

التربية الجنسية

د/ نرمين عبد الوهاب أحمد صالح / د/ هشام عبد الحميد تهاى
قسم علم النفس - جامعة بنى سويف / قسم علم النفس - جامعة بنى سويف

ملخص:

هدف البحث الراهن إلى تناول موضوع التربية الجنسية؛ حيث تم عرض أسباب الاهتمام بالتربية الجنسية، وتعريف التربية الجنسية والفرق بينها وبين الجنس، وأهداف التربية الجنسية، والدين والتربية الجنسية، ومصادر التربية الجنسية، ومكونات التربية الجنسية، وبعض الأسئلة التي تورد الآباء، وأخيراً بعض أساليب دعم التربية الجنسية، وإجراءات الحماية واكتشاف حدوث إساءة جنسية.

مقدمة:

إن حياة الإنسان سلسلة انتقالات من مرحلة ارتقائية إلى أخرى، ولا شك أن توافق المرء مع كل مرحلة يتوقف على وجود التوجيه والتنشئة الملائمين لكل مرحلة عمرية. ويُعد الانتقال من مرحلة الطفولة إلى البلوغ والمراهقة مرحلة حرجة وأمرًا عسيرًا؛ بل ومزعجًا وشاقًا - خصوصاً لما يُصاحبه من تغيرات جسمية وجنسية - لجميع البشر بغض النظر عن مستوى القدرة العقلية، وتتعدد وتزداد شدة هذه المشكلات لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ربما لأسباب قد ترجع أحياناً إلى من حولهم - وليس لأسباب ترجع إلى قدراتهم - تحول دون تحرير أنفسهم من دور "الطفل". فالمجتمع قد يرفض النظر إليهم على أنهم أصبحوا قادرين - ولو بشكل نسبي - على تحمل مسؤوليات البالغ الناضج. وتهدف التربية الجنسية إلى مساعدة الطفل على الانتقال السلس من مرحلة الطفولة إلى البلوغ والنضج الجنسى والمراهقة وأخيراً الرشد. وسيعرض البحث الراهن لموضوع التربية الجنسية؛ وهو أمر شائك يحوطه كثير من الجدل والرفض. وهناك أسباب عديدة دفعت الباحثين للاهتمام بموضوع التربية الجنسية خاصة فى سنوات العمر المبكرة، ومن هذه الأسباب:

١. عملهما منذ سنوات بعيدة فى مجال رعاية الأيتام والأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.
٢. كثير من الاضطرابات الزوجية تبدأ بذورها منذ الصغر بسبب التربية الجنسية الخاطئة.
٣. لا يجب أن تظل موضوعات الجنس من المسكوت عنها بالذات بعد تلك الطفرة فى المعلومات والتي يجانب كثير منها الصواب.
٤. نشر الوعى السليم بالتربية الجنسية وكيف نقوم بها كمرين أو رعاة.
٥. عدم تعارضها مع الدين والتدين؛ فالأمور الجنسية نوقشت على نطاق واسع من خلال الدين الإسلامى.
٦. أوصى المؤتمر العربى الأول للصحة النفسية - منذ أكثر من ٤٠ سنة - الذى انعقد فى القاهرة فى ديسمبر ١٩٧٠ فى بند التوصيات الخاصة بمراحل العمر المختلفة، الطفولة والشباب والشيوخ والرعاية الأسرية، بخصوص التربية الجنسية ما يلى:

"ضرورة العمل على نشر الثقافة الأسرية بما في ذلك الثقافة الجنسية منذ سن مبكرة في إطار التقاليد والعادات الخاصة بمجتمعنا لما لهذه الثقافة من آثار بناءة في تكوين الفرد والأسرة والمجتمع." (حامد عبدالسلام زهران، ١٩٧٧، ٤٠٦)

ويمكن تعريف التربية الجنسية بأنها "كل الجهود المنظمة التي تقوم بها المؤسسات والهيئات التربوية والأسرة لتعليم الأطفال كافة الجوانب الحيوية العضوية والنفسية والاجتماعية الثقافية المرتبطة بالوظيفة الجنسية لدى البشر، بهدف إحداث تغييرات إيجابية واضحة في مكونات الشخصية ذات العلاقة بالوظيفة والسلوك الجنسي، وتنمية المهارات والاتجاهات الإيجابية المطلوبة لحياة جنسية صحية، مما يؤدي إلى السعادة والرضا الناتج عن الوظيفة والسلوك الجنسي. كما تتصدى التربية الجنسية كذلك إلى صور الخلل أو الشذوذ في هذه الوظيفة مثل العنف الجنسي والأمراض الجنسية" (Ozalap, Bombas, Trindade & Branco, 2001).

وبعبارة أخرى يمكن القول أن التربية الجنسية تهدف إلى إمداد الفرد بالمعلومات العلمية والاتجاهات الصحيحة نحو الأمور الجنسية، بقدر ما يسمح به نموه الجسمي والفسولوجي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، وفي إطار التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية السائدة في المجتمع، مما يؤهله للتوافق النفسي وحسن التصرف في المواقف الجنسية ومواجهة مشكلاته الجنسية في الحاضر والمستقبل بطريقة واقعية تؤدي إلى الصحة النفسية.

ويجب أن نفرق هنا بين الجنس^١ والجنسية^٢ فالجنس يُقصد به فعل أي شئ له طبيعة جنسية (عادة تتضمن الأعضاء التناسلية). أما كلمة الجنسية أو التربية الجنسية فهي أوسع كثيراً وأعمق؛ حيث أن الجنسية تشمل ملامح أساسية لنا نحن كبشر، وكجزء نشط وغير منفصل عنا. وبعبارة أخرى يمكن التفرقة بين الجنس والجنسية على أساس أن الجنس هو ما بين أرجلنا لكن الجنسية هي ما بين أذنيننا، حيث أن الجنسية تشمل النواحي الحيوية أو العضوية والنفسية والاجتماعية والثقافية (Couwenhoven, 2007).

ويجب أن نشير إلى أن موضوع التربية الجنسية يلقى معارضة لدى الآباء والأمهات، بل والمجتمع بأسره. ولعل هذا الرفض يبرره بعض الأفكار الخاطئة التي مؤداها أن التربية الجنسية تزيد من فضول الأطفال والمراهقين وتزيد من اهتمامهم بالأمور الجنسية وبالتالي محاولة التجريب. ورغم الواجهة الظاهرية لهذه الفكرة إلا أننا نغفل بذلك المصادر الأخرى - كوسائل الإعلام المنتشرة بكثرة الآن وكذلك جماعات الأقران - التي من شأنها إحداث ما نخشاه من فضول وتعليم لسلوكيات جنسية خاطئة. وإذا انتقلنا إلى مجال الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة فنسجد أن الاعتراض يتزايد وتدعمه بعض الأفكار الخاطئة التي بينتها دراسات اتجاهات الوالدين نحو النضج الجنسي لأبنائهم التي راجعها مانيكم وهنزارلنيج (Manikam & Hensarling, 1990) عن أن المعاقين ذهنياً لديهم براءة جنسية من شأن برامج التربية الجنسية أن تلوثها. والحقيقة أن هذه الفكرة مستمدة من فكرة أخرى تدعى أن الأطفال المعاقين ذهنياً بصفة عامة أطفال أبديين (Pueschel, 2001)، وبالتالي فهم لن يصلوا أبداً إلى مرحلة البلوغ الجنسي. ولا شك أن هذا يتنافى تماماً مع ما أشار إليه عديد من الدراسات عن النضج الجنسي لدى الأفراد ذوى الإعاقات الذهنية (هشام عبدالحميد تهامي، ٢٠١٠).

1- Sex.

2- Sexuality

أهداف التربية الجنسية:

ويمكن بلورة الأهداف العامة للتربية الجنسية فيما يلي:

- ١- تزويد الأطفال والمراهقين بالمعلومات الدقيقة عن النضج والتكوين التشريحي للجسم، وفسولوجيا السلوك الجنسي وولادة الأطفال والحياة الأسرية، و الإساءة الجنسية.
- ٢- تنمية القيم ذات الصلة بالسلوك الجنسي.
- ٣- تنمية مهارات التفاعل مع الآخرين مثل مهارات التواصل الاجتماعي، واتخاذ القرار، والسلوك التوكيدي، ومقاومة الضغوط.
- ٤- تنمية المسؤولية الشخصية عن الممارسة الجنسية.
- ٥- تحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية من أجل تمكين الشخص من الدخول في علاقات إنسانية متبادلة ومشبعة، في إطار الالتزام بضوابط ومعايير السلوك الجنسي. (المزيد من المراجعة أنظر: محمد سعيد عبد الجواد أبو حلاوة، ٢٠١٣، موقع أطفال الخليج ذوى الاحتياجات الخاصة؛ National Information Center for Children and Youth with Disabilities, 1992).

التربية الجنسية والدين:

قام عبد الرحمن الجزائري (١٩٩٢) بمراجعة الأدلة على عدم تعارض التربية الجنسية مع الديانة الإسلامية مستنداً إلى القرآن والسنة والأحاديث القدسية، بالإضافة إلى أقوال الفقهاء الكبار من السلف. كما تناول أضرار الجهل بالتربية الجنسية. فكما نعلم فقد أشار القرآن صراحة - لا ضمناً - إلى موضوع الزنى واللواط أو الشذوذ الجنسي والجنسية المثلية كما نسميه الآن: قال تعالى "ولا تقربوا الزنى إنه كان فاحشة وساء سبيلاً" (سورة النور، الآية: ٣٢)، وقال تعالى "ولوطاً إذ قال لقومه أتأتون الفاحشة ما سبقكم بها من أحد من العالمين، إنكم لتأتون الرجال شهوة من دون النساء، بل أنتم قوم مسرفون" (سورة الأعراف، الآيتين ٨٠، ٨١).

هذا عن بعض الإشارات عن موضوعات جنسية كما وردت في القرآن فماذا عن الحديث القدسي؟ نشير هنا قبل أن نتعرض لذلك إلى أن علماء النفس الحديث تحدثوا عن العملية الجنسية مفرقين بين ما أسموه أرجاع ممهدة وأرجاع مكلمة. ويدخل في إطار الأرجاع الممهدة الإقتراب من المرأة والنظر إليها وتقبيلها... إلخ مما يفتح الباب للممارسة الفعلية. وقد ورد في الحديث القدسي نهى عن استخدام الأرجاع الممهدة في غير محلها الشرعي: "النظرة سهم من سهام إبليس، من تركها من مخافتى أبلتة إيماناً يجد حلاوته في قلبه" حديث قدسي. (عبد الرحمن طالب الجزائري، ١٩٩٢، ٢٢٤)

واستفاضت الأحاديث النبوية في أسس وقواعد التربية الجنسية، فكم من أحاديث تناولت الحيض والغسل والاحتلام والزواج ومباشرة الحائض. كما تحدث الرسول عليه الصلاة والسلام عن المتعة الجنسية واللذة الجنسية التي ينظر إليها علماء النفس الآن على أنها من الدوافع. ومن المسلم به أن إشباع الدافع ينجم عنه إرضاء وإشباع ولذة وامتعة، وهو ما أسماه الرسول عليه الصلاة والسلام "تذوق العسيلة":

"قال الشافعي أخبرنا سفيان بن عيينة عن ابن شهاب عن عروة عن عائشة زوج النبي صلى الله عليه وسلم أن امرأة رفاعة القرظي جاءت إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقالت: إني كنت عند رفاعة القرظي فطلقتي، فتزوجت عبد الرحمن بن الزبير وإنما معه مثل هدبة الثوب، فتبسم رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال: تريدان أن ترجعي إلى رفاعة؟ لا حتى تذوقي عسيلته ويذوق عسيلتك" (المكتبة الإسلامية على شبكة

إسلام ويب <http://www.islamweb.net>)

وحتى النوم وما يرتبط من غرائز جنسية اهتم به الحديث الشريف فتحدث عن سن التفرقة فى المضاجع بين الجنسين. "عن عمرو بن شعيب عن ابيه عن جده قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "مرو اولادكم بالصلاة اذا بلغوا سبعا، واضربوهم عليها اذا بلغوا عشرا، وفرقوا بينهم فى المضاجع" رواه احمد وابو داود والحاكم، وقال: صحيح على شرط مسلم. (السيد سابق، ١٩٩٦، ١٠٧)

وانطلاقاً مما سبق أسهب الفقهاء فى الحديث عن أمور جنسية تشمل الحديث عن البكارة والطهارة والخطبة والزواج والمعاشرة الجنسية... إلخ. نخلص مما سبق إلى أن الاهتمام بالتربية الجنسية أمر هام وله سند دينى.

النضج الجنسى:

بالرغم من أن التربية الجنسية يجب أن تبدأ مبكراً منذ استكشاف الطفل الأولى لأعضاء جسمه - وبصفة خاصة الجنسية منها - إلا أن ثمارها تتجلى بشدة مع حدوث النضج الجنسى الذى يبرز بشدة فى مراحل ما قبل البلوغ والبلوغ والمراهقة وما قبلها وما بعدها. ومن هذا المنطلق أفرد الباحثان فى الفقرات التالية عرضاً لمظاهر البلوغ والنضج الجنسى وأسسهما الفسيولوجية.

يجب أن نشير فى البداية إلى أن الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة لا يقتصر فقط على التغيرات الجنسية، ولكنه يشمل تحديات اجتماعية أخرى تشمل التوافق الدراسى والمهنى (لمزيد من المراجعة فى ذلك أنظر: Pueschel, 2001).

وعندما تبدأ الأعضاء التناسلية فى أداء وظائفها تنتهى مرحلة الطفولة وتبدأ مرحلة المراهقة المبكرة، وبينما ترتبط مرحلة المراهقة^١ بمرحلة البلوغ^٢ إلا أن الأخيرة تشير إلى المرحلة القصيرة نسبياً - مقارنة بالمراهقة - من التغيرات الفسيولوجية التى تصبح أثناءها الأعضاء الجنسية ناضجة. وبالنسبة للإناث قد لا تتعدى هذه المرحلة ستة أشهر ولكنها قد تمتد إلى العامين وهى تحدث فى المرحلة العمرية من ١١-١٥ سنة. أما بالنسبة للذكور فهى تستغرق عامين أو أكثر (وقد تصل إلى أربعة أعوام)، وغالباً ما تبدأ فى المرحلة العمرية من ١٢-١٥ سنة. وتصبح الإناث عادة ناضجات جنسياً فى حوالى عمر ثلاث عشرة سنة حيث يحدث نزول الحيض، كما تحدث تغيرات جسمية أخرى بعد نزول الحيض. أما الذكور فيبلغون نضجهم الجنسى فى حوالى عمر أربع عشرة سنة (يوسف ميخائيل أسعد، بدون تاريخ، إبراهيم قسقوش، ١٩٨٩، حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧، 2001; Haffner, 2000; Engel, 1997; Cole & Hall, 1970).

وبالقطع هناك فروق فردية فى هذا العمر عند البلوغ لدى الجنسين. وقد بيّنت المراجعة القديمة التى قام بها كول وهال (Cole & Hale, 1970) لعدد من الدراسات الارتقائية أن الإناث تظهرن تبايناً فى سن أول دورة شهرية (حيض)، حيث تحدث فى مدى عمرى يتراوح بين ١١-١٧ سنة. وهؤلاء اللاتى تنضجن قبل عمر الثانية عشرة من العمر تعتبرن ذوات نضج مبكر^٣، أما اللاتى تنضجن فى عمر خمس عشرة سنة أو بعدها فتعتبرن متأخرات فى نضجهن. والغالبية العظمى من الإناث (أكثر من ٧٥% من الإناث) تخبرن أول دورة شهرية فى الفترة العمرية ١٢-١٤ سنة. وكانت النتائج الخاصة بالذكور أقل اتساقاً من نتائج الإناث. فلا توجد سن محددة عندها يصبحون ناضجين جنسياً. فالطفل العادى يحتاج عامين تقريباً كى ينتقل من مرحلة قبل البلوغ^٤ إلى مرحلة ما بعد البلوغ^١. وقد أوضحت نتائج الدراسات التى راجعها كول وهال (1970) أن

1 - adolescence.

2 - puberty.

3 - precocious

4 - prepubescent

الذكور يصلون إلى مرحلة النضج متأخرين حوالى سنتين عن الإناث. ولذلك فحصر الإناث الناضجات فى فترة عمرية ما قد يتجاوز بكثير الذكور الناضجين. وقد تجد أنثى عمرها ثلاث عشرة سنة قد أصبحت امرأة صغيرة، بينما يظل ذكر له العمر نفسه صبياً لم يبلغ بعد.

نخلص مما سبق إلى أن البلوغ يقدم الأساس للمراهقة^١ أو يمثل حجر أساس لها، ولكنه ليس مرادفاً لها على أى حال من الأحوال. إن كلتا المرحلتين قد تبدآن فى الأغلب فى الوقت نفسه تقريباً، ولكن المراهقة تستمر لحوالى ثمانية أعوام، وهى لا تتضمن فقط تغيرات البلوغ فى الجسم والأعضاء التناسلية، ولكنها تتضمن أيضاً ارتقاء فى القدرات العقلية والاهتمامات والاتجاهات ومختلف صور التوافق (Cole & Hale, 1970; Engel, 1997; Haffner, 2000; 2001).

وترجع أسباب التغيرات فى مرحلة البلوغ إلى زيادة نشاط بعض الغدد الصماء^٢؛ وتحديد الغدة النخامية^٣ والغدة الجنسية^٤ (Kelly, 1990; Labrie, 1990; Hadley, 1996; Nelson, 2000)، حيث يفرز الفص الأمامى من الغدة النخامية التى توجد فى قاع الجمجمة نوعين من الهرمونات يرتبطان بتغيرات البلوغ؛ وهما هرمون النمو^٥ الذى يساعد على نمو حجم الجسم، والثانى هرمون منبه وحافز للغدة الجنسية يؤدى إلى زيادة نشاطها؛ ويسمى هرمون الجونادوتروبين^٦. وفى الحقيقة فهو ليس هرموناً واحداً ولكنه مجموعة هرمونات تؤثر فى نمو الغدة الجنسية ونشاطها، وفى إفراز الهرمونات الجنسية لدى الجنسين. ويؤدى أى نقص فى إفراز هرمون الجونادوتروبين إلى توقف نمو الجهاز التناسلى^{*}. وتشمل مجموعة الجونادوتروبين هرمونين يعملان بشكل تعاونى هما: هرمون الفوليكتوتروبين^٧ الذى ينظم الارتقاء والنمو والنضج المصاحب للبلوغ^٨، وهرمون منشط الجسم الأصفر^٩ فى المبيض لدى الإناث ومنشط الخلايا التخللية أو بين الفرجية^{١٠} لدى الذكر. والزيادة الحادة فيه تحدث التبويض^{١١} (خروج البويضة من المبيض) لدى الإناث. أما لدى الذكور فيطلق عليه هرمون منشط الخلايا التخللية أو بين الفرجية وهو يُنشط إنتاج الخلايا التخللية أو بين الفرجية^{١٢} من التيستوستيرون^{١٣}.

وتزداد إفرازات الغدة النخامية من هرمونى النمو والهرمون المحفز للغدة الجنسية (الجونادوتروبين) قبل مرحلة البلوغ مباشرة. ويتزايد إفرازها أكثر فأكثر خلال مرحلة البلوغ، ويتحكم فى العملية بكاملها التغيرات الهرمونية التى يسيطر عليها "الهيپوثلاموس" - الذى يوجد فى وسط الدماغ وهو جزء من المخ المتوسط^{١٤}.

1 - postpubescent

* تكون مرحلة ما قبل المراهقة أو الطفولة المتأخرة بين ١١-١٢ سنة لدى الإناث بينما تكون بين ١٢-١٣ سنة لدى الذكور. أما مرحلة المراهقة المبكرة فتكون بين ١٣-١٤ سنة لدى الإناث وبين ١٤-١٥ سنة لدى الذكور، وتكون مرحلة المراهقة المتوسطة بين ١٥-١٧ سنة لدى الإناث وبين ١٦-١٨ سنة لدى الذكور، وأخيراً تحدث مرحلة المراهقة المتأخرة فى المرحلة العمرية ١٨-٢٠ سنة لدى الإناث والمرحلة العمرية ١٩-٢٠ سنة لدى الذكور (Cole & Hale, 1970).

2 - Endocrine glands .

3 - Pituitary gland.

4 - Gonads .

5 - Growth hormone.

6 - Gonadotropin hormone.

* يطلق على ذلك مسمى متلازمة فروليخ Frohlich's syndrome التى ترتبط بأورام فى المهاد التحتانى Hypothalamus مما يسبب زيادة الشهية التى تؤدى إلى بدانة مفرطة بالإضافة إلى قمع إفراز الجونادوتروبين ، وفيها يُصاب الطفل ببدانة مفرطة وعدم نمو الجهاز التناسلى وتأخر فى النمو وتأخر عقلى ومشاكل فى الإبصار.

7 - Follicle-stimulating hormone (FSH).

8 - Pubertal maturation.

9 - Luteinizing hormone.

10 - Interstitial cell stimulating hormone (ICSH).

11 - Ovulation.

12 - Leydig cell or interstitial cells of leydig.

13 - Testosterone.

14 - Diencephalon.

- والمعروف بأنه المسئول عن استثارة آلية البلوغ* (Racadot,1990). وبالرغم من أن الغدد الجنسية تكون موجودة ونشطة أثناء الولادة، إلا أن نشاطها يزداد أثناء مرحلة البلوغ نتيجة الهرمون الجنسي الذي تفرزه الغدة النخامية (Cole & Hale, 1970; Engel, 1997; Haffner, 2000; 2001; Nelson, 2000; Hadley, 1996).

وتُعدّ الخصيتان¹ هما الغدد الجنسية لدى الذكر، وهما يُفرزان نوعين من الإفرازات أحدهما خارجي ويتمثل في الحيوانات المنوية²، أما النوع الثاني فهو يُفرز داخل الدم ويتمثل في هرمونات الذكورة التي يُعدّ التيستوستيرون أهمها وأشهرها. ويخضع عمل الخصيتين - سواء إفراز الحيوانات المنوية أو الهرمونات الجنسية - لتحكم هرمونات الجونادوتروبيين (هرمون الفوليكتروفين وهرمون منشط الجسم الأصفر في المبيض لدى الإناث ومنشط الخلايا التخللية أو بين الفرجية لدى الذكر). وبينما يُفرز هرمون التيستوستيرون لدى الذكور بواسطة الخصيتين فإنه يُفرز لدى الإناث بواسطة المبيضين³، ولكن الذكر البالغ يفرز حوالي من ٤٠-٦٠ ضعف ما يُفرز داخل جسم الأنثى البالغة من هذا الهرمون، ولذلك فهو يُعدّ هرمون الذكورة الأول، وهو يُعدّ أحد هرمونات مجموعة يُطلق عليها مجموعة الأندروجين⁴، وهو يُعدّ أهمها على الإطلاق. وترتبط زيادة إفرازه ببدء مرحلة البلوغ لدى الذكور وينمو الأعضاء التناسلية وظهور الخصال الجنسية الثانوية⁵. كما أنه يزيد من إفراز وحيوية الحيوانات المنوية وقابليتها للإخصاب، ويؤثر في النمو الانفعالي للمراهق ويقوى لديه الدافع الجنسي.

أما الغدد الجنسية لدى الإناث فهي المبيضان ويفرزان أيضاً نوعين من الإفراز أولهما خارج الدم وهو البويضات وثانيهما إفراز داخل الدم يشمل:

١- مجموعة الايستروجين⁶ وأكثرها نشاطاً هو هرمون الاستراديول⁷. وبينما توجد هذه المجموعة لدى كل من الذكور والإناث إلا أن مستوياتها أعلى بكثير لدى الإناث وهو المسئول عن ظهور الخصال الجنسية الثانوية لدى الإناث. وتجدر الإشارة إلى أن الرغبة الجنسية⁸ تعتمد على مستويات الايستروجين أكثر من اعتمادها على مستويات الايستروجين.

٢- هرمون البروجستيرون⁹: يُطلق عليه هرمون الحمل¹⁰ فهو يهيئ الرحم لقبول البويضة الملقحة ويساعد على عمل تغيرات في جدار الرحم يكون من شأنها تثبيت البويضة الملقحة، وله أدوار عديدة ترتبط بنمو وارتقاء الجنين في الرحم.

ويصاحب البلوغ تغيرات جنسية وجسمية تُصنّف إلى خصال جنسية أولية¹¹ وخصال جنسية ثانوية. وتتمثل الخصال الجنسية الأولية في تزايد حجم الخصيتين وبدء عملهما وبدء قذف المنى لدى الذكور ونشاط المبيض الذي يتمثل في إنتاج البويضة ونزول الحيض لدى الإناث. أما الخصال الجنسية الثانوية فتتمثل في

* لا يُعتبر المهاد التحتاني هو الجزء المخي الوحيد الذي يؤدي دوراً في السلوك الجنسي، وإنما هناك أجزاء أخرى كالنواة اللوزية Amygdala بالإضافة إلى الدور الذي تؤديه بعض المواد العصبية الناقلة Neuro-transmitters (خالد بن عبد الله الخميس، ٢٠٠٠، De Jong et al. 1992; De Vries, 1990).

1 - Testicles.

2 - Sperms.

3 - Ovaries.

4 - Androgens

5 - Secondary sexual characteristics.

6 - Oestrogens.

7 - Oestradiol.

8 - Sexual desire.

9 - Progesterone.

10 - Hormone of pregnancy.

11 - Primary sexual characteristics .

ملاحظ الجسم التي تميز الذكور عن الإناث، ومن أهم معالمها حدوث طفرة في النمو الجسمي ونمو العضلات ونمو الشعر في الوجه ومنطقتي العانة والإبط وكذلك تغيرات في الصوت لدى الذكور، ونمو الثدي والمقعدة وطفرة جسمية وظهور شعر كثيف في الإبط والعانة لدى الإناث، وترسيب وتوزيع الدهون في جسم المرأة بشكل أنثوي (يوسف ميخائيل أسعد، بدون تاريخ، إبراهيم قسقوش، ١٩٨٩، حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧، Cole & Hall, 1970; Engel, 1997; Haffner, 2000; 2001). وما من شك في أن كلا الجنسين يظهران تبايناً في اتجاهاتهما نحو هذه التغيرات التي تحدث في أجسامهم، وقد تؤثر هذه الاتجاهات في شخصياتهم وأدائهم المدرسية وكذلك في توافقهم مع الحياة. فكل التغيرات التي تحدث أثناء المراهقة وما صاحبها من نضج جنسي يكون له تأثير دال وعميق على سلوك واهتمامات كل من الذكور والإناث. وما من شك في أن اتجاهات المراهقين نحو هذا النضج الجنسي تتأثر بالمعلومات المكتسبة من مصادر مختلفة عن الجنس مثل الأباء والمناظرين لهم في المرحلة العمرية نفسها والأخوة والأصدقاء والمدرسين والإعلام والكتب والمجلات.... إلخ.

ومن المؤلف أن يحاول المراهق بدءاً من المراهقة المبكرة أن يهدئ من توتره الجنسي من خلال ما يُسمى الاستمناء أو العادة السرية^١. وقد دلت بحوث كنزي Kinsey الكلاسيكية في الولايات المتحدة الأمريكية* أن حوالي (١٠%) من البنين يتعلمون العادة السرية أو الاستمناء في سن التاسعة سواء من أقرانهم أو من تلقاء أنفسهم. وتزداد النسبة لتصل ذروتها في سن الخامسة عشر حيث تبلغ نسبة البنين الذين مارسوا العادة السرية في وقت من الأوقات (٩٨%) في مقابل (٦٢%) من البنات. ولكن في المجتمعات الشرقية قد تكون النسب أقل بسبب الوعي بحرمانيتها دينياً. وفي المجتمعات الغربية قد تخف ممارسة العادة السرية في مرحلة المراهقة المتأخرة بسبب التعلق بأحد أفراد الجنس الآخر أو بسبب الخوف من عواقبها أو بسبب الزواج. وخلال المراهقة المتوسطة يزداد تعلق المراهق بالمثيرات الجنسية؛ كالمحادثات والصور الجنسية والكتابات الجنسية والملامسة الجنسية وأحلام اليقظة. ويلاحظ زيادة الاحتلام (الحلم الجنسي) عند من يتجنبون العادة السرية (حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧). وقد أشار كنزي في كتابه الصادر سنة ١٩٤٨ إلى أن حوالي (٨٣%) من الذكور في الولايات المتحدة الأمريكية يحدث عندهم القذف المنوي أثناء النوم (في أي فترة من فترات حياتهم بعد البلوغ)، ويصاحب هذا القذف - عادة وليس دائماً - أحلاماً جنسية.

وهناك أدلة على أن ارتقاء الأفراد المعاقين عقلياً يتبع المسار الارتقائي نفسه والقوائم الارتقائية للأفراد الأسوياء، غير أنهم يحتاجون لفترات أطول كي ينتقلوا من مرحلة ارتقائية إلى أخرى (Morgenstern, 1973; Maksym, 1990). فالشباب ذوي متلازمة داون مثلاً لديهم معظم الخصال الجسمية للشباب الأسوياء، ولكن يوجد لديهم تأخر في بعض القدرات المعرفية والسلوكية التي تمكنهم من التعامل مع متطلبات البيئة أو تحقيق رغباتهم الخاصة في الاستقلال (هشام عبد الحميد تهاى، ٢٠١٠، Hsiang et al., 1987; McCoy, 1991; Pueschel, 2001; Pueschel & Bier, 1992; Schupf et al., 2003; Scola & Pueschel, 1992; Van Dyke et al., 1996). والحقيقة أنه منذ عقود قليلة مضت كان يُنظر إليهم على

¹ - Masturbation .

* راجع في ذلك كتابه الصادر سنة ١٩٤٨ تحت عنوان "Sexual behavior in the human male" والذي عُرف باسم تقرير كنزي "Kinsey report"، وكذلك كتابه الصادر سنة ١٩٥٣ والذي حمل اسم "Sexual behavior in the human female"، واللذين أُعيد نشرهما سنة ١٩٩٨ بواسطة مؤسسة كنزي للبحث في الجنس والنوع والتوالد "The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction" (راجع الموقع التالي: <http://www.kinseyinstitute.org/publications/books.html>)

أنهم " أطفال أبديين¹ "، ولذا كانوا يتعرضون لكافة سبل الحماية والعزل، ولم يكن يُسمح لهم بالتعبير عن قدراتهم الشخصية على الاستقلال (Pueschel, 2001). وبالرغم من التغيير الذى حدث فى وجهة النظر هذه إلا أن قيام الأفراد ذوى الإعاقة الذهنية بأى سلوك جنسى يواجه عادة بكافة سبل الرفض. ولا شك أن ترتيبات الحياة المنعزلة والتي لا يُتاح فيها التعبير عن أى سلوك جنسى ولو كان التعبير لفظياً ونقص منافذ التعبير الاجتماعى المتاحة للأفراد ذوى الإعاقات العقلية يدلان على رفض المجتمع للدوافع الجنسية لدى هؤلاء الأفراد (Edwards, 1988). إن الأباء قد يجدوا صعوبة فى قبول أبنائهم ككائنات جنسية² أو قبول فكرة أن لديهم حاجات جنسية. وفى هذا الصدد يشير نجرى (Nigro, 1975) بعد عدة ملاحظات قام بها إلى أن أبوى الطفل المُعاق قد يتعاملون معه على أنه سيظل طفلاً طيلة عمره أو ستظل علاقتهم به علاقة الطفل بأبويه، وهذا التصور قد يظهر فى عدة أوجه؛ منها مثلاً أن أوقاته وأنشطته متمركزة حول العائلة، كما أن علاقته بأقرانه محدودة. وهم لا يُسلمون ولا يعترفون باحتمالية وإمكانية وصول أطفالهم إلى مرحلة البلوغ، وبالقطع يُنكرون ذلك دائماً عند وصول أبنائهم فعلاً فى نهاية الأمر إلى مرحلة البلوغ الفعلى، ولذلك لا يصعب علينا فهم مقاومتهم ومعارضتهم لإدراك الحاجات الجنسية لدى أبنائهم، وكذلك فهم عجزهم عن إعداد أنفسهم وطفلمهم لمستقبل جنسى صحى.

مصادر التربية الجنسية:

هناك مصدران أساسيان للتربية الجنسية يقدمان صوراً من التربية الجنسية المباشرة وغير المباشرة: مصادر رسمية: وتتمثل فيما يقدم من خلال الوالدين ومن خلال برامج التربية الجنسية فى المدارس والمؤسسات التعليمية المختلفة. مصادر غير رسمية: وتتمثل فى دور العبادة، ووسائل الإعلام، وجماعات الأقران والأصدقاء، والأفلام والمجلات الإباحية...إلخ.

مكونات التربية الجنسية وسلوكيات الحماية:

تُعدُّ المشاعر وتقدير الذات والصدقات ولغة التواصل مفاهيماً هامة فى الارتقاء الانفعالى للأطفال وبصفة خاصة الإناث. وهى كلها تتكامل مع بعضها لتكون مكونات سلوكيات الحماية والتربية الجنسية (D'aegher, Robinson, Jones & Collier, 1999). وفيما يلى عرض مبسط للمكونات الأربعة التى طرحها داجير وزملاؤه (1999):

أ- المشاعر:

إن جزءاً من الحياة اليومية للبشر وتفاعلاتهم الناجحة مع الآخرين تتطلب أن نكون قادرين على تحديد مشاعرنا والتعامل معها ومع مشاعر الآخرين. وإذا أصبحنا قادرين على فعل هذا استطعنا أن نتواصل بشكل فعال مع الآخرين وأن نتخذ قرارات تخص حياتنا. ومن المهم لأبنائنا أن يعبروا عن مشاعرهم التى يخبرونها بطريقة ملائمة. كما أن تعليمهم التعبير الملائم عن الانفعالات يمكن أن يؤدى إلى خفض أو تقليل السلوكيات غير الملائمة. ولكى نستطيع تحقيق ذلك يلزم اتباع الإرشادات التالية:

• أن نستمع لما يقوله أولادنا أو لما يريدون توصيله إلينا، وكذلك أن نلاحظ لغتهم الجسمية لأن هذا يزيد من فهمنا لما يريدون قوله.

¹ - Eternal children .

* يُقصد بهذا المفهوم أنهم سيظلون أطفالاً طيلة حياتهم ، ولن يبلغوا جنسياً أبداً.

² - Sexual beings .

• يجب تشجيع الأبناء على أن يظهروا انفعالاتهم تجاه الآخرين بطرق ملائمة، وأن نعلمهم الطرق المقبولة لمقابلة أناس جدد، فلقاء أناس جدد لا نعرفهم جيداً يكون بالترحاب بهم بالقول أو بالسلام باليد فقط. وفي مقابل هذا نعلمهم أن "القبل" و"الأحضان" تكون فقط للآخرين الذين نعرفهم جيداً أو الأصدقاء القريبين.

• إذا تصرف الطفل تصرفاً خاطئاً يجب أن نتكلم معه عن هذا الخطأ، وعن الطرق الأفضل للتعبير عن مشاعره. ونحاول أن نعطي له مثلاً لكيف يتصرف تصرفاً بديلاً لتصرفه الخاطيء ويمكن استخدام أسلوب "أداء الدور" أيضاً.

• تقدم المواقف الطبيعية معظم البيئة الفعالة لتعليم الطرق الملائمة للتعبير عن الانفعالات.

• كل الطرق لتعليم التعبير عن الانفعالات تأخذ وقتاً حتى يتم اكتسابها. ولعل أفضل الطرق للتعامل مع الصغار أن نضع لهم نماذج للطرق التي نريد لهم أن يعبروا بها عن مشاعرهم.

أخيراً يجب الإشارة إلى أن التعبير الملائم عن الانفعالات يعتمد على كل من عمر الطفل، والموقف أو النشاط، ومدى المشاعر التي يُعبر عنها أو التي يخبرها الطفل، وشخصية الطفل، والطريقة التي تعبر بها الأسرة ككل عن الانفعالات.

تقدير الذات:

إن تقدير الذات ببساطة اعتقادتنا ومشاعرنا تجاه أنفسنا، أو هو إدراك ذواتنا كأفراد. وهذا يتضمن كيف تشعر حيال الخصائص الجسمية والنفسية وحيال مناطق قوتنا وضعفنا. وتقدير الذات السوي ضروري للحياة السعيدة والفعالة. ويبالغ البعض في وصف الارتقاء في مرحلة المراهقة فيطلق عليها "الارتقاء الصدمي"، وبغض النظر عن هذا فلا شك أن الارتقاء في مرحلة المراهقة له علاقة بتقدير الذات في هذه المرحلة. ومن ثم يجب التسليم بأن أبنائنا ربما يتعرضون لمشاكل حقيقية في تنمية وجهة نظر سوية أو صحيحة عن أنفسهم كقيمة، وكجزء قيم من مجتمعنا. وبالتأكيد أولادنا يحتاجون للمساعدة لعمل ذلك. إن جودة الحياة التي يخبرها الشخص، والقرارات التي يتخذها وأسلوب الحياة التي يعيشها يعتمد على إدراكه لذاته. وينمو هذا كله من تقديره لذاته. والمدى الذي يمتلك به الشخص تقدير ذات صحي يؤثر على قدراته على كل المستويات وعلى إرادته ورغبته في تجريب أشياء جديدة. وينمو تقدير الذات الصحي الإيجابي تدريجياً عبر الوقت كلما نمتي الشخص. كما أن تقديرنا لذواتنا هو انعكاس لكيف نشعر حيال أنفسنا، وتفسيرنا لكيف يرانا الآخرون، كما أن لها أيضاً دلالة قوية في إدراكنا لأنفسنا. وطبقاً لذلك من المهم تعليم مهارات المواجهة لأطفالنا. وفيما يلي عدد من الهاديات التي يجب علينا اتباعها أو الاسترشاد بها كي نحقق تقدير ذات سوي لدى أطفالنا:

• دعم ملائم لقدرات الطفل ومناطق القوة لديه، ويجب التأكد من استخدام لغة ملائمة للمرحلة العمرية التي يمر بها ولمستوى الفهم لديه.

• تقديم فرص لتجريب أشياء جديدة للطفل، وهذا سيوسع من قوتهم الموجودة بالفعل، أو سيبرز قواهم التي ربما لا نعلمها أو لا يعلمها الطفل نفسه.

• الحماية الزائدة للأطفال ربما يكون لها أثر سلبي على تقدير ذاته.

• تقديم بيئات جديدة ومحفزة أو منبهة للطفل يمكن له فيها أن يتفاعل مع مختلف النوعيات من الأشخاص. وهذا سيساعده على تنمية الشعور بالذات، ويقدم له نماذج من السلوك الذي يمكن له أن يجربه بنفسه أو يستبعده إذا كان غير ملائم أو مريح بالنسبة له .

- التحدث بشكل منفتح مع أولادنا بعد مرورهم بخبرة جديدة، أو مقابلة أشخاص جدد أو محاولتهم القيام بشيء ما. فقط يجب هنا الاستماع لما يشعرون به، ولأفكارهم واختياراتهم، مع محاولة التعبير بقدر الإمكان عن تقديرنا لها مما يزيد من احتمال تقديرهم لذواتهم.
- تشجيع الأطفال على أن يتحملوا مسؤولياتهم في بيئة المنزل. وهذا سيشجعهم على الاستقلال، وكذلك سيتيح لهم الحصول على الدعم واحترام الذات.
- إن تقدير الذات الصحي والإيجابي ينمو مع الحب والرعاية والمساندة من الأشخاص ذوي المكانة الخاصة لدينا لأننا نواجه خبرات الحياة معاً.

الصدقات:

لا شك أن وجود الأصدقاء هام لنمو المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل، وهي جزء مكمل لارتقاء الهوية الذاتية التي تؤدي دوراً هاماً في تقدير الذات لدى الشخص. وبالإضافة إلى ذلك، تقدم الصداقة الفرصة للتفاعل مع الآخرين خارج الأسرة، ومن خلالها ينمو الاحساس بالاهتمام والرعاية، والثقة والاحترام تجاه الآخرين. وربما يكون لدى الطفل فرصاً محدودة تتاح له كي يقيم صداقات مع جماعة الأقران. وربما تكون له شبكة علاقات اجتماعية صغيرة مكونة من أفراد الأسرة وأصدقاء الأسرة فقط، وهؤلاء الأشخاص لديهم معرفة حميمة به ومن ثم يقدمون دعماً مفرطاً يساهم في نمو الاعتماد المفرط على الآخرين في بدء محادثة أو التفاعل بشكل عام. وهناك عدد من الطرق التي يمكن بها مساعدة أولادنا لعمل صداقات منها:

- الحث اللفظي والنمذجة لتعليمه كيف يتصرف عندما يقابل آخرين وكيف يبدأ المحادثة. وهذا سيساعد في تنمية السلوك الملائم.
- مساعدة الطفل على أن يميز بين السلوكيات الملائمة في المواقف الحقيقية كتنقيص لما يشاهدونه في وسائل الإعلام.
- تشجيع ودعم الطفل على أن يدعو أحد أصدقائه للخارج أينما يريد. وكلما تحمنا في تشجيعه على ذلك، زادت رغبته في القيام بذلك حتى إذا كان خجولاً أو لديه رهبة اجتماعية.
- مساعدة الطفل من خلال المناقشة على تحديد الأصدقاء الملائمين لسنه والأماكن الملائمة لأن يذهب إليها معهم.
- تعليم الطفل حقوقه ومسئولياته في الصداقة. ويمكن تحقيق هذا من خلال مناقشة حقوقه ومسئولياته عندما يخبر مشكلات مع أصدقائه.

لغة التواصل:

إن السؤال الصعب لدى الآباء هو ما هي اللغة المناسبة لاستخدامها عندما نناقش التربية الجنسية مع الطفل؟. لأن معظم الآباء لديهم خبرة ضئيلة في الكلام عن الجنس، فهم لديهم خلط في كيف نشرح بمفاهيم علمية وسليمة لأبنائنا المراهقين أموراً تخص التربية الجنسية. كذلك كثير من المفاهيم الحيوية العضوية التي لدى الآباء لن تكون ملائمة للأطفال الصغار أو لدى ذوي الإعاقات أو صعوبات التعلم، ويضاف إلى ذلك أن اللغة الدارجة الحديثة بين المراهقين تختلف تماماً من جيل لآخر. فاللغة التي يمكن أن تكون مألوفة لدى أولادنا، قد تبدو على أنها غير ملائمة أو بذئية لنا، ولكن بجعل أنفسنا على ألفة بها، يمكننا أن نتواصل بشكل فعال وناجح مع أولادنا بها. وغالباً ما يفهم الأبناء الصغار اللغة العامية بشكل أسهل من اللغة العلمية، لأنها اللغة التي يستخدمونها مع زملائهم وهي التي يسمعونها في بعض وسائل الإعلام. وبغض النظر عن انزعاجنا من هذه الكلمات العامية، فمن المهم أن نقفز خارج منطقة ارتياحنا لبعض الوقت لكي

نفيد أولادنا في موضوع التربية الجنسية. نحن نحتاج في الحقيقة أن نربي أنفسنا في نفس الوقت. والطريقة الناجمة لاستكشاف أين تقع معلومات الطفل اللغوية، هي جعله يسمى بألفاظه أجزاء جسمه الخاصة، ويسأل هنا عما إذا كان يعلم ما هي وظيفة تلك الأعضاء أو لم هي موجودة. وقتها يمكننا أن نقرر أى الأسماء سوف نستخدمها في تعليمه. وهذا الإجراء لا يساعدنا فقط في معرفة اللغة التي سنستخدمها، ولكن يعطينا أيضاً فكرة عن دقة معلوماته في هذا الشأن. ولحسن الحظ فإن هذا الانزعاج المبدئى الذى قد يبديه الأبوان سيتبخر بعدما يصبحون أكثر ثقة في مناقشة الأمور الجنسية. كذلك من المهم أن نعتزف بحدودنا وقدراتنا كأباء، فإذا كان أحد الوالدين أو كليهما غير قادر على الإحساس براحة عند مناقشة هذا الموضوع، يجب هنا أن نجد شخصاً يمكن أن يكون قادراً على ملء هذا الدور وأن يكون مصدر ثقة بالنسبة له. وهذا أفضل من أن نترك موضوع التربية الجنسية برمته من دون مناقشة أو معرفة ودراية به.

التربية الجنسية لدى الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة:

أوجزت كونهوفن (Couwenhoven, 2007) العوامل المسؤولة عن تباين التربية الجنسية لدى المراهقين ذوى الإعاقات الذهنية عنه لدى الأسوياء فى أربعة عوامل تشمل نقص المعلومات الصحيحة المتوفرة لهم، والاتجاهات السلبية لدى الوالدين والمدرسين أو الأخصائيين فى مجال الإعاقة نحو النضج الجنسي لهذه الفئة، والتأخر فى تدريس معلومات جنسية لهم أو إرجاء ذلك أو إلغائه نهائياً، والفرص القليلة للتفاعل الاجتماعى المتاحة لهؤلاء المراهقين ذوى الإعاقات الذهنية. وأشار موريرا وجوسماو (Moreira & Gusmao, 2002) إلى أن عوامل من قبيل الحماية المفرطة من الوالدين ونقص الصداقات والإجفاف الاجتماعى^١ قد تمثل معوقات تحول دون النمو والارتقاء الجنى السوى لدى المراهقين ذوى متلازمة داون على سبيل المثال. ويضيف موريرا وجوسماو (2002) أن حق الشخص ذى الإعاقة الذهنية فى أن يعيش حياة جنسية فى جانب والاحتمالية المرتفعة لشيوع الإعاقة الذهنية فى المجتمع؛ بمعنى ولادة أطفال جدد معاقين ذهنياً - بسبب العوامل الوراثية على الجانب الآخر، يُظهر الحاجة إلى مناقشة أكثر تفصيلاً لهذا الموضوع؛ وإلى ضرورة تقديم الدعم الانفعالى^٢، وكذلك التربية الجنسية للأفراد ذوى الإعاقة الذهنية بصفة عامة شأنهم شأن الأطفال العاديين.

دور الآباء فى التربية الجنسية:

يمكن إجمال هذا الدور فى الآتى:

أ- إدراك الجنسية كملح صحى وإيجابى فى الشخص.

ب- المشاركة فى المعلومات والمعرفة؛ كتعليم الأطفال تكوين الجسد والفروق التشريحية والمعلومات المرتبطة بفترة البلوغ والاحتلام.

ج- توصيل القيم المجتمعية والثقافية؛ كأدوار الأسرة وأساليب الحياة ونظم الزواج والطلاق والانجاب، والأدوار المرتبطة بالنوع (ذكر - أنثى).

بعض الأسئلة التى تؤرق الوالدين عند القيام بالتربية الجنسية:

١) متى يكون الوقت مناسباً لبدأ التربية الجنسية؟

إن التربية الجنسية تكون فعالة أكثر عندما تبدأ فى سن مبكرة، ويشكل مستمر خلال المراهقة، فتعليم الأسماء الصحيحة لأجزاء الجسم - بما فى ذلك الأجزاء الخاصة - سيعيد الطقل لفهم الأمور الأكثر صعوبة

¹ - Social prejudice.

² - Emotional support.

فيما بعد. وهذا لا يقدم له فقط مثلاً للغة مناقشة الأمور الجنسية معنا، ولكن أيضاً هي بمثابة إذن منا بأن يناقشها معنا. فنحن بذلك نزيد من قوة أطفالنا لاتخاذ قرارات ووضع تصورات عن جسمهم وعن إدراحتهم له. ويجب أن نلاحظ أن طبيعة الأطفال الفضولية، خاصة فيما يتعلق بأجزاء الجسم والفروق بين الذكور والإناث - إذا لم تشبع، فإنهم سيلجأون إشباعها بالتجريب خارج إطار الأسرة.

(٢) ما هو كم المعلومات الملائم للطفل؟

هناك قلق عام لدى كثير من الآباء والمربين، لأن الأطفال لديهم ميل لأخذ أكبر قدر من المعرفة التي يمكن لهم التعامل معها في وقت ما. وفي الحقيقة هذا لا يصدق فقط على الأطفال، ولكنه يصدق على معظمنا كذلك. وعلينا أن نتذكر ونعيد التفكير في الوقت الذي كان علينا فيه أن نستوعب معرفة جديدة ونظل محتفظين بها. سنجد أنها على الأرجح كانت المعلومات التي كان لدينا فضولاً نحوها ومرتبطة باهتماماتنا في ذلك الوقت، وهذا شائع لدى الأطفال كذلك. إذا سأل الطفل أسئلة تتعلق بالجنس كلما عنت له، وقتها سيصبح من السهل أكثر أن نستجيب للسؤال بلغة سهلة وبسيطة. ومن المفيد أن نفكر في الماضي أثناء تربيتنا الجنسية، وأن نأخذ وقتاً في التفكير في الذي كنا نريد أو كان يجب معرفته لكي يصبح النمو والنضج أيسر وأمن. قليل منا لديه جاهزية واستعداد ملائم أو كاف لهذه النقطة. ومن المهم للغاية أن يدرك الآباء أنه إذا فهم الصغار أنهم يملكون أجسامهم ويمكنهم أن يقرروا متى ولمن يمكنهم إعطاء الإذن بلمس أجسامهم، فسيساعد هذا في حمايتهم خلال حياتهم، وإذا لم يفهموا هذا سيظلون دائماً مستهدفين للإساءة.

(٣) لماذا نفتح هذا الموضوع عن التربية الجنسية إذا لم يكن الأطفال يظهرون اهتماماً بهذا الموضوع؟ إذا لم نعط الفرصة لأولادنا لاتخاذ قرارات في حياتهم فسيكونون طبعين جداً، وربما لا تكون لديهم المعرفة أو اللغة لكي يخبرونا عن الإساءة إذا حدثت لهم، وبالتالي سيشرح القائم بالإساءة بالأمن. وعادة ما سنتعامل مع الأطفال على أنهم غير صادقين إذا حاولوا أن يخبرونا عن الإساءة، خاصة إذا كان القائم بالإساءة من ذوى القربى أو الأصدقاء. وبغض النظر عما إذا كان أولادنا يظهرون اهتماماً بهذا الموضوع أم لا، فهناك بعض المهارات التي يجب أن يكتسبونها لكي يحموا أنفسهم. فأحياناً لا نستطيع أن نمنع الإساءة من الحدوث، لكن مع التربية الجنسية يكون لدى أولادنا بعض الفرص لتجنب الإساءة أو تشجيعهم على التواصل معنا كي نعلم عنها ونسعى إلى مساعدتهم إذا حدث شيء ما.

(٤) هل يؤدي تعليم أطفالنا عن الجنس إلى تشجيعهم على السعى له أو البحث عنه؟

إن عملية النضج الهرموني الذي يخبره أولادنا، يعني أنهم سيخبرون مشاعر جنسية ورغبات. وكثير من الآباء يتمنون أن لا يكون أولادهم ليس بسبب أنهم ينكرون عليهم أن يكون لأبنائهم حياة طبيعية ومكتملة، لكنهم يريدون حمايتهم من الخطأ والألم والأذى والاستغلال والإساءة. ولسوء الحظ، كثير من أولياء الأمور - لكي يحموا أبنائهم - يفعلون العكس من دون قصد. إن الاعتراف بأبنائنا - من خلال التربية الجنسية كبشر لديهم دوافع جنسية، يعطى الإذن لهم لأن يخبروا مشاعرهم، وهم بهذه الطريقة يكونون أقل احتمالاً لأن يُستغلوا. هذا بالطبع لا يعنى أنهم لن يؤذوا في أى وقت. لكن بإعطائهم الفرصة فقط لأن يفهموا المدى الكلى للخبرة الإنسانية، يمكنهم أن ينضجوا، ويفهموا العواقب، ويصبحوا واعين بذواتهم. وستزيد كل هذه الخبرات من استقلالهم، وستؤكد للآباء أن أبنائهم سيمكنهم أن يتخذوا قراراتهم في الوقت الذي لا يمكننا مساندهم فيه أو نكون غير متواجدين فيه.

٥) ماذا يفعل الوالدان إذا شعروا أنهم لن يستطيعوا التحدث مع أولادهم عن الجنس؟
كثير من الآباء ليس لديهم تربية ملائمة أو كافية عن الجنس. وبالتالي ليس لديهم أى خبرة فى الكلام عن الجنس. وكثير من البالغين فى الحقيقة لديهم صعوبة فى الكلام عن ذلك حتى إذا تحدث مع شريك حياته. فقط فى البداية علينا أن نقفز خارج منطقة عدم الارتياح. ويحتاج الآباء بالفعل لأن يكونوا المرين الأوائل للجنس بالنسبة لأولادهم، خاصة إذا كانوا ذوى احتياجات خاصة. وفى الحقيقة لا يمكننا الاعتماد على المدارس لتقديم كل التربية الجنسية للطفل أو للمراهق. فالتربية الجنسية فى المدارس لا تتعدى كون المدرس يُعلمهم بعد الأسس الفسيولوجية لها من خلال دروس علم الأحياء. ويصارع المدرسون غالباً عدم الراحة والانزعاج ونقص الخبرة ذاتها فى مناقشة تلك الأمور مثلهم مثل الآباء. كذلك فإن المعلومات تحتاج لأن تراجع وتكرر غالباً لى يستوعبها الأبناء ويحتفظون بها. وهذا ممكن فقط إذا كانت التربية الجنسية تدعم من قبل المنزل. ويمكننا فى بعض الأحيان أن نتجنب إعطاء معلومات صريحة لأبنائنا الذين ليس لديهم إعاقات، حيث يمكننا أن نحيلهم إلى مصادر للمعلومات من خلال الكتب والمجلات العلمية، وأن نناقش ذلك معهم فيما بعد. ولكن إذا شعر الوالد أنه مازال غير قادر على ذلك، فمن المهم أن يبحث عن آخر يمكنه أن يودى هذا الدور عنه، ربما الأخوة الأكبر للطفل، أو العم أو الخالة، أو أحد الأصدقاء المقربين. فتجاهل الأمر لن يحل المشكلة ويجعلها تذهب بعيداً.

٦) كيف يدعم أو يساند الوالدان التربية الجنسية؟

- فيما يلي الخطوات التى يجب على الوالدين القيام بها لدعم ومساندة التربية الجنسية:
- عليهم تذكر أنهما أكثر الأشخاص مصدرًا للأمن عند تعليم أبنائهم؛ لأن التربية هى عملية مستمرة طوال العمر وتحتاج تعزيزًا واتساقًا ومساندة، وهما أفضل من يقدمها.
 - يجب تقبل الطفل على أنه شخص ذو دوافع ورغبات جنسية؛ فبغض النظر عن كوننا نحب ذلك أم لا، فإن أولادنا سينمو لديهم ملامح أو خصائص جنسية ومشاعر ورغبات جنسية مثلهم مثل كل البشر.
 - يجب عليهما فحص اتجاهاتهما وقيمهما فيما يتعلق بالتربية الجنسية.
 - هم بحاجة لتربية أنفسهم تربية جنسية أولاً؛ فلا يجب أن يعتقدوا أن لديهم كل المعلومات التى يحتاجونها. فنقتهما ستزيد فى توصيل المعلومات للطفل إذا كانت المعلومات دقيقة وملائمة.
 - يجب تحديد ما هى المعلومات الضرورية لسلامة الطفل، فالطفل لا يمكن أن يحمى نفسه بدون أن يعرف ما الذى سيحمى نفسه منه، وإنكارنا أن الطفل غير معرض للإساءة يمكن أن يزيد من عجزهم عن السعى لطلب المساعدة إذا احتاجوها.
 - يجب تحديد ما هى المعلومات الضرورية لأولادنا لى يحصلوا على خبرات جنسية إيجابية. إذا دعنا أولادنا كأشخاص لهم احتياجات جنسية، إذن سنتقبل حقيقة أنهم ربما يكونوا مهتمين ببعض أشكال التعبير الجنىسى. ولذا فهم يحتاجون معلومات عن القيود التى يفرضها الدين والقيم الاجتماعية. وفى الدول الغربية يهتمون بإعطاء معلومات عن موضوعات معينة مثل اللمس الملائم، والجنس الآمن، والإساءة الجنسية، ومنع الحمل.
 - يجب المحافظة على الصلة مع معلمى الطفل ودعم ومساندة برامج المدرسة فى المنزل. فأكثر أساليب التربية فعالية هى التى تتضمن كل ملامح حياة الشخص. ويجب أن نكون على دراية بالموضوعات التى تعطى فى المدرسة أو فى الأماكن الأخرى كدور العبادة أو النوادى الاجتماعية، وهكذا يمكن أن يساعد المنزل فى تدعيم المعلومات التى يكتسبها الأبناء.

- استخدم التكرار باستمرار. فمن غير الواقعي أن نتوقع أن أبناءنا سيكونون قادرين على استيعاب المعلومات فوراً. وهذا يصدق على التربية الجنسية؛ حيث أنها تتضمن محتوى مجرد. والطريقة المثلى هي إحداث تكامل للتربية أو تضمين التربية في حياتنا اليومية.
- استخدام مناهج مختلفة في التعليم. وعلى الأخص "اللحظات التعليمية"، وهذا يعنى المبادرة بإعطاء المعلومات كلما استدعت الظروف ذلك. ومن أمثلة تلك المناهج أيضاً النمذجة، أو التحدث عن السلوك الملائم عندما نكون شاهدين على شيء ما يحدث على الملأ. ويبدو أن النمذجة والمعينات البصرية الصوتية، وأداء الدور واستخدام بعض أفراد الأسرة في المناقشة، أدوات قيّمة في أوقات مختلفة.
- لا يجب الخوف من ارتكاب الأخطاء. فالخوف من ارتكاب الأخطاء يمكن أن يوقفنا عن أخذ أى موقف. نحن لا نؤذى أطفالنا من خلال ارتكاب الأخطاء أحياناً. فى مجال التربية، فالأخطاء يمكن أن تصحح. إذا اعتقدنا أننا يجب أن نفعل الصحيح كل الوقت، فربما لا نبدأ أبداً، وهذا هو الخطأ الأكبر.
- إن نتذكر أن الشباب الصغار لديهم مقاومة طبيعية للكلام مع آبائهم عن الجنس؛ ولنا أن نتذكر مراهقتنا، فمن غير المحتمل أن أحد منا قد بدأ حوار عن الجنس مع أبيه، والغالب أننا كنا نشعر بالحرج إذا حاولوا أن يتكلموا معنا. لا يجب أن نشعر بأى تردد فى مناقشة الأمور الجنسية مع أبنائنا؛ فمع الممارسة أو الخبرة سيصبح من السهل لنا ولهم مناقشة الأمر.
- يجب توقع بعض التغيرات السلوكية أثناء عملية التربية الجنسية. ولعل ما يُقلق الآباء هو أن حديثهم مع أولادهم عن الجنس سيجعلهم يسلكون بطريقة أكثر جنسية. وأحياناً يرى الآباء أن أولادهم أصبحوا يظهرون سلوكيات جنسية أكثر. ربما يكون هذا صادقا كنتيجة لأنهم أخذوا الأذن لأن يتعلموا مناقشة القضايا الجنسية، بعض الأولاد اختبروا القيود أو الحدود لهذه المعلومات الجديدة، ومع ذلك احتمالية ظهور هذا السلوك قليلة إذا تعلم الأولاد مسؤولياتهم وحدودهم فى التعبير عن ميولهم الجنسية.
- يجب النظر إلى سلوك المراهق على أنه جزء طبيعى من النضج وليس نتيجة لسوء تربيته. كثير من السلوكيات النمطية للمراهقين تكون مزعجة للآباء. ولكن المراهق يحتاج لأن يفهم الحدود ونتائج سلوكه، لأن الآباء يريدون أن يحموا أبناءهم من النتائج بشكل طبيعى.
- الوالدان هما أفضل من يُعد الطفل، وهما الأكثر دراية وخبرة بشخصيتهم واحتياجاتهم وما يريدونه. فهما يقضيان حياتهما معاشين لأبنائهما، وهم بوضوح لديهم استبصار بشخصياتهم أكثر من أى شخص آخر. هما لديهما استبصار غير متاح للآخرين وهذا سيدعمهما فى عملية تربية أطفالهم. والخطر هو أننا ربما نضع افتراضات حول أطفالنا ولكن لا نسمح لهم بأن تنمو فرديتهم أثناء المراهقة. نحن نحتاج لأن نوازن بين اهتماماتنا ومخاوفنا وحقوقهم فى تحقيق ذواتهم وأن تكون لهم ذواتهم المستقلة.
- يجب على الوالدين أن يكونا نموذجاً إيجابياً للدور لأبنائهما، وهذه هى أفضل تربية يمكن أن يحصل عليها الأبناء. فكثير مما يتعلمه أبناءنا عن العالم يكون من ملاحظة الآخرين، والوالد أقرب الأشخاص لطفله لذلك فإن اهتمامه باحتياجاته الخاصة وكيف يتفاعل مع الآخرين هو الدليل أو الموجه الأساسى لسلوك ابنه.
- يجب إيجاد بديل إذا لم يكن الوالد قادراً على مواجهة إنزعاجه فى مناقشة الأمور الجنسية. وهذا بدلاً من نقل اتجاهات سلبية نحو الجنس من قبله بدون قصد. وغالباً ما يحدث ذلك من الآباء المحافظين.
- يجب أن يدرّب كل من الوالدين نفسه بالكلام عن التربية الجنسية مع شريك حياته. كثير من الناس لا يكونون على ألفة بالحديث عن الجنس. كثير منا لا يتناقش بسهولة الجنس بشكل صريح حتى مع شركائهم الجنسيين. لذلك ربما نحتاج لأن نمارس هذه المهارة الجديدة.

- يجب إعطاء الأبناء أكثر الفرص المتاحة كلما أمكن لاتخاذ قرارات تخص حياتهم الخاصة. فقط من خلال ذلك يمكن لهم أن يدركوا ذواتهم على أنهم مستقلين، ومشاركين ذوي قيمة في الحياة. وهذا سيحث تقدير الذات لديهم. وقد نبدأ بقرارات صغيرة، أقل تعلقاً بالأمر الهامة أثناء تدريبهم على هذه المهارات.
- يجب خلق البيئة التي تكون آمنة عندما نسأل أسئلة تتعلق بالأمر الجنسية. فإذا كنا نقوم بتعليم التربية الجنسية في المنزل، فهذه بالفعل بيئة آمنة للمناقشة. ولا مفر أن كل أنواع الأسئلة ستظهر أول ما يُفتح هذا الموضوع. ومن خلال معالجة هذه المسائل بغض النظر عن محتواها سنكون قادرين على تصحيح أي معلومات مغلوطة لدى الأبناء. وفي الوقت نفسه سنعطى لهم فكرة أفضل لكيف يمكن أن تكتمل التربية وأيضاً سيحث ذلك التواصل معهم.
- يجب أن نسمع للأطفال بأن يتعلموا من أخطائهم من خلال مساعدتهم بالتعلم من خلال الخطأ بدلاً من إلقاء اللوم والتهامات. وإذا كان لديهم بعض الأخطاء، يجب أن نساعدهم لفهم المترتبات على أخطائهم، وكيف يتجنبونها في المستقبل. وهذه هي أفضل طريقة للتعلم والنمو.
- يجب قبول فكرة أن رغبات الأبناء هي نفسها التي لدى كل واحد منا؛ مثل الرفقة والعاطفة والألفة الحميمة. إن قبولنا لهذا سيمكننا من تشجيع الخبرات التي تدعمهم للوصول بإمكاناتهم لتحقيق رشد سوى وفعال. وهذه يمكن أن تكون عملية صعبة للغاية لكثير من الآباء لأن هذا يتطلب قفزة ربما لا نريد القيام بها، فالرغبة الطبيعية للآباء هي حماية أبنائهم كلما أمكن ذلك. ولكن الجزء المهم في النضج هو أن نأخذ الفرصة لعمل الأشياء مرة ثانية عسى أن تختلف النتائج في المرات القادمة، وهذا سيتأتى فقط باكتساب الخبرات في المقام الأول.

آليات تنفيذ التربية الجنسية:

تبلور الإجابة عن الأسئلة الأربعة التالية آليات تنفيذ التربية الجنسية:

١. من هم المستفيدون من برامج التربية الجنسية؟
 ٢. من يجب أن يتضمنه فريق المدربين في هذا المجال؟
 ٣. ما طبيعة المادة المقدمة في إطار هذه التربية الجنسية؟
 ٤. ماهي خطط التدريب التي يمكن استخدامها مع مختلف المستويات من القدرات العقلية، وكذلك الملائمة لمن يقيمون في مؤسسات الرعاية؟
- يبدو لأول وهلة أن الإجابة عن السؤال الأول بديهية إلى حد ما. ونقصد بذلك أن الإجابة المباشرة ستكون "هم بالقطع جميع الأطفال حتى وإن كانوا من ذوي الاحتياجات الخاصة". والحقيقة أن مثل هذه الإجابة ليست دقيقة تماماً؛ فهناك آخرون يجب أن يشملهم التدريب، ونعني هنا الوالدين وأعضاء فريق العمل (كالمدرسين والمدربين.... إلخ). وتأتي أهمية تضمين هؤلاء في البرامج التدريبية كمدربين قبل أن يصبحوا مدربين هو وجود كثير من الاتجاهات السلبية، ونقص المعرفة الجنسية لدى هؤلاء المنوط بهم تربية الأطفال جنسياً.
- وتعد كل من التربية الجنسية واتجاهات الوالدين وأعضاء فريق العمل في المدرسة، وفي مجال رعاية الأطفال العاديين والأطفال المعاقين ذهنياً متغيرات قد تؤثر في السلوك الجنسي للأطفال الأسوياء والمعاقين ذهنياً. فنقص المعلومات الجنسية - وبصفة خاصة المعلومات عن السلوك الجنسي الملائم - لدى الوالدين، وكذلك لدى أعضاء فريق العمل قد يُعَوِّق النضج الجنسي الجيد لدى هؤلاء الأطفال.

ولذا فقد أشار جونسون (Johnson, 1973) في إطار عرضه لخصائص كل من المعلم والمادة المتعلمة في مجال التربية الجنسية لدى الأفراد المعاقين ذهنياً إلى أن الأفراد المعاقين ذهنياً يكونون متأخرين أيضاً فيما يتعلق بالتربية الجنسية. ولكن في الحقيقة تأخرهم هذا في المجال الجنسي يمثل خاصية قد يشترك فيها مع أشد الناس ذكاءً أو من هم يُسمون أسوياء. ومن ثم يتضح أن برامج التربية الجنسية لن تُقدّم للأطفال فقط، ولكن الجمهور المُتضمن في التدريب سيشمل آباء وأعضاء فريق العمل.

أما فيما يتعلق بفريق المدربين أو القائمين بالتربية الجنسية، فيمكن أن يشمل كل من:

١. الوالدين وذلك بعد أن ينتقلوا من مرحلة المُتدربين إلى مرحلة المدربين، أي بعد أن يتلقوا التدريب وتغيير الاتجاهات السلبية والمعارف الخاطئة.
٢. أعضاء فريق العمل في المدرسة وفي مجال رعاية الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة؛ كالمدرسين والمشرفين والمرمضين والمدربين والاختصاصيين الاجتماعيين.... إلخ.
٣. الأخصاصي النفسي الإكلينيكي المُدرَّب.
٤. رجل الدين، لِمَ يمكن أن يقدمه من معلومات دينية وتوصيات بتدريبات تتسق مع الدين الإسلامي الحنيف وكذلك مع الديانة المسيحية.
٥. الأطباء بما لديهم من قدرة على شرح الجوانب الفسيولوجية والتشريحية.

أما فيما يتعلق بالسؤال الثالث الخاص بمضمون المادة المُقدمة. فيقترح جونسون (Johnson, 1986: reported in Haight & Fachting, 1986) أن برامج التربية الجنسية يجب أن تشمل تدريبات

حول:

٦. الدور الجنسي والمسئوليات^١.
 ٧. المشاعر الجنسية^٢.
 ٨. مفهوم الذات^٣.
 ٩. الحب.
 ١٠. مشاعر المودة والاتصال.
 ١١. الرومانسية.
 ١٢. الزواج.
 ١٣. الخصوصية.
 ١٤. الاعتبار والتقدير^٤.
 ١٥. سفاح القربى أو غشيان المحارم.
 ١٦. الإساءة الجنسية.
 ١٧. خطط اتخاذ القرار.
 ١٨. موضوعات فسيولوجية تقليدية متعلقة بالجنس (فسيولوجيا الجنس).
- ويؤكد والكر-هيرش (Walker-Hirsch, 2002) دور ستة مكونات رئيسة للتربية الجنسية يمكنها أن تدعم نمو الصحة الجنسية، وتشمل:

¹ - Sex role and responsibilities .

² - Sexual feelings .

³ - Self-concept .

⁴ - Respect

- ١ - الرعاية الذاتية البالغة.
- ٢ - التشريح الفسيولوجي لموضوع الجنس.
- ٣ - تقدير الذات واستقلالها.
- ٤ - بناء العلاقات الاجتماعية.
- ٥ - المهارات الاجتماعية.
- ٦ - الحقوق الجنسية والمسؤوليات.

وبفصل كرافت وكرافت (Craft & Craft, 1985) بين مضمون المادة المقدمة لكل من المُعاقين إعاقة ذهنية متوسطة والمادة المقدمة لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة. ويرى الباحثان أن مثل هذه البرامج تؤدي دوراً في وقاية هؤلاء الأفراد من الاستغلال الجنسي، كما تُعينهم على فهم النضج الجنسي لديهم؛ حيث تشمل برامج التربية الخاصة بذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة والشديدة:

١. الفروق بين الذكور والإناث (أى بين الجنسين).
 ٢. مهارات رعاية الذات.
 ٣. أعضاء الأسرة.
 ٤. اللمسة الملائمة.
 ٥. العلاقات الأساسية.
 ٦. التفاعل الاجتماعي ووسائله.
- أما برامج ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة* فتشمل:
- (أ) الإرشاد الجنسي الفردي^١.
 - (ب) وفي المدرسة قد يتضمن البرنامج تدريباً للعلاقات الشخصية:
 ١. التعرف على الأمزجة والمشاعر.
 ٢. مهارات التفاعل الاجتماعي.
 ٣. تكوين الصداقات والاحتفاظ بها.
 ٤. مهارة الرفض وهي أحد مهارات توكيد الذات.

كما يشير الباحثان أيضاً إلى الحاجة إلى برامج خاصة بالأفراد المُعاقين ذهنياً المقيمين في المؤسسات. وقد أكد شواب (Schwab, 1992; 2001) وبوتشل (Pueschel, 2001) أهمية أن تتضمن برامج التربية الجنسية تنمية مهارات توكيد الذات وغيرها من المهارات الاجتماعية كالوعي بالآخر واتخاذ القرار وتقبل الذات^٢؛ حيث أن تنمية مهارات توكيد الذات والثقة بالنفس والاعتماد عليها سننقل من احتمالية الوقوع في الاستغلال الجنسي. هذا بالإضافة - كما سبق وأن أشرنا - إلى المعلومات الصحيحة والحقائق عن الجنس والنضج الجنسي والرعاية الذاتية في هذا المجال؛ مثل رعاية الإناث لأنفسهن أثناء الدورة الشهرية (الجمعية البحرينية لمتلازمة داون، ٢٠٠٤، *Gillooly, 1998). وفي إطار بلورة أهم الموضوعات الواجب تناولها في إطار التربية الجنسية أشار كل من هكا-لكس ومين (Haka-Lkse & Main, 1993) وجرانث (Grant, 1995) إلى الأهمية القصوى لكل من:

* يمكن تطبيقها أيضاً على الأطفال العاديين الأصغر عمراً.

¹ - Individual sexual counseling .

² - Self-acceptance.

* قدم جيلولي (1998) تصوراً من خلال كتابه "قبل أن تحدث الدورة لديها: تكلمى مع إبتك عن الحيض"- عن كيف يمكن مساعدة الوالدين - والأم بصفة خاصة- على إعداد بناتهن للبلوغ والحيض.

١. مفهوم الذات الإيجابي.
٢. الاتصال والمودة والاقتراب الجسمي.
٣. الاحتشام والخصوصية.
٤. الاستمئاء أو العادة السرية.
٥. الأمن الشخصي.

إذا انتقلنا إلى خطط التدريب فسند أن خطة الدوائر المتحدة المركز التي قدمها ولكر-هيرش وتشامبجن (Walker-Hirsch & Champagne,1992; Walker-Hirsch,2002) تُعدّ واحدة من أفضل الخطط المطروحة للتدريب وذلك بصفة خاصة لدى الأطفال الصغار والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ويُطلق أيضاً على هذه الخطة مُسمى "نموذج أو مخطط المسافة الجسمية والانفعالية"^١. وهو عبارة عن مجموعة دوائر متحدة المركز^٢ عددها ست دوائر مختلفة في اللون لتمييزها عن بعضها مرتبة من (١) إلى (٦)؛ حيث يُعطى الرقم (١) للدائرة الأصغر القريبة من المركز. وتعكس كل دائرة في تصميم الدوائر متحدة المركز هذا علاقة شخصية معينة ودرجة مقبولة من السلوكيات الجسمية المتسمة بالألفة أو العلاقة الحميمة كالتقبيل أو العناق، ويشغل الفرد مركز هذا التصميم. ويتعلم التلاميذ على سبيل المثال أن الغراء يشغلون أو يقعون في مساحة الغراء أو الدائرة الخارجية أو رقم ٦، وهم لايفترض ولا ينبغي أن نلمسهم فهم بعيدين عنا كبعد هذه الدائرة عن المركز الذي يقابل الشخص نفسه. أما العلاقات المتسمة بالرقّة واللفظ فموجودة في الدائرة الداخلية (رقم ١). أما الأصدقاء وأعضاء العائلة الممتدة، على سبيل المثال، فيقعون في دائرة البعيدين عنا^٣ (الدائرة رقم ٣). ويتعلم التلاميذ هنا سلوكيات اللمس الملائمة لدرجة أو نوع علاقة المودة الموجودة في كل دائرة، ويُحذروا من أنه أحياناً قد يقترب منا صديق أو يريد أن يقترب منك أكثر من اللازم أو أكثر مما ترغب أنت، وهنا فقط يجب أن تفسر له أو تشرح له خطأه، وأن تقول له "توقف".

نخلص مما سبق إلى أن نموذج الدوائر متحدة المركز هو وسيلة لشرح قواعد العالم الاجتماعي؛ للأطفال بطريقة عيانية حيث يحول الفكرة المجردة للمسافة الشخصية وحدود العلاقات إلى مخططات بصرية عيانية ومحددة.

ويمكن أيضاً للأفراد المُعاقين إعاقة ذهنية شديدة أو من لديهم تأخر لغوي أن يتعلموا من خلال نموذج "لمسة حسنة/لمسة سيئة أو غير مرغوبة"^٤ الذي يُستخدم عادة في برامج الوقاية من الإساءة الجنسية في المدارس الابتدائية. فيتعلم التلاميذ أي أجزاء الجسم قد يكون من الملائم لمسها، وكذلك أي المواقف يُحتمل أن تسبب "لمسة سيئة أو غير مرغوبة"، فقط عليه أن يقول "لا" لأي لمسة غير مرغوبة من آخر (Monat- Haller,1992; Haka-Lkse & Mian,1993).

وفي مقابل خطة الدوائر متحدة المركز ونموذج "لمسة حسنة/لمسة سيئة أو غير مرغوبة" قدمت ماي روبل (Wrobel,2003) منهجاً يشمل قصصاً اجتماعية^٥ لتدريس محتوى عن التغيرات الجسمية والسلوك الجنسي الملائم وتشجيع الاستقلال في العادات الصحية والنظافة والرعاية الذاتية بصفة خاصة للأطفال

^١ - A paradigm of physical and emotional distance.

^٢ - A concentric design.

* يمكن مراجعة الشكل بالرجوع لولكر-هيرش وتشامبجن (1992) ولكر-هيرش (2002) حيث لم يتمكن الباحثان من وضع الشكل لعدم حصولهما على تصريح كتابي بذلك.

^٣ - The 'far away' circle .

^٤ - The rules of social world.

^٥ - The 'good touch/bad touch' model .

^٦ - A social stories curriculum.

التوحيدين. ويُعد كتاب كُنهوفن (Couwenhoven, 2007) مصدراً شاملاً وهاماً لأفضل طرق تدريس الأمور الجنسية، حيث يُقدّم معلومات تطبيقية وأفكاراً للتدريس تغطي مدى واسعاً من القضايا والموضوعات الجنسية عبر مدى الحياة والأعمار المختلفة، وهو ملئ بالأنشطة التي يمكن تنفيذها منزلياً، والتي تُعد نافعة في تدريس وتعليم موضوعات عن الجسم والخصوصية والعلاقات والوقاية من الاستغلال الجنسي والاغتصاب. كما تشمل ملاحق الكتاب رسوماً تفصيلية وواقعية يمكن استخدامها في التدريس. وقدم بكر وبرايث مان (Baker & Brightman, 2004) تصوراً أساسياً لكيفية تدريس مهارات رعاية الذات والتدريب على الحمام والاعتناء بالذات في المنزل^١ وتعديل السلوكيات المتعارضة مع التعلم. وأخيراً طرح كل من ماكسيم (Maksym, 1990) وشوير وهينجزبرجر (Shweir & Hingsburger, 2000) ودروري وهتشينسون ورايت (Drury, Hutchinson & Wright, 2000) تصورات جيدة عن كيفية تنفيذ التربية الجنسية بالمنزل من قبل الوالدين.

وعرضت لورا برمان (Berman, 2013) لطبيعة المادة الواجب تقديمها عرضاً ارتقائياً على النحو التالي:

أ- من الميلاد وحتى نهاية العام الأول:

ضرورة تقديم معلومات عن أسماء ووظائف الأعضاء الجنسية من خلال أولاً استخدام الأسماء الصحيحة لأجزاء الجسم دون حرج حتى لا ينمو لدى الطفل حرج وخزي من جسمه. ورغم حداثة المرحلة العمرية إلا أن الفهم يسبق انتاج اللغة.

ب- بداية من عامين إلى ثلاثة أعوام وحتى نهاية العام الدراسي الأول:

هذا هو الوقت الذي يبدأ فيه الطفل طرح أسئلة عن جسمه وعن أجسام المحيطين به. وربما يبدأ ملاحظة الفروق بين الرجال والنساء، وقد يظهر هذا في بعض تعبيراته اللفظية. وطرحت لورا برمان بعض أسس التربية الجنسية في هذه المرحلة:

١- إذا أظهر الطفل محاولات لاكتشاف جسمه وأعضائه التناسلية، سواء على الملأ أو في أوقات لا تكون ملائمة. يجب أن يُشرح له ببساطة أن أعضاءه التناسلية - القضيب أو المهبل - هي أعضاءه الخاصة، ولذلك لمسه لا يجب أن يكون إلا في خصوصية وليس على الملأ.

٢- في هذه المرحلة العمرية يجب تعليم الطفل أن أجزاءه الخاصة ملكه، ولا يوجد شخص آخر يجب أن يلمسهم، إلا الآباء / أو الرعاة الذين يساعدونه في نظافته الخاصة. ويجب أيضاً تعليمه أن الآخرين لديهم أعضاء خاصة بهم أيضاً وغير مشاعة لأحد.

٣- دعم دروس "اللمسة الجيدة أو المقبولة"، و"اللمسة السيئة" في هذا السن. ويمكن نمذجة ذلك أثناء لعب الطفل مع إخوته أو أصدقائه بتدريبه على توكيد ذاته ورفض أي لمسة غير مقبولة.

ج- خلال الصفين الدراسيين الثاني إلى الرابع:

قد تظهر في هذه المرحلة العمرية أسئلة عن الحمل والولادة أو كيف نجى للعالم، وقد يتبادل الأطفال في هذه المرحلة عبارات عن "الانتصاب" و"الجماع" وهناك عدد الإجابات المقترحة لبعض الأسئلة التي عادة ما تجول في خاطر الأطفال في هذه السن:

١- من أين يأتي الأطفال؟

من مكان مخصوص داخل جسم المرأة يسمى الرحم.

¹ - Home care.

٢- كيف يصل الأطفال هناك؟

عندما يحب الرجل المرأة (ويجب هنا دمج القيم الخاصة بالمجتمع). والرجل لديه حيوان منوى والمرأة لديها بويضة. والحيوان المنوى للرجل يلقح بويضة المرأة وينمو الطفل.

٣- كيف يتلاقى الحيوان المنوى والبويضة معاً؟

الحيوان المنوى يُخلق في خصيتي الرجل، والبويضة تأتي من مبيض المرأة (وهنا يمكن إدراج بعض الدروس التشريحية المبسطة عن فسيولوجيا الرجل والمرأة). ويُقابل الحيوان المنوى البويضة في قناة فالوب، وبالتالي تُلقح البويضة والتي ترحل من قناة فالوب إلى الرحم. وفي الرحم، هناك طبقة لطيفة رقيقة للغذاء، والبويضة الملقحة تبدأ في النمو هناك.

٤- كيف يدخل الحيوان المنوى في جسم المرأة؟

عندما يتزوج الرجل المرأة (ويجب هنا دمج القيم الخاصة بالمجتمع)، الرجل يضع عضوه داخل مهبل المرأة (دروس التشريح) الحيوان المنوى يخرج من عضوه في صورة سائل يدعى السائل المنوى، ويدخل إلى المهبل. الحيوان المنوى يصعد إلى رحم المرأة ثم قناة فالوب؛ حيث يقابل البويضة.

د- الصفيين الخامس والسادس:

هذه السن هي السن الملائمة لإعطاء دروس أكثر تفصيلاً في التشريح عن الجهاز التناسلي وعن كيفية تكوين السائل المنوى والتبويض والدورة الشهرية والحفاضات الصحية (للإناث) والأحلام المبللة أو الاحتلام الليلي والعادة السرية أو الاستمناء. ويجب أيضاً هنا تناول التغيرات الجنسية الثانوية التي تصاحب البلوغ ومرحلة المراهقة فيما بعد.

هـ- ما بعد مرحلة البلوغ وحتى الرشد:

يمكن تقديم كل محاور التربية الجنسية بمعناها الكامل مثل مهارات التفاعل الاجتماعي وتكوين الصداقات والاحتفاظ بها والأمن الشخصي.... إلخ.

الاستمناء^١

(أ) تعريف الاستمناء:

هو أحد أشكال الإثارة الذاتية^٢ للأعضاء التناسلية. وقد يكون الاستمناء منفرداً أو مشتركاً بين أكثر من شخص؛ وفي كل قد يكون شكلاً - غير مقبول دينياً واجتماعياً - من أشكال الحصول على البهجة والإشباع الجنسي أو استهلاكاً للجماع الجنسي^٣ (Monat-Haller, 1992). كما انه أمر مألوف ومتكرر ويُعتبر جزءاً من استكشاف الذات^٤ (Haka-ikse & Mian, 1993). والاستمناء لدى المتخصصين في التربية الجنسية في الغرب نشاط طبيعي بل وصحى لكل من الإناث والذكور. لأنه يخفف التوتر الجنسي ومصدر لتعليم كثير من المعلومات عن الاستجابات الجنسية بطريقة غير مهددة. أما في ثقافتنا الشرقية فثمة نهى ديني عنه (المكتبة الإسلامية على شبكة إسلام ويب <http://www.islamweb.net>). وهناك كثير من الخرافات التي تحيط بالاستمناء ومنها أن من يمارسه سيصاب بالعمى أو سيكون لديه يدين مشعرتين. ولكن كثيراً من البشر يمارسون العادة الجنسية في بعض الوقت في حياتهم. وكثيراً ما تكتشف في المراهقة أو أبكر قليلاً. وكثير من الآباء يتجاهلون هذا السلوك ويأملون أنه سيختفى من نفسه. ومن المحتمل ألا يحدث ذلك، لأن

¹ - Masturbation .

² - Self-stimulating .

³ - Sexual intercourse .

⁴ - Self-discovery .

الاحتياجات الجنسية والرغبات تظهر على مدى الحياة. ومن المهم أيضاً أن نتذكر أن بعض الناس يكون الاستمتاع لديهم هو المنفذ الجنسي الوحيد المتاح لديهم. من المهم أن نوضح للطفل أننا نتفهم رغبته في فعل ذلك. ولكن هناك ضوابط تحكمنا كمسلمين، وأن هناك بعض الأساليب التي يمكن لنا عن طريقها أن نتحكم في تلك العادة، ومنها ممارسة الرياضة وشغل الذهن عن القيام بذلك والصيام، وما إلى ذلك.

(ب) الاستمتاع لدى ذوى الاحتياجات الخاصة:

أشارت إحدى الدراسات القديمة (Gebhard,1973) إلى أن نسبة حدوث الاستمتاع لدى عينة الذكور المعاقين ذهنياً عموماً تبلغ (٩٤%)، وهي لا تختلف عن نظيرتها في العينة الضابطة (٩٣%). وبلغت نسبة حدوثها بشكل معتاد أو منتظم (٤٠%) لدى الذكور ذوى متلازمة داون؛ بينما بلغت النسبة (٥٢%) في العينة المناظرة من الإناث (Coleman, 1992). وتتوفر أدلة أخرى على حدوث كل من التعرض للأعضاء التناسلية^١ والاستمتاع العام والخيالات^٢ لدى الأفراد ذوى متلازمة داون إلا أن هذه السلوكيات ليست أكثر شيوعاً لدى الأفراد ذوى متلازمة داون منها لدى الجمهور العام (Myers & Puschel, 1991)؛ حيث أن التقارير بيّنت أن نسبة حدوث الاستمتاع في الجمهور العام تكون (١٠٠%) لدى الذكور و(٢٥%) لدى الإناث مع بلوغ عمر خمس عشرة سنة (Etem & Leventhal, 1995).

(ج) أضرار الاستمتاع:

يمكن أن يسبب الاستمتاع أذى أو ضرراً للفرد، وهو ما يلاحظ أكثر لدى الأفراد شديدي الإعاقة الذهنية؛ حيث قد يسبب أذى - ولو أن ذلك نادراً - للنسيج الخاص بالأعضاء التناسلية^٣ (Van Dyke et al., 1996; Van Dyke et al., 1995).

الإساءة الجنسية:

يسود الآن توجه مؤداه أن الأطفال والمراهقين البالغين المعاقين ذهنياً مستهدفون بصفة خاصة للإساءة الجنسية^٤ والاستغلال الجنسي^٥، وهم بحاجة إلى خدمات التدخل^٦ (Tharinger, Horton & Millea, 1990). ويرجع هذا الاستهداف للاستغلال الجنسي - من وجهة نظر ثارينجر وهورتون وميلا (1990) - إلى عدة عوامل تشمل اعتمادهم على القائمين بالرعاية طوال حياتهم، والمكانة الضعيفة نسبياً في المجتمع^٧، وعدم الأمان الانفعالي والاجتماعي ونقص أو غياب التربية الجنسية والمعلومات عن الإساءة الجنسية أو الاستغلال الجنسي. ويضاف إلى ذلك أن بعض المدربين والقائمين بالرعاية لا يدركون جيداً المعنى الوظيفي للصحة العقلية والانفعالية للمعاقين ذهنياً، وهم بحاجة للتدريب والتأهيل في هذا المجال الخدمي. فهم عليهم واجبات تشمل ليس فقط حماية هؤلاء الأفراد المعاقين ذهنياً من الاستهداف للاستغلال الجنسي، وإنما أيضاً تزويدهم بالتدخلات الملائمة إذا حدث استغلال جنسي، وأن يحترموا حقهم في الحصول على المعرفة - الملائمة ارتقائياً - عن الجنس والإساءة والاستغلال الجنسي، وأن يسمحوا لهم بالإشباع وتحقيق الذات جنسياً بصورة مناسبة وبطرق شرعية. وقد أظهرت البحوث أن الإساءة الجنسية للنساء والبنات الذين لديهم إعاقة ذهنية شائعة (٧٠-٨٠%) حدث لهم اعتداء جنسي). وعادة ما يكون القائم بالإساءة هو شخص من

١ - Genital exposure .

٢ - Fantasies .

٣ - Genital tissue injury .

٤ - Sexual abuse.

٥ - Exploitation.

٦ - Intervention services.

٧ - Relatively powerless position in society.

دائرة الأصدقاء أو الأسرة أو العاملين بالدعم وليسوا غرباء. وظهرت دراسة حديثة أن الغريب يمثلون فقط 8% من الاعتداءات على ذوي الإعاقة الذهنية (Reynolds, 1997; Schwab, 1992; Roehrer Institute, 1992). ويجب أن نفرق بين الإساءة والإعتداء، فالإساءة¹ تستخدم لوصف إنتهاك لحقوق الطفل متضمنة خرقاً للقانون المدني، ومن أمثلة ذلك عرض الصور الجنسية، أو التحرش الجنسي. أما الاعتداء² فيتضمن خرقاً للقانون الجنائي، ويغطي كل الأفعال الجنسية التي تؤدي دون موافقة الضحية.

سلوكيات الحماية:

تشمل سلوكيات الحماية عدداً من الخطط التي يتعلمها الأشخاص لكي يقللوا من امكانية تعرضهم للإساءة. وهناك بعض المهارات المعقدة المتطلبة لكي نمارس سلوكيات الحماية. وأكثر المهارات أهمية هي القدرة على اتخاذ قرارات لأنفسنا. مثال ذلك هل ما يحدث لي هو مرضٌ لي أم لا؟ أوافق عليه أم لا؟ هل أبقى أم على أن أذهب؟ ما الذي يمكنني أن أفعله؟ من أخبره بما يحدث؟ ومن غير الواقعي أن نتوقع من شخص ما لم يسبق له أن اتخذ قراراً لنفسه من قبل أن يتخذ قراراً في مثل هذا الوقت الحاسم والمخرج. ومن هنا تتبع أهمية أن نشجع ارتقاء هذه المهارات لدى أطفالنا من بداية العمر. وإذا شجعنا أطفالنا على اتخاذ قرارات حتى فيما يتعلق باختياراتهم البسيطة، فنحن بذلك نطور هذه المهارات (مثال هل تريد حلوى أم عصير؟ هل ترغب في إرتداء قميص أخضر أم أزرق؟). ولأن الأطفال ينضجون أثناء المراهقة، فيجب إذن أن نشركهم أكثر في إتخاذ قرارات أكثر أهمية. وكثير من الاعتداءات يمكن تجنبها إذا كنا قادرين على قول لا! وبالرغم من أن هذا يبدو كما لو كان مهمة سهلة، لكن كثيراً من النساء الراشدات عندما يواجهن اعتداءات يكن غير قادرات على البوح بذلك. لذا من المهم أن نترك أبناءنا يعرفون أن من حقهم أن يقولوا لا. وكثير من الآباء يتجنبون ذلك، معتقدين أن السماح بالسلوكيات التوكيديه في المنزل سيعوق تفاعلات الأسرة. لكن من الطبيعي أن معظم المراهقين إن لم يكن كلهم يثورون تجاه بعض الأشياء أو يتمردون عليها. وهذا جزء هام من عملية النضج لأنه يأتي معه الوعي بالذات، والاعتراف بالأنا كهوية مستقلة.

التعرف على حدوث الاعتداء الجنسي والإستجابة له:

أولاً: المؤشرات الجسدية المحتملة:

هي عادة أكثر المؤشرات أو العلامات وضوحاً وصراحة لحدوث التحرش بالفعل أو إستمرار حدوثه. وهذه الاعراض الجسمية يمكن أن تتضمن الآتي:

- أ- صعوبة في المشي أو الجلوس.
- ب- ملابس داخلية إما مفقودة أو مقطوعة أو ملوثة أو بها دماء.
- ج - كدمات غير متوقعة أو غير معتادة، وسحجات، ونزف، وقطع أو خربشة في الوجه أو الفم أو الرقبة أو الصدر أو الظهر أو المنطقة التناسلية، أو الفخذين أو الأرداف.
- د- ألم في المناطق التناسلية أو الحكة، وإلتهاب، ورائحة غير مستحبة.
- هـ - أمراض تناسلية منتقلة في العين، والفم، والشرج أو المناطق التناسلية.
- و- دم في البول أو البراز.
- س- حمل.
- ح- قرحة في المعدة غير متوقعة أو ألم في البطن.
- ط- صداع أو صداع نصفي.
- ي- أجسام غريبة في الفتحات التناسلية أو الشرج. (Couwenhoven, 2007)

1- Abuse
2- assault

ثانياً: المؤشرات السلوكية المحتملة:

كثير من الأطفال الصغار أو في المؤسسات الإيوائية أو المتأخرين عقلياً أو ذوي الإعاقات السمعية أو اللغوية لا يستطيعون أن يعبروا لغوياً عما حدث لهم. وبدلاً من ذلك ربما يتواصلون أو يعبروا عن حدوث إساءة جنسية لهم من خلال التغيرات السلوكية. وهذه التغيرات ربما تتضمن:

- إكتئاباً أو نوبات بكاء مفرط أو عنيف.
 - انسحاباً اجتماعياً.
 - عدواناً أو ما يبدو على أنه غضب غير ملائم.
 - نكوصاً أو فقداً للمهارات الحياتية (ليست عائدة لمرض أو لنقص في الممارسة أو عدم إتاحة الفرصة).
 - الخوف، والتجنب، وممانعة في التواجد مع أشخاص معينين أو في أماكن معينة.
 - اضطرابات نوم، وكوابيس، ومشى أثناء النوم.
 - مقاومة اللمس أو الفحص الجسمي.
 - بداية سلوكيات تدمير أو إيذاء الذات (شد الشعر، قرص الجسم، خبط الرأس) وإيذاء الآخرين، وفقد الإحساس بالأمن الشخصي (سوء استخدام العقاقير، ونشاط جنسي عشوائي).
 - انخفاض تقدير الذات، ونقد الذات.
 - الصداع.
 - بداية اللمس الجنسي القهري غير الملائم أو السلوكيات الجنسية أو التعليقات الجنسية والبحث عن مستويات جديدة من المعرفة الجنسية.
 - نقص الاهتمام بالمظهر العام والتزين.
 - تغير في أنماط أو عادات الأكل والنوم.
 - ظهور أصوات جديدة (مثل الأزيز، الصراخ، الأنين).
 - التلظظ أو الكلام مع النفس في ألعاب يفترض فيها أن شخصاً ما يهدده أو يطلب منه الصمت مثل "لا تتكلم أو تخبر أحداً" أو "سأقتلك".
 - النكوص لسلوكيات طفلية مثل (بلل الفراش، التلطix بالبراز).
- إن جزءاً من صعوبة تشخيص الإساءة الجنسية أن كثيراً من العلامات والأعراض خفيفة، أو يسهل عزوها إلى أسباب أخرى صحية أو مشكلات طبية أو ظروف حياتية حالية. وكمثال لذلك:
- ١- يمكن أن يرتبط فقد المهارات والنكوص بالإكتئاب.
 - ٢- خبرة موت شخص محبوب يمكن أن يؤدي إلى تغيرات سلوكية أو أعراض شبه إكتئابية.
 - ٣- توقف التنفس أثناء النوم - وهي حالة شائعة لدى بعض الأطفال كحاملى زملة داون - يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات النوم، ونقص النوم يمكن أن ينتج عنه تغيرات سلوكية.
 - ٤- السلوك الجنسي غير الملائم ربما يرتبط بنقص معرفة الطفل واضطراب المهارة أكثر منه الإساءة (Couwenhoven, 2007).
- ولكن الوالدان يعرفان طفلهما أفضل من أى شخص آخر، وإذا ظهرت أى مجموعة من الأعراض السابقة فجأة لأسباب غير مفسرة، يجب أن لا يستبعدا الاستغلال كأحد الأسباب الممكنة.

كيف نستجيب إذا حدثت إساءة للطفل؟

إذا تم اكتشاف حدوث اعتداء جنسى أو إساءة جنسية لأحد الأطفال، من المهم لنا كأباء أن نعرف كيف نستجيب، وماذا نفعل لهم. والاعتداء الجنسي ربما يظهر فى أى وقت وفى أى مكان، وربما ارتكب مراراً عبر الوقت من خلال شخص معروف للضحية، أو من خلال اعتداء عنيف من شخص غريب، وبغض النظر عن الظروف، فإن سماع هذا من الضحية هو حدث صدمى للغاية، والذي يجب أن يُعد له إعداداً جيداً حتى نعطى الرعاية الملائمة للشخص المعتدى عليه، وفى بعض الأحيان تُعطى هذه الرعاية والمساندة من الآباء (خاصة الأم) وليس فقط المتخصصون. وفيما يلى بعض الخطط السلوكية التى يمكن الاسترشاد بها:

* الاحتفاظ بحالة الهدوء.

* التأكيد على أمن الشخص المعتدى عليه فى ذلك الوقت.

* إيجاد مكان هادئ وآمن - أى مكان خاص حيث يمكن له أن يتكلم.

* التأكيد للطفل بأننا نهتم به وبأمره، ويجب أن نصدق الطفل ولا نصدر أحكاماً أخلاقية ولكن نسمع وندعم الطفل.

* اياً كان ما حدث يجب أن ننقل إليه أن هذا ليس خطأه وندعمه بعبارات المواساة.

* كلما أمكن يجب التأكد من أن الجانى لن يحتك به أو يمثل له تهديداً. وربما يستعان بالشرطة فى ذلك.

* يجب أن ننقل لهم أننا فخورين بهم لأنهم أخبرونا بالمشكلة، لأن معظم الأطفال يكونون خائفين جداً من ذلك.

* يجب أن نعمل معاً على تحديد ما الذى سنفعله بعد ذلك. لأن الطفل يحتاج لأن يكون له بعض التحكم فى إتخاذ القرار، فهو أثناء الإساءة له لم يكن لديه أى تحكم أو اختيار.

* الفحص الطبى ضرورى إذا كان الاعتداء حديث، وحدثت بعض الإصابات، بالرغم من أن المعتدى عادة لا يقوم بالانزال، إلا أنه من الضرورى القيام بالفحص للوقاية من الأمراض الجنسية المتنقلة.

* نؤكد الثقة أو السرية، وناقش معه مسألة من يريد أن يعرف عن ذلك والذي لا يريد له أن يعرف. ويجب أن نتذكر أن الشخص الذى تعرض للإعتداء، عليه أن يواجه استجابات كل شخص سيعلم، مثلما هو مضطر أن يواجه أرجاعه الشخصية.

* يجب اخبار المسؤولين والسلطات.

* يجب أن يكون الآباء قادرين على الاستجواب أيضاً منفصلين عن ابنهم. وإذا احتاج الأبوان أن يخبروا صديق أو قريب يجب أن يُستأذن الضحية إذا كان يلائمه أن يفعلوا هذا أم لا. ويجب أن يعلم الطفل أن أبويه أيضاً يحتاجان للمساعدة فى هذا الوقت نتيجة تأثرهما بما حدث.

* بالنسبة للمساعدة المتخصصة يجب التواصل مع وحدة متخصصة فى الاعتداءات الجنسية، أو المستشفى المحلى إذا كانت هناك اصابات تتطلب رعاية. ولكن المشكلة أن كثيراً من أفراد المستشفى يكونون غير

مدربين على مواجهة الاعتداء الجنسي، خصوصاً لدى ذوى الاحتياجات الخاصة (D'aegher et al.,

. 1999)

قائمة المراجع:

أولاً: مراجع باللغة العربية:

- ١- إبراهيم قشقوش (١٩٨٩). *سيكولوجية المراهقة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. الطبعة الثالثة.
- ٢- الجمعية البحرينية لمتلازمة داون (٢٠٠٤). *كل شيء عن متلازمة داون*. منشورة في الموقع التالي: <http://www.bdss.org/page-12k.htm>
- ٣- السيد سابق (١٩٩٦). *فقه السنة، (المجلد الأول)*. القاهرة: دار الفتح للإعلام العربي.
- ٤- القرآن الكريم.
- ٥- المكتبة الإسلامية على شبكة إسلام ويب <http://www.islamweb.net>
- ٦- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧). *علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة*. القاهرة: عالم الكتب.
- ٧- خالد بن عبد الله الخميس (٢٠٠٠). *أساسيات علم النفس العصبي*. الرياض: دار الزهراء.
- ٨- عبد الرحمن طالب الجزائري (١٩٩٢). *التربية الجنسية*. القاهرة: الدار المصرية للنشر والتوزيع.
- ٩- محمد سعيد عبد الجواد أبو حلاوة (٢٠١٣). *التربية الجنسية لذوى الإعاقة الذهنية*. موقع أطفال الخليج ذوى الاحتياجات الخاصة: www.gulfkids.com
- ١٠- هشام عبد الحميد تهامي (٢٠١٠). *النضج الجنسي لدى الأفراد ذوى متلازمة داون: مراجعة للتراث*. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٢٠ (٦٩)، ٣٣١-٣٧١.
- ١١- يوسف ميخائيل أسعد (بدون تاريخ). *رعاية المراهقين*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية:

References:

- 12- Baker, Bruce & Brightman, Alan (2004). *Steps to Independence: Teaching Everyday Skills to Children with Special Needs*. Paul Brookes Publishing.
- 13- Berman, L. (2013). *The Sex Ed Handbook. A comprehensive guide for parents*. www.oprah.com.
- 14- Cole, L. & Hall, I. N. (1970). *Psychology of adolescence*. New York: Holt, Rinehart & Winston Inc.
- 15- Coleman, M. (1992). *Medical care in Down syndrome: A preventive medicine approach*. New York: Dekker.
- 16- Couwenhoven, Terri (2007). *Teaching Children with Down syndrome About their Bodies, Boundaries, and Sexuality: A Guide for Parents and Professionals*. U.S., Woodbine House Inc.
- 17- Craft, A. & Craft, M. (1985). Sexuality and relationships. In Craft, Bicknell & Hollins (Eds.). *Mental handicap*. Pp177-196. Philadelphia: Baillaire Tindall. Cited in the following site: http://www.Sarasota.usf.edu/special_education/mr_classes/mrsexuality.htm.

- 18- D'aegher, L., Robinson, P., Jones, S. & Collier, M. (1999). *Talk to me: A person development manual for women and girls with down syndrome, and their parents*. Down syndrome Association of NSW Inc, Sydney, Australia.
- 19- De Jonge, F., Louwerse, A., Ooms, M., Evers, P., Endert, E., & Van de poll, N. (1992). Changes in male copulatory behavior after sexual exciting stimuli: Effects of medial amygdala lesions. *Physiology and behavior*, 52, 327-332.
- 20- De Vries, G. (1990). Sex differences neurotransmitter system. *Journal of Neuroendocrinology*, 2, 1-13.
- 21- Drury, John; Hutchinson, Lynne & Wright, Jon (2000). *Holding On Letting Go: Sex, Sexuality and People with Learning Disabilities*. London, Souvenir Press.
- 22- Edwards, J. (1988). Sexuality, marriage and parenting for person with Down Syndrome. In S. M. Pueschel, *The young person with Down Syndrome*, 187-204, Baltimore: Paul H. Brookes.
- 23- Engle, Beverly (1997). *Beyond the Birds and the Bees: Fostering Your Child's Healthy Sexual Development in Today's World*. Pocket Books.
- 24- Etem, I. & Leventhal, J. M. (1995). Masturbation. In: S. Parker & B. Zuckerman (Eds.), *Behavioral and developmental pediatrics*, pp 200-202, Boston: Little Brown & Co.
- 25- Gebhard, P. H. (1973). Sexual behavior of the mentally retarded. In: F. F. De la Cruz & G. D. Laveck (Eds.), *Human sexuality and the mentally retarded. Proceedings of a conference on human sexuality and the mentally retarded*. New York: Brunner/ Mazel.
- 26- Gillooly, Jessica B. (1998). *Before She Gets Her Period: Talking With Your Daughter About Menstruation*. Perspective Publishing.
- 27- Grant, L. (1995). Sex and the adolescent. In: S. Parker & B. Zwellerman (Eds.), *Behavioral and Developmental Pediatrics*, 269-277, Boston: Little Brown & Co.
- 28- Hadley, Mac E. (1996). *Endocrinology*. Prentice Hall. Upper Saddle River, NJ 07458.
- 29- Haffner, Debra (2000). *From Diapers to Dating: A Parent's Guide to Raising Sexually Healthy Children*. U.S., Newmarket Press.

- 30- Haffner, Debra (2001). *Beyond the Big Talk: Every Parent's Guide to Raising Sexually Healthy Teens*. Newmarket Press.
- 31- Haka-Lkse, K. & Mian, M. (1993). Sexuality in children. *Pediatrics in review*, 14(10), 401-407.
- 32- Hsiang, Y. H., Berkovitz, G. D., Bland, G. L., Migeon, C. J. & Warren, A. C. (1987). Gonadal function in patients with Down Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 27, 449-458.
- 33- Johnson, W. R. (1973) Sex education of the mentally retarded. In: F. F. De la Cruz & G. D. Laveck (Eds.) *Human sexuality and the mentally retarded. Proceedings of a conference on human sexuality and the mentally retarded*. New York: Brunner/ Mazel.
- 34- Johnson, 1981: reported in Haight, S. L. & Fachting, D. D. (1986). Materials for teaching sexuality, love and maturity to high school students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 344-350.
- 35- Kelly, P. A. (1990). Growth hormone and Prolactin. In E.- E. Bauliey, & P.A. Kelly (Eds), *Hormones. From Molecules to disease*. London: Chapman & Hall, Inc.
- 36- Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction. <http://www.kinseyinstitute.org/publications/books.html>
- 37- Labrie, F. (1990). Glycoprotein hormones: Gonadotropins and thyrotropin. In E.- E. Bauliey, & P.A. Kelly (Eds), *Hormones. From Molecules to disease*. London: Chapman & Hall, Inc.
- 38- Maksym, Diane (1990). *Shared Feelings: A Parent Guide to Sexuality for Children, Adolescents, and Adults Who Have a Mental Handicap*. Downsview, Ont., The G. Allan Roeher Institute.
- 39- Manikam, R. & Hensarling, D. S. (1990). Sexual behavior. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of behavior modification with mentally retarded*. New York and London: Plenum press.
- 40- Mc Coy, E. E. (1991). Endocrine function in Down Syndrome. In I. T. Lott & E. E. Mc Coy (Eds.), *Down Syndrome advances in medical Care*, 71-82, New York: Wiley-Liss.
- 41- Monat-Haller, R. K. (1992). *Understanding and expressing sexuality*. Baltimore MD: Paul H. Brookes Co.

- 42- Moreira, Lilia Maria De Azevedo & Gusmao, Fabio A. F. (2002). Genetic and social aspects of down syndrome subjects' sexuality. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 24(2), Jun, 94-99.
- 43- Morgenstern, M. (1973). The psychosexual development of the retarded. In: F. F. De la Cruz & G. D. Laveck (Eds.) *Human sexuality and the mentally retarded. Proceedings of a conference on human sexuality and the mentally retarded*. New York: Brunner/ Mazel.
- 44- Myers, B. A. & Pueschel, S. M. (1991). Psychiatric disorder in a population with Down Syndrome. *Journal of Nervous and mental disease*, 179, 609-613.
- 45- National Information Center for Children and Youth with Disabilities (1992). Sexuality education for children and youth with disabilities. *Digest, ND 17, home page, <http://www.nichcy.org>*.
- 46- Nelson, R. J. (2000). *An introduction to behavioral endocrinology*. Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates, Inc. Publishers.
- 47- Nigro, G. (1975). Sexuality in the handicapped: Some observations on human needs and attitude. *Rehabilitation literature*, 36, 202-205.
- 48- Ozalap, S.; Bombas, T.; Trindade, M. J.; & Branco, P. (2001). *Practical Aspects of sexual education. Faculty of medicine, department of obstetrics and gynecology*. Turkey, Osmangazi university press.
- 49- Pueschel, S. M. (2001). *Young person with Down Syndrome: Transition from adolescence to adulthood*. Published in the following site: <http://www.ndss.org/content.cfm?fuseaction=searchlink&article=227>.
- 50- Pueschel, S. M. & Bier, J. A. B. (1992). Endocrinologic aspects. In S. M. Pueschel & J. M. Pueschel (Eds), *Biomedical concerns in persons with Down Syndrome*, 259-272, Baltimore MD: Paul H. Brookes.
- 51- Roeher Institute (1992). *No More Victims: A Manual to Guide Family and Friends in Preventing the Sexual Abuse of People with a Mental Handicap*. www.roeher.ca/english/about/about/htm.
- 52- Reynolds, L. a. (1997). People with mental retardation & sexual abuse. Published in the following site: <http://thearc.org/faqs/sexabuse.html>.
- 53- Schupf, Nicole; Pang, Deborah; Patel, Bindu N.; Silverman, Wayne; Schubert, Romaine; Lai, Florance; Kline, Jennie K.; Stern, Yaakov; Ferin, Michel; Tycko, Benjamin & Mayeux, Richard (2003). Onset of dementia is

- associated with age at menopause in women with down's syndrome. *Annals of Neurology*, 54(4), Oct., 433-438.
- 54- Schwab, W. E. (1992). *Sexuality and community living in Down Syndrome: Advances in medical care*. New York: Wiley-Liss.
- 55- Schwab, W. (2001). Sexuality in Down Syndrome. Published in the following site:
- 56- <http://www.ndss.org/content.cfm?fuseaction=InfoRes//lthArticle&ariticle=43>.
- 57- Schweir, Karin Melberg & Hingsburger, David (2000). *Sexuality: Your Sons and Daughters with Intellectual Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing.
- 58- Scola, P. S. & Pueschel, S. M. (1992). Menstrual cycles and basal body temperature curves in women with Down Syndrome. *Obstetrics and Gynecology*, 79, 91-94.
- 59- Tharinger, Deborah; Horton, Connie Burrows & Millea, Susan (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse and Neglect*, 14, Issue 3,301-312.
- 60- Van Dyke, D.C., McBrien, D.M. & Mattheis, P.J. (1995). Psychosexual behavior, sexuality and management issues in individuals with Down Syndrome. *Presentation, European Down Syndrome Symposium*. Mallorca, Spain.
- 61- Van Dyke, D.C., McBrien, D.M. & Mattheis, P.J. (1996). Psychosexual behaviour, Sexuality and management issues in individuals with Down's Syndrome. In: J.A. Rondal, J. Perera, L. Nadel & A.Comblain (eds.), *Down's syndrome. Psychological, Psychobiological and socio-educational perspectives*. Singular Publishing Group, Inc. San Diego, California.
- 62- Walker-Hirsch, Leslie (2002). Building relationships/social and sexual development. In: William I. Cohen; Lynn Nadel; et al. (Eds.), *Down syndrome: Visions for 21st century*. 305-315. New York, NY, US: Wiley-Liss.
- 63- Walker-Hirsc, L. & Champagne, M. P. (1992). Circles III: safer ways. In: A. C. Crocker, H. J. Cohen & T. A. Kastner (Eds.), *HIV infection and developmental disabilities*, pp147-158, Baltimore M D: Paul H. Brookes Co.
- 64- Wroble, Mary (2003). *Taking Care of Myself: A Hygiene, Puberty and Personal Curriculum for Young People with Autism*. Future Horizons.

Sex Education

Nermin AbdElwahab Ahmed
Department of psychology
Beni-Soueif university

Hesham Abd Elhamid Tohamy
Department of psychology
Beni-Soueif university

Abstract:

This paper aimed at discussing a problematic issue; sex education. Topics covered are the importance of sex education, difference between sex and sex education, objectives of sex education, sources and components of sex education, questions frequently asked by parents, sex education support and protective procedures. In addition to that masturbation and sexual abuse are addressed.