لا ترغب في ذلك.	معظم الناس في هذه الحالة يريدون مسار العمل الموصى به ولكن هناك العديد منهم لا يرغبون في ذلك.
بالنسبة للأخصائيين السريريين	ينبغي أن يحصل معظم العملاء على مسار العمل الموصى به.	ستكون الخيارات المختلفة مناسبة لمختلف العملاء الذين سيطلبون المساعدة في التوصل إلى قرار يتفق مع قيمهم وأفضلياتهم.
بالنسبة لواضعي السياسة	يمكن اعتماد التوصية كسياسة في معظم الحالات.	سيتطلب وضع السياسات نقاشا واسعا ومشاركة العديد من أصحاب المصلحة.

المعاهدات الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان ووثائق توافق الآراء التي تتضمن ضمانات ذات صلة بالاعتداء الجنسي على الأطفال والمراهقين

الصكوك الدولية

- اتفاقية حقوق الطفل التي اعتمدت وفتحت للتوقيع والتصديق عليها والانضمام إليها بموجب قرار الجمعية العامة 44/25 المؤرخ 20 تشرين الثاني / نوفمبر 1989، التي دخلت حيز التنفيذ في 2 أيلول / سبتمبر 1990، وفقا للمادة 49 نيويورك: الأمم المتحدة؛ 1990 (44/A/49)؛ <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- لجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل. التعليق العام رقم 4، صحة المراهق والتنمية في سياق اتفاقية حقوق الطفل. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2003 (2003/GC/4)؛ <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC4.pdf>
- لجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل. التعليق العام رقم 12، حق الطفل في الاستماع إليه. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2009 (2009/GC/12)؛ <http://www.refworld.org/docid/4ae562c52.html>
- لجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل. التعليق العام رقم 13، حق الطفل في التحرر من جميع أشكال العنف. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2011 (2011/GC/13)؛ <http://www.refworld.org/docid/4e6da4922.html>
- لجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل. التعليق العام رقم 14، حق الطفل في تقييم مصالحه الفضلى وإبلاغها الاعتبار الأول (المادة 3، الفقرة 1) نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2013 (2013/GC/14)؛ <http://www.refworld.org/docid/51a84b5e4.html>
- لجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل. التعليق العام رقم 15، حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه (المادة 24). نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2013 (2013/GC/15)؛ <http://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>
- لجنة الأمم المتحدة لحقوق الطفل. التعليق العام رقم 20، تنفيذ حقوق الطفل خلال المراهقة (المادة 39). نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2016 (2016/GC/20)؛ <http://www.refworld.org/docid/589dad3d4.html>
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التي اعتمدت في 18 كانون الأول / ديسمبر 1979، دخلت حيز النفاذ، في 3 أيلول / سبتمبر 1981. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 1980 (1980/GC/1)؛ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>
- لجنة الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. التعليق العام رقم 24. النساء والصحة (المادة 12) نيويورك: الأمم المتحدة؛ 1999 (1999/GC/12)؛ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، الذي اعتمد وفتح للتوقيع والتصديق عليه والانضمام إليه بموجب قرار الجمعية العامة الجمعية العامة 2200 ألف (21) المؤرخ 16 كانون الأول / ديسمبر 1966، الذي دخل حيز النفاذ في 23 آذار / مارس 1976، وفقا للمادة 49. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 1976 (1976/GC/1)؛ <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي اعتمد وفتح للتوقيع والتصديق عليه والانضمام إليه بموجب قرار الجمعية العامة الجمعية العامة 2200 ألف (21) المؤرخ 16 كانون الأول / ديسمبر 1966، الذي دخل حيز النفاذ في 3 كانون الثاني / يناير 1976، وفقا للمادة 27. نيويورك. الأمم المتحدة (/ProfessionalInterest/EN/ohchr.org/www/http://.Pages/CESCR.aspx).

الصكوك الإقليمية

- الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهه «، الذي اعتمد في 11 تموز / يوليه 1990، دخل حيز النفاذ في 29 تشرين الثاني / نوفمبر 1999. أديس أبابا: منظمة الوحدة الأفريقية: 1999 (http://www.refworld.org/docid/3ae6b38c18.html ;49/CAB/LEG/24.9).
- الاتفاقية الأوروبية لممارسة حقوق الطفل، التي اعتمدت في 25 كانون الثاني / يناير 1996، دخلت حيز النفاذ في 1 تموز / يوليه 2000. ستراسبورغ: المجلس الأوروبي: 2000 (https://CETS160;rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cdaf).
- اتفاقية المجلس الأوروبي بشأن منع ومكافحة العنف ضد المرأة والعنف العائلي، المعتمدة في 11 أيار / مايو 2011، دخلت حيز النفاذ في 1 آب / أغسطس 2014. ستراسبورغ: المجلس الأوروبي: 2014 (CETS 210; https://rm.coe.int/168008482e).

قائمة بالمواد التكميلية الموجودة في المرفقات المتاحة على الشبكة الإلكترونية

تتاح الوثائق التالية كمواد تكميلية إما كمرفقات على شبكة الإنترنت أو بناء على الطلب من reproductivehealth@who.int وتشمل هذه الوثائق ما يلي: (أ) التقارير الكاملة لجميع الاستعراضات المنهجية واستعراضات الدراسات المنشورة الإضافية التي تتضمن البروتوكولات واستراتيجيات البحث والنتائج؛ (ب) جداول الأدلة مقابل المقررات؛ و (ج) جداول تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE)، حيثما كان ذلك مناسباً.

المرفقات الإلكترونية أ

جدول تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها	جدول الأدلة مقابل المقررات	الاستعراض	
لا ينطبق	لا ينطبق	المرفق الإلكتروني 1	موجز بيانات إشهار المصالح
لا ينطبق	لا ينطبق	المرفق الإلكتروني 2	الاستجابة الصحية الولية (بيانات الممارسات الجيدة 1-4)
المرفق الإلكتروني 3ب	المرفق الإلكتروني 3أ	المرفق الإلكتروني 3	الالتزام بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة (التوصية 4)
لا ينطبق	المرفق الإلكتروني 4أ	المرفق الإلكتروني 4	الإدارة الوقائية/المتلازمة للأمراض المنقولة جنسياً (التوصيتان 6 و7)
المرفق الإلكتروني 5ب	المرفق الإلكتروني 5أ	المرفق الإلكتروني 5	التدخلات النفسية الاجتماعية للأطفال والمراهقين فقط (التوصية 11)
المرفق الإلكتروني 6ب	المرفق الإلكتروني 6أ	المرفق الإلكتروني 6	التدخلات النفسية الاجتماعية للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية فقط (التوصية 12)
لا ينطبق	لا ينطبق	المرفق الإلكتروني 7	الإبلاغ عن سوء المعاملة (بيان الممارسة الجيدة 7)
لا ينطبق	لا ينطبق	المرفق الإلكتروني 8	قائمة الأسئلة المتعلقة بالفئة السكانية والتدخلات والمقارنة والنتائج (PICO) والنتائج الحاسمة

أ- المرفقات الإلكترونية 2، و3، و4، و5، و6، و7 متاحة بناء على الطلب عن طريق الكتابة إلى: reproductivehealth@who.int

