

# آموزش مسائل جنسی به کودکان و نوجوانان

ترجمه: شیوا شریفزاد

انتشار: سایت حق کودکی

<http://right-to-childhood.com>



## آموزش مسائل جنسی به کودکان و نوجوانان

کمیته جنبه‌های روانی\_ اجتماعی سلامت کودک و خانواده و کمیته نوجوانان

پدیاتریکس (پزشکی اطفال)\_ مجله رسمی آکادمی پزشکی اطفال آمریکا، ۲۰۰۱؛ ۱۰۸؛ ۴۹۸

ترجمه: شیوا شریف‌زاد

انتشار: سایت حق کودکی

ارجاع: کمیته جنبه‌های روانی\_ اجتماعی سلامت کودک و خانواده و کمیته نوجوانان (۲۰۰۱). آموزش مسائل جنسی به کودکان و

نوجوانان. ترجمه‌ی شریف‌زاد، شیوا. سایت حق کودکی، ژانویه ۲۰۱۵

چکیده: برای اینکه کودکان و نوجوانان بتوانند مانند افراد بزرگسال رفتارهای جنسی سالمی داشته باشند به آموزش صحیح و جامعی در مورد مسائل جنسی نیاز دارند. فعالیت‌های جنسی زودهنگام، سوءاستفاده‌آمیز و پرخطر می‌تواند به مشکلات بهداشتی و اجتماعی مانند بارداری ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی، از جمله ویروس نقص ایمنی بدن انسان (اچ آی وی) و سندروم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) منجر شود. این گزارش، نقش پزشکان اطفال در ارائه آموزش جنسی به کودکان، نوجوانان و خانواده‌های آنها را مورد بازبینی قرار می‌دهد. پزشکان اطفال به منظور تکمیل آموزشی که کودکان در مدرسه و در خانه کسب می‌کنند، باید آموزش‌های جنسی [جانبی] را با رابطه‌ی صمیمانه و مداومی که با کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها ایجاد می‌کنند، همراه کنند. آنها باید از گرایش‌ها، باورها و ارزش‌های خود آگاه باشند تا تاثیرشان در بحث پیرامون موضوعات جنسی در محیط بالینی، محدود نگردد.

### پیش‌زمینه

بررسی‌های اخیر دولت فدرال ایالات متحده آمریکا برای اداره بهداشت و خدمات انسانی نشان داده است که در دهه‌ی گذشته، فعالیت‌های جنسی نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله در آمریکا کاهش یافته است.<sup>۱</sup> با این حال، شروع رابطه‌ی جنسی همراه با دخول در دوران نوجوانی به عنوان یک هنجار برای جوانان آمریکایی باقی مانده است.<sup>۱</sup> در طول پنج سال اخیر، میزان استفاده از روش‌های هورمونی جلوگیری از بارداری و کاندوم افزایش و میزان زایمان [در بین] نوجوانان کاهش یافته است.<sup>۲</sup> با این حال درصد زایمان زنان مجرد در همه‌ی سنین، از جمله نوجوانان، بالا باقی مانده است.<sup>۲،۳</sup> در بین زنان ۱۵ تا

۱۹ سال، بیشتر بارداری‌ها ناخواسته هستند،<sup>۳،۴</sup> و به صورت تقریبی یک مورد از هر سه مورد به سقط جنین منتهی می‌شود.<sup>۳</sup>

از لحاظ آماری، امریکا بالاترین میزان بیماری‌های مقاربتی را در میان کشورهای صنعتی دارد. هر سال، حدود یک چهارم (تقریباً سه میلیون) از نوجوانانی که از نظر جنسی فعال هستند، به بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند.<sup>۵</sup> علاوه بر آن، از یک سوم نوجوانانی که در سه ماه گذشته از نظر جنسی فعال بوده‌اند، تنها ۵۷ درصد گزارش داده‌اند که در آخرین رابطه‌ی جنسی‌شان از وسایل پیشگیری فیزیکی [غیردارویی] استفاده کرده‌اند.<sup>۶</sup>

کودکانی که اختلالات یادگیری یا دستاوردهای پایین تحصیلی دارند، آنها که دچار مشکلات اجتماعی، رفتاری یا هیجانی (از جمله اختلالات روانی و استفاده از مواد مخدر) هستند، کودکان خانواده‌های کم‌درآمد، کودکان اقلیت‌های قومی، قربانیان آزار جسمی و جنسی، کودکان خانواده‌هایی که اختلافات زناشویی دارند و همچنین آنها که نظارت کافی والدین را ندارند، با احتمال بیشتری درگیر رابطه‌ی جنسی زود هنگام می‌شوند.<sup>۷،۸</sup> همچنین، رفتارهای جنسی پرخطر، که به عنوان ارتباط با شرکای جنسی متعدد، داشتن رابطه‌ی جنسی با غریبه‌ها، یا داشتن رابطه‌ی جنسی بدون کاندوم پلاستیکی [لاتکس] تعریف می‌شوند، با مصرف نوشیدنی‌های الکلی نیز در ارتباط هستند.<sup>۷،۸</sup> بسیاری از جوانان همجنس‌گرا یا دوجنس‌گرا نیز به دلیل اعمال جنسی نامطمئن با شرکای جنسی همجنس یا جنس مخالف و همچنین افزایش میزان افسردگی، اخراج از مدرسه، بی‌خانمانی (فرار کردن از خانه یا بیرون رانده شدن از آن) و مصرف مواد مخدر در خطر بالایی هستند.<sup>۹</sup>

در بررسی‌ای به نام نظارت رفتارهای پرخطر جوانان که توسط مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری انجام شده است، تقریباً همه‌ی نوجوانان (بیشتر از ۹۰ درصد) گزارش داده‌اند که آموزش‌های پیشگیری از (اچ آی وی) را در سال ۱۹۹۷ در مدرسه دریافت کرده‌اند و همچنین بسیاری گزارش داده‌اند که با والد یا سرپرست خود درباره‌ی (اچ آی وی) و (ایدز) صحبت کرده‌اند.<sup>۶</sup> با این حال، ممکن است محتوای این بحث‌ها اطلاعات کاملی را ارائه نکنند. علاوه بر آن، مداخلات مدرسه محور، فرصت‌های خصوصی برای ارزیابی فردی خطرات یا مشاوره‌های پیشگیرانه هدفمند را فراهم نمی‌کند. گرچه، دو سوم بیماران نوجوان اعلام کرده‌اند که خواستار اطلاعاتی در مورد بیماری‌های مقاربتی و بارداری از پزشک خود هستند، اما تا به حال تعداد به مراتب کمتری این موضوعات را با پزشک خود در میان گذاشته‌اند.<sup>۱۰</sup> در حقیقت، علی‌رغم اینکه دستورالعمل‌های مراقبتی، عموماً توصیه می‌کنند که سابقه جنسی نوجوانان به طور کامل احراز شود،<sup>۱۲،۱۴</sup> معمولاً کمتر از نیمی از سرپرستان درجه یک نوجوانان، به طور پیوسته از آنها در مورد فعالیت‌های جنسی‌شان سوال می‌کنند و بسیار کمتر از آن، مشخصاً در مورد بیماری‌های مقاربتی، استفاده از کاندوم، گرایش جنسی، تعداد شرکای جنسی یا سوءاستفاده جنسی پرس‌وجو می‌کنند.<sup>۱۱</sup> کمی بیش از نیمی از نوجوانانی که تجربه معاینه مربوط به مراقبت بهداشتی را گزارش داده‌اند، اذعان داشته‌اند که از امکان گفت‌وگوی انفرادی (بدون والدین یا بزرگسالی دیگر) با پزشکشان برخوردار بوده‌اند<sup>۱۵</sup> و ترس از افشا، مهمترین دلیل نوجوانان برای از دست دادن مراقبتی بود که باور داشتند به آن نیاز دارند.<sup>۱۶</sup>

## منابع، محتوا و کارآمدی برنامه‌های آموزش مسائل جنسی

کلاس‌های آموزش مسائل جنسی به عنوان بخشی از برنامه آموزشی دوره اول متوسطه و دبیرستان در بسیاری از مناطق کشور معمول شده است.<sup>۱</sup> همچنین آموزش مسایل جنسی اغلب جزئی از برنامه‌های جامعه‌محور با هدف پیشگیری از بارداری، پیشگیری از مصرف مواد مخدر، کاهش خشونت، رشد جوانان یا خدمات بهداشت باروری بوده‌است. بسیاری از

برنامه‌های آموزش مسایل جنسی که از طرح‌های شبه-تجربی یا تجربی استفاده کرده و مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند، بر رفتار جنسی نوجوانان تاثیر گذاشته‌اند.<sup>۱۷</sup> برای به تاخیر انداختن شروع رابطه‌ی جنسی، ضروری است که برنامه‌هایی برای مقاطع پنجم و ششم هم ارایه شود. برنامه‌های منحصر به پرهیز [از رابطه‌ی جنسی]، نتایج موفقیت‌آمیزی در رابطه با تعویق شروع فعالیت جنسی یا استفاده از شیوه‌های رابطه‌ی جنسی مطمئن‌تر نداشته‌اند.<sup>۱۷، ۸</sup>

برنامه‌های موثر، بیشتر به فراهم آوردن مهارت‌های عملی مانند تمرین کنترل و افزایش مهارت‌های ارتباط و گفت‌وگو از طریق بازی کردن نقش یا بحث‌های تعاملی متمایل هستند. بر اساس شواهد موجود، برنامه‌هایی که به عنوان بهترین گزینه، نوجوانان را [به طور کلی] به پرهیز [از رابطه‌ی جنسی] تشویق می‌کنند، و [در عین حال] به بحث در مورد بهترین روش پیشگیری از [اچ آی وی] و جلوگیری (از بارداری) برای نوجوانانی که از نظر جنسی فعال هستند می‌پردازند، شروع رابطه‌ی جنسی را به تاخیر انداخته و تعداد نوجوانانی که در رابطه‌ی جنسی‌شان از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند را افزایش داده‌اند. برنامه‌هایی که دوره‌های آموزشی را با دسترسی به خدمات بهداشت باروری و مداخلات فراگیر و جامعه محور پیوند داده‌اند نیز کاهش میزان بارداری را ثبت کرده‌اند.<sup>۱۸، ۲۰</sup> علی‌رغم این یافته‌ها، از میان ۶۹ درصد از مدرسه‌های دولتی که آموزش‌های جنسی را در سطح منطقه ارائه می‌دهند، ۱۴ درصد، پرهیز از رابطه‌ی جنسی را به عنوان یک گزینه برای نوجوانان در نظر می‌گیرند، ۵۱ درصد، پرهیز را به عنوان گزینه مرجح برای نوجوانان آموزش داده اما [با این وجود] اجازه می‌دهند که در مورد روش‌های موثر پیشگیری از بارداری ناخواسته و بیماری‌های مراقبتی نیز بحث شود (سیاست فرا اجتنابی)، و بیشتر از یک مورد از هر سه مورد (۳۵ درصد) تنها پرهیز را آموزش می‌دهند و بحث در مورد وسایل پیشگیری از بارداری را ممنوع کرده، یا صرفاً در مورد ناکارآمد بودن این وسایل صحبت می‌کنند.<sup>۲۱</sup>

### نقش پزشک کودکان

آکادمی پزشکی اطفال آمریکا (AAP)، سیاست‌نامه‌ای در مورد مسایل جنسی و نوجوانان منتشر کرده است.<sup>۲۲، ۲۴</sup> پزشکان اطفال برای فراهم آوردن آموزش جنسی مداوم به کودکان و نوجوانان به عنوان بخشی از برنامه مراقبت بهداشتی پیشگیرانه در موقعیت ایده‌آلی قرار دارند و ابزار متعددی برای همراهی با اقدامات آنها در دسترس است.<sup>۲۴، ۲۲</sup> علاوه بر آن، اقدامات پزشکان اطفال می‌تواند در تکمیل برنامه‌های جامعه‌محور یا مدرسه‌محور موثر باشد.

برخلاف دستورالعمل‌های مدرسه‌محور، صحبت با پزشک اطفال در مورد مسائل جنسی، فرصت‌هایی برای [جمع‌آوری] اطلاعات شخصی، شناسایی خصوصی وضعیت مخاطره‌آمیز و ارتقای سلامت و مشاوره فراهم می‌کند. کودکان و نوجوانان ممکن است سوالاتی بپرسند، از تجربیات احتمالاً شرم‌آور خود صحبت کنند، یا اطلاعات بسیار شخصی خود را برای پزشک خود فاش کنند. خانواده‌ها و کودکان ممکن است آموزش‌ها را با هم، یا به صورت مجزا ولی با شیوه‌ای هماهنگ کسب کنند. پیشگیری و مشاوره می‌تواند پاسخگوی نیازهای نوجوانان، چه آنها که از نظر جنسی فعال هستند، چه آنها که هنوز رابطه‌ای نداشته‌اند، و [همچنین] نیازهای گروه‌هایی که در خطر بالای فعالیت جنسی زودهنگام و نامطمئن هستند، باشد.<sup>۷، ۸</sup>

### توصیه‌هایی به پزشکان اطفال

۱. نسبت به آموزش مسائل جنسی، دیدگاهی مادام‌العمر داشته باشید. با توجه به گرایش‌ها، ارزش‌ها و باورهای خانوادگی و شرایط ابتدایی زندگی کودک، والدین را فعالانه به صحبت در مورد مسایل جنسی و روش‌های پیشگیری تشویق کنید. ارزشی را بر خانواده تحمیل نکنید. نسبت به تفاوت شرایط خانواده‌ها مانند خانواده‌هایی با والدین هم‌جنس آگاه باشید. اگر

این خانواده‌ها مشکلاتی را گزارش دادند، راهنمایی‌شان کنید و اگر برای کمک به آنها راحت نیستید، آنها را به مراکز و کلینیک‌هایی که می‌توانند کمکشان کنند ارجاع دهید.

۲. والدین را تشویق کنید تا مناسب با سطح رشد کودکان و نوجوانان، مسایل جنسی را آموزش دهند و از مسائل مرتبط با رابطه‌ی جنسی صحبت کنند.

- از اصطلاحات مناسب برای قسمت‌های مختلف بدن استفاده کنید.
- در مورد خود ارضایی و دیگر رفتارهای جنسی همه‌ی کودکان، حتی کودکان پیش دبستانی، صریح و بی‌پرده با والدین صحبت کنید.

- در موقعیت‌های مناسب مانند تولد خواهر، برادر یا حیوان خانگی، صحبت در مورد مسائل جنسی را با کودکان آغاز کنید. والدین را تشویق کنید که به صورت کامل و دقیق به سوالات کودکان پاسخ دهند. منابعی را برای کمک به والدینی که در خانه تلاش به برقراری ارتباط [با کودکان] می‌کنند، پیشنهاد دهید.

۳. آموزش‌های جنسی‌ای را فراهم کنید که به رازداری احترام می‌گذارد و مسایل و ارزش‌های فردی و خانوادگی بیمار را به رسمیت می‌شناسد.

- [مهارت] ارتباط و امنیت را در روابط اجتماعی شرکای [جنسی] ارتقا دهید.<sup>۲۵</sup> در مورد دوستی‌های خاص و روابطشان بپرسید و شخصیت آنها را کشف کنید. آموزش مسائل جنسی مدرسه‌محور که معمولاً بر بارداری ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی و دیگر خطرات احتمالی رابطه‌ی جنسی تاکید می‌کند را کامل کنید. در زمان مناسب، تایید کنید که فعالیت جنسی می‌تواند لذت‌بخش باشد، اما باید با مسئولیت‌پذیری همراه شود.

- دانش، سوالات، نگرانی‌ها یا برداشت‌های اشتباه کودکان و نوجوانان را در رابطه‌ی با آناتومی، خودارضایی، عادت ماهانه، نعوظ، انزال شبانه ("رویاهای خیس")، فانتزی‌های جنسی، گرایش‌های جنسی و ارضاء، مورد بحث قرار دهید. اطلاعات مربوط به دسترسی و راه دسترسی به خدمات محرمانه بهداشت باروری و پیشگیری از بارداری اورژانسی نیز باید با نوجوانان کم سن و والدین مورد بحث گذاشته شود. در طول این مباحثات نیز نسبت به گرایش‌ها یا تجربیات هم‌جنس‌گرایانه یا دوجنس‌گرایانه پذیرا و بدون قضاوت باشید (سیاست‌نامه‌ی آکادمی پزشکان اطفال آمریکا در مورد "هم‌جنس‌گرایی و نوجوانان"<sup>۹</sup> را ببینید).

- تاثیر تصاویر رسانه‌ای بر روی تمایلات جنسی آن‌گونه که در موسیقی، کلیپ ویدئوها، فیلم‌ها، تلویزیون، منابع چاپی و محتوای اینترنتی نشان داده شده است را به رسمیت بشناسید.

- از همه‌ی نوجوانان، سابقه‌ی جنسی کامل از جمله اطلاع‌شان در مورد مسائل جنسی، اعمال جنسی، شرکا و روابط جنسی، احساسات و هویت جنسی و اقدامات و برنامه‌های پیشگیری‌شان از بارداری را دریافت کنید.

- هنگامی که پیرامون دلایل به تاخیر انداختن فعالیت جنسی یا استفاده از وسایل پیشگیری بحث می‌کنید، پیشنهادات را بر اساس رشد، زبان، انگیزه و تاریخچه‌ی فردی تنظیم کنید. نسبت به هنجارها، ارزش‌ها، باورها و گرایش‌های خانواده حساس باشید و این عوامل را در ارتقای سلامت یا مشاوره‌ی تغییر رفتار بگنجانید. هم‌چنین نسبت به احتمال سوءاستفاده‌ی جنسی یا اجبار در روابط و فعالیت‌های جنسی آگاه باشید و در مورد آنها سوال کنید.

• به والدین در مورد مسائل جنسی مشاوره دهید. فرصتهایی را برای آنها مطرح کنید که طی آن بتوانند کودکانشان را در مورد پرهیز [از رابطه‌ی جنسی] و داشتن رفتار جنسی مسئولانه راهنمایی کنند. گفت‌وگوی دو جانبه و صادقانه میان والدین و فرزندان را تشویق کنید. به والدین و نوجوانان در مورد موقعیت‌هایی که با فعالیت جنسی زود هنگام مرتبط هستند از جمله قرارهای عشقی زود هنگام، فقدان سرپرست برای مدت زمان طولانی، مدرسه‌گریزی و استفاده از الکل مشاوره دهید.<sup>۸۷</sup> اطمینان حاصل کنید که نوجوانان برای تمرین مهارت‌های اجتماعی، شهامت، کنترل و پاسخ منفی به رابطه‌ی جنسی ناخواسته، از فرصت‌های مناسبی برخوردار هستند.<sup>۱۷</sup>

۴. در مورد مسایل کلیدی جنسی، مشاوره‌ای مشخص، محرمانه، حساس از جهت فرهنگی و بدون قضاوت ارائه دهید.

• مشاوره کلی: قبل از شروع فعالیت جنسی با کودکان و خانواده‌ها در مورد رشد جنسی به‌نحارج مشاوره کنید و ارتباط والدین-فرزند برای [گفت‌وگو] در مورد مسائل جنسی را تشویق کنید. والدین باید تشویق شوند که در مورد انتظارات صریح و آشکار [خود] راجع به پرهیز [از رابطه‌ی جنسی]، به تعویق انداختن فعالیت جنسی و نگاه مسئولانه نسبت به تمایلات جنسی فرد بحث کنند. به کودکان و نوجوانان توصیه کنید از ادامه‌ی رفتارهای جنسی پرخطر بپرهیزند، از روابط اجباری دوری کرده، یا آنها را ترک کنند.<sup>۲۶</sup> آنها را از مصرف یا سوءمصرف الکل و دیگر مواد، نه تنها به دلیل اثر مستقیم آن بر سلامت نوجوانان بلکه به منظور پیشگیری از فعالیت جنسی ناخواسته یا عواقب جانبی فعالیت جنسی، منصرف کنید. برخی پزشکان اطفال ممکن است برای کسب اطمینان از اینکه همه‌ی نکات مهم را پوشش داده‌اند، از یک برنامه‌ی آموزشی پذیرفته شده استفاده کنند.<sup>۲۷</sup> علاوه بر آن، باید بروشورهایی در جهت کمک به اعمال جنسی مطمئن و تصمیم‌گیری مسئولانه در دفتر یا مطب در دسترس باشد. [علاوه بر] پزشکان اطفال که می‌توانند مستقیماً این مشاوره‌ها را ارائه دهند، دیگر کارکنان دفتر، مانند پرستاران، مددکاران اجتماعی، یا بهداشت‌یاران نیز می‌توانند خدمات مشاوره و آموزش بهداشتی را تأمین کنند.

• پیشگیری از بارداری ناخواسته: ترجیحاً قبل از شروع رابطه‌ی جنسی، در مورد روش‌های جلوگیری از بارداری با پسران و دختران نوجوان صحبت کنید (سیاست‌نامه‌ی آکادمی پزشکی اطفال آمریکا را در مورد "پیشگیری از بارداری و نوجوانان" ببینید<sup>۲۲</sup>). روش‌های پیشگیری فیزیکی (غیردارویی) باید همیشه در طی آمیزش و همراه با پیشگیری کننده‌های هورمونی یا اسپرم‌کش استفاده شوند. تسهیل دسترسی به وسایل پیشگیری برای نوجوانانی که از نظر جنسی فعال هستند یک روش مهم کاهش نرخ بارداری است.<sup>۲۶</sup>

• راه‌کارهایی برای اجتناب از بیماری‌های مقاربتی از جمله ویروس (اچ آی وی) و (ایدز) پرهیز [از رابطه‌ی جنسی] باید به عنوان موثرترین راه‌کار برای پیشگیری از ویروس (اچ آی وی) و دیگر بیماری‌های مقاربتی و همچنین پیشگیری از بارداری ترویج شود. نوجوانانی که از نظر جنسی فعال می‌شوند به توصیه‌ها و خدمات مراقبتی بهداشتی بیشتری نیاز دارند. نوجوانان باید در مورد اهمیت استفاده‌ی مداوم از پیشگیری کننده‌های مطمئن در روابط جنسی مورد مشاوره قرار گیرند. پزشکان کودک باید در تمرین مهارت‌های ارتباط و گفت‌وگو راجع به استفاده از کاندوم در هر بار رابطه‌ی جنسی به نوجوانان کمک کنند<sup>۲۸</sup> و همچنین در مورد چگونگی استفاده از کاندوم برای نوجوانان اطلاعات تئوری و عملی‌ای را فراهم آورند. در سیاست‌نامه‌ی آکادمی پزشکی اطفال آمریکا "نوجوانان و ویروس نقص ایمنی انسانی: نقش پزشکان اطفال در پیشگیری و مداخله"، توصیه‌هایی جامع در مورد مشاوره‌ی ایدز، آزمایش آن و اطلاع دادن به شریک جنسی، با جزئیات مطرح شده است.<sup>۲۹</sup>

۵. برای کودکان و نوجوانان دارای مسائل و نگرانی‌های خاص، مشاوره‌های مناسب یا امکان ارجاع [به جای دیگر] فراهم کنید.

- جوانان همجنس‌گرا یا دوجنس‌گرا: برای اینکه نوجوانان را تشویق کنید تا در [بیان] رفتارها و احساساتشان راحت باشند، هنگام دریافت شرح‌حال، روش و رفتارهای بدون قضاوت در پیش بگیرید و از پیش‌فرض‌های [منفی] دگر جنس‌گرایانه بپرهیزید (سیاست‌نامه‌ی آکادمی پزشکی اطفال آمریکا را در مورد "هم‌جنس‌گرایی و نوجوانان" ببینید)<sup>۳۱</sup>. اگر نوجوانان از گرایش خود به جنس موافق یا هر دو جنس مطمئن هستند، در مورد مزایا و خطرات احتمالی افشای آن برای خانواده و هم‌سالان صحبت کنید و خانواده‌ها را در پذیرش کودکانی که خود را به عنوان همجنس‌گرا یا دوجنس‌گرا می‌شناسند، حمایت کنید. نوجوانانی که همجنس‌گرا هستند باید از لحاظ افسردگی، خطر خودکشی و مشکلات روحی و روانی مربوط به سازگاری، به دقت مورد نظارت قرار گیرند. در مورد کودکانی که از گرایش جنسی خود مطمئن نیستند نیز موضوعات مشابه حائز اهمیت است.

- کودکان و نوجوانان دچار چالش‌های فیزیکی و ذهنی: میزان فعالیت جنسی برای نوجوانان دچار چالش‌های فیزیکی و ذهنی مانند سایر نوجوانان است.<sup>۳۲</sup> با این حال کودکان تحت آموزش‌های خاص ممکن است آموزش‌های جنسی را در مدرسه دریافت نکنند. باید برای این کودکان و نوجوانان، آموزش مسائل جنسی متناسب با سطح رشد آنها فراهم شود. والدین ممکن است برای دریافت آموزش مسائل جنسی برای کودکان دچار چالش‌های فیزیکی و ذهنی به تجدید اطمینان و حمایت نیاز داشته باشند. گفت‌وگو با والدین یا سرپرستان این کودکان، باید زمانی که کودکان هنوز کم‌سن هستند آغاز شود تا موجب حفاظت از خود و [اتخاذ] اشکال قابل قبول رفتار جنسی شود. منابع اجتماعی و حمایت گروه‌ها نیز می‌توانند کمک‌رسان باشند.

- دیگر کودکان در معرض خطر: کودکان کم سن و سال که در معرض خطر رفتارهای جنسی زودهنگام یا اجباری یا ناخواسته هستند را شناسایی کنید. کودکانی که قربانی سوءاستفاده یا آزار جسمی یا جنسی بوده‌اند یا خشونت جنسی یا آزار جسمی را به چشم دیده‌اند، کودکانی با بلوغ زودرس، کودکانی که دچار فاکتورهای مخاطره‌آمیز اجتماعی مانند مشکلات یادگیری، استفاده از مواد مخدر یا الکل، و رفتارهای ضداجتماعی هستند، ممکن است به شدت در [معرض] خطر باشند. مشاوره‌های مربوط به مسائل جنسی را برای این کودکان یا نوجوانان فراهم و یا هماهنگ کنید. اگر لازم است [آنها را] به خدمات سلامت روانی ارجاع دهید.

۶. باید خدمات متعارف مربوط به بیماری‌های زنانه برای دختران نوجوان که از نظر جنسی فعال هستند فراهم شود. همانطور که در دستورالعمل‌هایی برای نظارت بهداشتی شماره سه توصیه شده است باید برای این دختران، اقدامات مربوط به شناسایی سرطان دهانه‌ی رحم یا بیماری‌های مقاربتی انجام شود و اقدامات مربوط به شناسایی بیماری‌های مقاربتی نیز برای پسران از نظر جنسی فعال صورت گیرد.<sup>۱۲</sup>

۷. نسبت به آموزش‌های جنسی که در مدارس، نهادهای مذهبی و دیگر مراکز اجتماعی ارائه می‌شوند آگاه باشید. مدرسه‌ها را تشویق کنید که آموزش‌های جنسی را به عنوان بخشی از آموزش جامع بهداشت در مدارس از پایه پنجم یا ششم شروع کنند و از برنامه‌ی آموزشی‌ای استفاده کنند که در مورد بلوغ، پرهیز [از رابطه‌ی جنسی]، تصمیم‌گیری، پیشگیری از بارداری و راه‌کارهای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی (اچ آی وی) و اطلاعات مربوط به دسترسی به خدمات، رویکردهای موثر و متعادلی دارند. زیرا نزدیک به یک سوم مناطق آموزشی، صرفنظر از اینکه دانش‌آموزان از نظر جنسی فعال یا در معرض خطر باشند، هیچ اطلاعاتی در مورد پیشگیری از بارداری ارائه نمی‌کنند.<sup>۲۱</sup> پزشکان کودک باید ارائه‌ی

مواد (آموزشی) در مدرسه را مورد توجه قرار دهند. کالج مامایی و پزشکی زنان آمریکا، بسته‌های آموزشی مسائل جنسی نوجوانان: راهنماهایی برای مداخله حرفه‌ای را منتشر کرده است.<sup>۳۳</sup> این مجموعه، مباحثی نظیر ایدز، تجاوز شریک عشقی، گزینه‌های پیشگیری از بارداری و دیگر موضوعاتی را مطرح می‌کند، که ممکن است برای آن دسته از پزشکان کودک که تصمیم به ارائه آموزش مسائل جنسی دارند، مفید باشد. در فعالیتهای اجتماعی شرکت کنید تا بدین صورت [بتوانید] کارآمدی راه‌کارهای پیشگیری را نظارت کرده و [همچنین] به منظور کاهش عواقب غیرمنتظره، به بازبینی رویکردها بپردازید. ایفای نقش به عنوان یک منبع ارجاع برای دانش‌آموزانی که به خدمات بهداشت باروری جامع نیاز دارند را در نظر بگیرید.

۸. با برنامه‌ریزان دولتی و محلی همکاری کنید تا برای کاهش میزان رفتارهای جنسی نامطمئن در نوجوانان و پیامدهای مضر آن، راهکار جامعی پیدا کنید.

### توصیه‌ها

۱. هر پزشک اطفال باید همراه با آموزش مسائل جنسی، اقدامات بالینی برای کودکان را نیز از زمان کودکی تا نوجوانی آنها در برنامه‌های خود بگنجانند. این آموزش‌ها باید به ارزش‌های فرهنگی و فردی خانواده احترام بگذارد.
۲. مواد آموزشی مانند بروشورها، جزوات، یا ویدئوها، باید در جهت تقویت اقدامات آموزشی مطب\_محور در دسترس باشد.
۳. پزشکان اطفال باید در مورد خدمات اجتماعی‌ای که ارائه‌دهنده‌ی آموزش‌های جنسی مناسب و با کیفیت هستند و دیگر خدمات مورد نیاز کودکان، نوجوانان، و خانواده‌ها آگاه باشند.
۴. پزشکان اطفال باید به منظور کاهش میزان رفتارهای جنسی نامطمئن نوجوانان و پیامدهای مضر آن، در تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی مربوط به مسائل جنسی در مدرسه‌ها، یا اقدامات دولتی مشارکت کنند.
۵. اطلاعاتی که در مطب‌ها ارائه می‌شوند باید از لحاظ زبانی مناسب باشند. [در غیر این صورت] پزشکان اطفال باید برای کمک به کودکان، نوجوانان و خانواده‌هایشان در جهت دریافت اطلاعات به زبان انتخابی‌شان، راهی بیابند.

این مقاله ترجمه‌ای است از:

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence, *Sexuality Education for Children and Adolescents*, 2001;108;498

## REFERENCES

1. Abma JC, Chandra A, Mosher WE, Peterson LS, Piccinino LJ. Fertility, family planning and women's health: new data from the 1995 National Survey on Family Growth. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat.* 1997;23:1-114
2. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* 1996;87:668-674
3. Ventura SJ, Mathews TJ, Curtin SC. Declines in teenage birth rates, 1991-97: national and state patterns. *Natl Vital Stat Rep.* 1998;47:1-17
4. Spitz AM, Ventura SJ, Koonin LM, et al. Surveillance for pregnancy and birth rates among teenagers, by state—United States, 1980 and 1990. *MMWR CDC Surveill Summ.* 1993;42:1-27
5. Cooper LG, Leland NL, Alexander G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. *Soc Biol.* 1995;42:22-35
6. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, et al. Youth Risk Surveillance—United States, 1997. *MMWR CDC Surveill Summ.* 1998;47:1-89
7. Donovan P. *The Politics of Blame: Family Planning, Abortion, and the Poor.* New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1995
8. Alan Guttmacher Institute. *Sex and America's Teenagers.* New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1994
9. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Homosexuality and adolescence. *Pediatrics.* 1993;92:631-634
10. Kapphahn CJ, Wilson KM, Klein JD. Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. *J Adolesc Health.* 1999;25:131-142
11. Millstein SG, Igra V, Gans J. Deliver of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians. *J Adolesc Health.* 1996;19:249-257
12. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *Guidelines for Health Supervision III.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997
13. Green M, ed. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents.* Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 1994
14. Elster AB, Kuznets NJ, eds. *AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and Rationale.* Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1994
15. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kapphahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health.* 1999;25:120-130
16. Ford CA, Bearman PS, Moody J. Foregone health care among adolescents. *JAMA.* 1999;282:2227-2234
17. Frost JJ, Forrest JD. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Fam Plann Perspect.* 1995;27:188-195
18. Zabin LS, Hirsch MB, Streett R, et al. The Baltimore pregnancy prevention program for urban teenagers. I. How did it work? *Fam Plann Perspect.* 1988;20:182-187
19. Zabin LS, Hirsch MB, Smith EA, et al. The Baltimore pregnancy prevention program for urban teenagers. II. What did it cost? *Fam Plann Perspect.* 1988;20:188-192
20. Vincent ML, Clearie AF, Schluchter MD. Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education. *JAMA.* 1987;257:3382-3386
21. Landry DJ, Kaeser L, Richards CL. Abstinence promotion and the provision of information about contraception in public school district sexuality education policies. *Fam Plann Perspect.* 1999;31:280-286
22. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Contraception and adolescents. *Pediatrics.* 1999;104:1161-1166
23. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues: 1998. *Pediatrics.* 1999;103:516-520
24. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Counseling, the adolescent about pregnancy options. *Pediatrics.* 1998;101:938-940
25. Ruusuvaara L. Adolescent sexuality: an educational and counseling challenge. *Ann N Y Acad Sci.* 1997;816:411-413
26. Peckham S. Preventing unintended teenage pregnancies. *Public Health.* 1993;107:125-133
27. Card JJ, Niego S, Mallari A, Farrell WS. The program archive on sexuality, health & adolescence: promising "prevention programs in a box." *Fam Plann Perspect.* 1996;28:210-220
28. Darrow WW. Condom use and use-effectiveness in high-risk populations. *Sex Transm Dis.* 1989;16:157-168
29. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS and Committee on Adolescence. Adolescents and human immunodeficiency virus infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics.* 2001;107:188-190
30. Harrison AE. Primary care of lesbian and gay patients: educating ourselves and our students. *Fam Med.* 1996;28:10-23
31. Ryan C, Futterman D. *Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling.* New York, NY: Columbia University Press; 2000
32. Suris JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health.* 1996;19:124-131
33. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Adolescent Health Care. *Adolescent Sexuality Kit: Guides for Professional Involvement.* 2nd ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1992

