DOI: 10.22122/rbs.v17i2.2442

بررسی و مقایسه رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی از دید والدین و معلمان

سید محمد علی میری[1]، غلامعلی افروز[2]، باقر غباری بناب[3]، مجید قدمی[4]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بروز رفتارهای جنسی توسط نوجوانان کم‌توان هوشی می‌تواند مشکلات عدیده‌ای را برای خانواده و معلمان ایجاد کند؛ بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی از دید والدین و معلمان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع شیوه علی مقایسه‌ای بود و جامعه موردمطالعه تمام معلمان و والدین دانش آموزان نوجوان کم‌توان هوشی شهر تهران بود. تعداد ۵۰ نفر از والدین و تعداد ۵۰ نفر معلمان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌وسیله پرسشنامه محقق ساخته مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تفاوت معناداری بین گزارش‌های والدین و معلمان وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). والدین گزارش کرده‌اند که ۳۰ درصد فرزندشان اندام شخصی‌اش را در مکان عمومی لمس می‌کند؛ و ۳۲ درصد این رفتار به سمت شخص دیگری بوده. معلمان نیز گزارش کرده‌اند که دانش آموزان اندام شخصی خود را در مکان عمومی ۳۸ درصد زیاد لمس می‌کند و ۴۴ درصد زیاد اندام دیگران را لمس می‌کند.

نتیجه‌گیری: وقوع رفتارهای جنسی در نوجوانان کم‌توان هوشی، با توجه به کمبود منابع اطلاعاتی، محدودیت‌های شناختی و ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی خانواده تنوع زیادی داشت و از دیدگاه والدین و معلمان رفتارهای نامناسب را نشان می‌دهند. همچنین انکار والدین در گزارش این رفتارها دیده شد.

واژه‌های کلیدی: رفتارهای جنسی، نوجوانان کم‌توان هوشی، بلوغ جنسی.

ارجاع: میری سید محمدعلی، افروز غلامعلی، غباری بناب باقر، قدمی مجید. **بررسی و مقایسه رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی از دید والدین و معلمان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۲): ۲۹۰-۲۸۰.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۲۱

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲- استاد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳- استاد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴- دکتری فلسفه تعلیم و تربیت، سازمان آموزش‌وپرورش استثنایی کل کشور، تهران، ایران.
نویسنده مسئول: سید محمدعلی میری
Email:m.miri@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

مقدمه

بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical of Manual of Mental Disorder 5th)، (۱) کم‌توانی هوشی (Intellectual Disability)، اختلالی است که در طول دوره رشدی شروع می‌شود و شامل نقص‌های همزمان، در عملکرد ذهنی و در عملکرد سازگارانه درزمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی است. میزان شیوع این اختلال در جمعیت کل ۱ درصد و برای کم‌توانی هوشی شدید حدود ۶ در هر ۱۰۰۰ نفر است. تعداد پسران دارای این اختلال بیشتر از دختران به صورتی که میزان آن ۶ به ۱ می‌باشد.

بلوغ و چالش‌های آن برای افراد با نیازهای ویژه نیز همانند افراد عادی است ولی با اندکی تفاوت متناسب با شرایط جسمی و روانی آن‌ها که گاهی ممکن بلوغ را دیرتر و یا زودتر نسبت به افراد دیگر شروع کنند (۲، ۳ و ۴). افراد کم‌توان هوشی در ایران بلوغ را دیرتر از افراد عادی آغاز می‌کنند (۵ و ۶)؛ و در بعضی موارد مثل نقش جنسی، هویت جنسی، ثبات جنسی و بهداشت جنسی که به هماهنگی رشد ذهنی و فیزیولوژیکی نیاز است، در حفظ، نگهداری و مهار گری نیازها با تأخیرهای بیشتری مواجه‌اند (۵، ۷، ۸ و ۹). بلوغ یکی از مهم‌ترین و پرارزش‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد محسوب می‌شود، زیرا سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های زیستی و روان‌شناختی اوست، در این دوران فرد از دنیای کودکی فاصله می‌گیرد و به‌عنوان یک نوجوان به‌سوی بزرگ‌سالی گام برمی‌دارد (۱۰). همچنین در دوره‌ی سنی بلوغ جنسی با توجه به تغییراتی که ازلحاظ فیزیولوژیکی و روان‌شناختی برای نوجوان پیش می‌آید، امکان بروز رفتارهای هیجان مدار و لغزش‌های جنسی بیشتر است (۱۱، ۱۲ و ۱۳).

رشد رفتارهای جنسی در کودکان کم‌توان هوشی همانند کودکان عادی است، ولی با توجه به‌شدت کم‌توانی هوشی دچار تأخیرهایی می‌باشند (۵، ۷، ۸ و ۹). پژوهشگران اشاره‌کرده‌اند که نوجوانان کم‌توان هوشی در درجه نخست یک انسان هستند که نیاز و رشد جنسی دارند و در نمایش رفتارهای مقاربتی متفاوت هستند، گاهی اوقات با درجه مشابه و یا حتی بیشتر ازآنچه همسالانشان دیده می‌شود و در هر شرایطی، نیازهای عادی برای نوجوانان در صمیمیت جنسی نباید توسط والدین و متخصصان انکار شود.

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که مشکلات این کودکان شامل، خودنمایی جنسی، رفتار شبیه جنس مخالف، عدم رعایت پوشش مناسب در حضور دیگران، نمایش آلت تناسلی به دیگران، تماس فیزیکی داوطلبانه با جنس مخالف، واکنش غیرمعمول در مقابل جنس مخالف، بازی با اندام تناسلی (پنهانی) و در حضور دیگران، نشان دادن تمایلات جنسی شدید، تماشاگری جنسی، فعالیت جنسی با اشیا، خود ارضایی، سکس مقعدی، بارداری ناخواسته، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن است که وقوع دفعات این رفتارها در افراد کم‌توان هوشی نسبت به سایر اختلال‌ها بیشتر است که به علت تخلیه نشدن انرژی ذخیره‌شده و کم‌تحرکی و کمتر بودن تعاملات اجتماعی، می‌باشد (۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲).

علت بروز این رفتارها را محققان مختلف در پژوهش‌های مختلف بیان داشته‌اند که عبارت‌اند از: محدودیت‌های حسی و شناختی، کمبود منابع اطلاعاتی در دسترس و مناسب برای آن‌ها، باورهای غلط نسبت به نیازهای جنسی آن‌ها و رفتارهای جنسی، ارزش‌های فرهنگی، باورهای دینی، سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی خانواده‌ها و افراد جامعه بر روی میزان بروز رفتارها و مناسب و نامناسب بودن آن اثرگذار است (۵، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰).

افراد که رفتارهای مناسب جنسی از خودشان نشان می‌دهند فرصت بهتری برای حضور در اجتماع دارند و شانس بیشتری برای به اشتراک‌گذاری دانش و تجربه‌های جنسی خود با همسالان، پدر و مادر و دوستان دارند؛ اما افراد کم‌توان هوشی در معنا بخشی به مسائل جنسی که تجربه می‌کنند با مشکلاتی مواجهه هستند و در مواردی اظهارات آنان توسط والدین کم برآورد می‌شود (۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵).

ازآنجایی‌که والدین نقش کلیدی را در تربیت جنسی فرزندشان برخوردار هستند ضروری به نظر می‌رسد که دانش و اطلاعاتی در حوزه سلامت جنسی فرزندشان داشته باشند (۳۶، ۳۷ و ۳۸)، فعالیت جنسی در نوجوانان کم‌توان هوشی باید موازی علاقه و فعالیت همسالان عادی‌شان فرض شود و بنا بر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

نظریه Gagnon و Simon (۳۹) الگوها، هنجارها و رفتارهای جنسی باید از طریق فرآیند اجتماعی شدن و فرهنگی یاد گرفته شود، اما جامعه (والدین و معلمان) علی‌رغم اینکه به دنبال این هستند که این افراد تجربه مثبتی از عشق و مسائل جنسی داشته باشند، ناخشنودند و نمی‌توانند چنین مفهومی را بپذیرند که نوجوانان آرزوهای مشابه جنسی برای رفتارهای مقاربتی دارند که قابل‌مقایسه با همسالان عادی خود است که این موضوع منجر به اثرگذاری معنادار بر روی کیفیت زندگی و سلامت افراد کم‌توان هوشی می‌گردد (۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ و ۴۵).

بی‌توجهی به رفتاری جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی می‌تواند منجر به رفتارهای نامناسب، بروز مشکلاتی همچون کناره‌گیری از جامعه و سوءاستفاده جنسی، مشکلات عاطفی و هیجانی که با ترشح هورمون‌های دوران بلوغ تشدید گردیده است و ایجاد نگرانی‌های متعدد برای والدین، استفاده از رسانه‌های مجازی درراه نادرست، خانواده و فرد را دچار دردسر کند (۴۳،۸، ۴۶، ۴۷، ۴۸ و ۴۹).

لذا با توجه به موارد گفته‌شده آنچه اهمیت پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد این است که نمی‌توان پژوهشی را یافت که به‌صورت مستقیم به شناسایی رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی در دوران بلوغ از دید والدین و معلمان پرداخته باشد؛ و همچنین بررسی رفتارهای جنسی و مسائل جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی در ایران دارای چارچوب‌بندی مشخصی نیست، تحقیقات صورت گرفته بر روی دختران نوجوان بوده و مسائل مربوط به دوران بلوغ است و نه رفتارهای جنسی آنان، مسئله دیگر در تحقیقات داخلی، این است که بررسی‌های صورت گرفته فقط از دیدگاه والدین بوده و معلمان مورد غفلت بوده است.

با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها و اینکه رفتارهای جنسی این گروه از نوجوانان از چالش‌های اصلی این گروه می‌باشد، نقش شناسایی رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی بر روی نمونه‌های ایرانی در جهت رفع خلأ پژوهشی در این زمینه ضروری است. ازاین‌رو هدف از این پژوهش حاضر شناسایی رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی در دوران بلوغ جنسی از دید والدین و معلمان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با توجه به هدف، ماهیت و موضوع، از نوع توصیفی و علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش تمام معلمان و والدین دانش آموزان نوجوان کم‌توان هوشی شهر تهران بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: والدینی که نوجوانان پسری آنان در سطح آموزش پذیر با بهره هوشی ۵۵ تا ۷۰ که توسط سازمان آموزش‌وپرورش استثنایی سنجش شده‌اند، مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ و در محدوده سنی بین ۱۲ تا ۲۰ سال؛ حجم نمونه شامل ۵۰ نفر از معلمان این دانش آموزان و ۵۰ نفر از والدین آن‌ها که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تکمیل پرسشنامه با هماهنگی با دو مدرسه در شهر تهران که آماده همکاری در این زمینه بودند، در جلسه دبیران مدرسه با حضور معاون، پژوهشگر و سایر معلمان ابتدا پژوهشگر به بیان اهمیت و ضرورت اجرای این پژوهش پرداخت و به معلمانی که تمایل به شرکت در این پروژه را داشتند پرسشنامه‌ای داده شد در تمام طول جلسه پژوهشگر حاضر و به سؤالات آن‌ها جواب می‌داد؛ و سپس در جلسات اولیا با حضور مشاور مدرسه، پیرامون مشکلات دوران بلوغ و رفتارهای جنسی و اهمیت شناسایی این رفتارهای به‌صورت دقیق بحث و گفتگو شد. سپس بعد از تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح، پرسشنامه به والدینی که تمایل داشتند شرکت کنند داده شد و درنهایت پژوهشگر به تمام سؤالات والدین پاسخ داد.

ابزار استفاده شده در پژوهش به تفضیل بیان‌شده است.

برای تدوین پرسشنامه محقق پس از مطالعه و بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده، نظریه‌های موجود در حوزه رفتارهای جنسی، فهرست اولیه گویه‌ها را به دست آورده و در بازبینی‌های چندباره و مشورت با نویسندگان، متخصصان این حوزه روایی صوری و محتوایی با روش لاوشه ۸۱٪ برای پرسشنامه معلمان و ۷۹٪ برای پرسشنامه والدین به دست آمد و درنهایت پرسشنامه والدین در ۵ بعد برای دیدگاه آن‌ها (رفتارهای اجتماعی، آگاهی از حریم شخصی، تربیت جنسی، رفتارهای جنسی و نگرانی‌های والدین) و در ۴ بعد برای معلمان (به‌جز بعد نگرانی والدین) به دست آمد. تعداد گویه های پرسشنامه والدین ۵۰ سؤال (بخش رفتارهای اجتماعی ۵ گویه،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

بخش حریم شخصی ۱۵ گویه، بخش تربیت جنسی ۱۱ گویه، بخش رفتار جنسی ۱۶ گویه، بخش نگرانی‌ها والدین ۵ گویه) و پرسشنامه معلم ۵۱ گویه (بخش رفتارهای اجتماعی ۸ گویه، بخش حریم شخصی ۱۳ گویه، بخش تربیت جنسی ۱۳ گویه، بخش رفتار جنسی ۱۷ گویه) که ازاین‌بین، تعداد ۴ گویه به‌صورت تشریحی و سایر گویه ها به‌صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (از خیلی زیاد تا خیلی کم، همیشه تا اصلاً و اکثر اوقات تا اصلاً) طبقه‌بندی‌شده‌اند. به‌جز سؤال‌های تشریحی، سؤال‌های طیف لیکرت از خیلی زیاد که نمره ۴ می‌گیرد تا اصلاً که نمره ۱ به آن اختصاص می‌یابد و در بعد نگرانی‌های والدین به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود.

پایایی پرسشنامه‌ها با توجه به آلفای کرونباخ به‌دست‌آمد که برای پرسشنامه والدین با تعداد ۴۳ آیتم برابر با ۰/۸۲۰ و بر مبنای آیتم‌های استاندارد ۰/۸۴ و برای پرسشنامه معلمان با ۴۰ آیتم برابر با ۰/۸۹۰ و بر مبنای آیتم‌های استاندارد ۰/۸۸۹ بود.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی افراد کم‌توان هوشی شرکت‌کننده ۲/۳۶ ±۱۶/۴ و سن رسیدن به بلوغ آنان ۱/۸۶ ± ۱۳/۹ بوده است، ۴۰ درصد از افراد کم‌توان شرکت‌کننده دارای سندرم داون، ۲۸ درصد دارای اختلال طیف اتیسم و ۱۴ درصد از آن‌ها اختلال دیگری نداشته‌اند. از ۵۰ نفر شرکت‌کننده والدین ۱۴ نفر پدر و ۳۶ نفر آنان مادر بودند که میانگین سنی آن‌ها به ترتیب ۵/۱۲ ± ۴۹/۷ و ۵/۵۸ ± ۴۴/۹ و در ارتباط با معلمان نیز ۴۱ نفر زن و ۹ نفر مرد با میانگین سنی ۹/۶۸ ± ۴۳/۷ که دارای ۲۰ سال سابقه کاری می‌باشند. تحصیلات معلمان ۲۵ نفر آنان دارای مدرک کارشناسی، ۱۵ نفر ارشد و بقیه فوق‌دیپلم و دکتری بودند؛ و والدین هر دو نفر ۱۵ نفر دارای مدرک زیر دیپلم، ۳۴ نفر دارای دیپلم و ۲۵ نفر دارای کارشناسی و بقیه دارای سایر مدارک تحصیلی بودند.

طبق جدول ۱، والدین گزارش کرده‌اند که ۳۰ درصد فرزندشان اندام شخصی‌اش را در مکان عمومی زیاد لمس می‌کند؛ و ۳۲ درصد این رفتار به سمت طرف دیگری است. همچنین حدود ۴۲ درصد اعلام کردند که فرزندشان دل‌بستگی عاطفی زیادی نسبت به شخص دیگر دارد. معلمان نیز گزارش کرده‌اند که ۳۸ درصد دانش آموزان اندام شخصی خود را در مکان عمومی زیاد لمس می‌کند و ۴۴ درصد اندام دیگران را زیاد لمس می‌کند و میزان دل‌بستگی عاطفی به شخص دیگر از دید معلمان ۵۴ درصد و همچنین در ارتباط با تصاویر و فعالیت‌های جنسی ۶۸ درصد علاقه‌مندی نشان می‌دهند.

والدین در ارتباط با نگرانی‌های از آگاهی از پاسخ‌های جسمی جنسی نوجوانان، بیان داشته‌اند که آن‌ها احتلام (خروج مایع منی در هنگام خواب) را تحت عنوان شب‌ادراری بیان می‌کنند و نگرانی دیگرشان در مورد ازدواج است که منجر به حس خجالت در پیش کشیدن موضوعات جنسی و عاطفی آن‌ها می‌گردد؛ دل‌بستگی عاطفی نوجوانان بیشتر با اعضای خانواده به‌ویژه مادر و دختران فامیل است که رفتارهای نامناسبی همچون لمس اندام شخصی او، بوسیدن، بغل کردن، عدم رعایت فاصله بین شخصی و دست دادن می‌باشد.

معلمان در مورد نگرانی‌ها نسبت به پاسخ‌های جسمی جنسی این‌گونه پاسخ دادند که نگرانی‌های آنان همراه با حس‌های همچون، بیماری، گناه و طرد شدن و گاه نگرانی‌های در ارتباط با تنبیه اگر سؤال بپرسند و یا اجتناب از سؤال پرسیدن؛ مشابه پاسخ والدین، معلمان نیز بیان داشتند که نوجوانان احتلام را شب‌ادراری در نظر می‌گیرند. دل‌بستگی عاطفی آن‌ها معلمان، به‌ویژه معلمان مجرد و اعضای فامیل است که رفتارهای نامناسبی همچون، رفتن سر کلاس سایر معلم‌ها، بوسیدن و در آغوش کشیدن زیاد، پیشنهادهای ازدواج مداوم و دستمالی کردن نسبت به فرد موردعلاقه خود را داشته‌اند.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی رفتار جنسی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
والدین	۲۱/۹۲	۶/۵۶	۰/۹۲
معلمان	۲۷/۴۸	۵/۰۵	۰/۷۲

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که در بعد رفتار جنسی، میانگین نمره به‌دست‌آمده از گروه والدین برابر با ۶/۵۶ ± ۲۱/۹۲ و برای معلمان برابر با ۵/۰۵ ± ۲۷/۴۸ می‌باشد؛ که میانگین خطای استاندارد برای گروه والدین ۰/۹۲ و معلمان ۰/۷۲ را نشان می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

جدول ۱. فراوانی و درصد پاسخگویی والدین و معلمان به سؤالات بخش رفتارهای جنسی

ردیف	عبارت	گروه	زیاد	کم	اصلاً
۱	لمس اندام شخصی در مکان عمومی	والدین	۱۵ (۳۰)	۱۹ (۳۸)	۱۶ (۳۲)
		معلمان	۱۹ (۳۸)	۲۷ (۵۴)	۴ (۸)
۲	لمس شخص دیگر به‌صورت نامناسب	والدین	۱۶ (۳۲)	۱۷ (۳۴)	۱۷ (۳۴)
		معلمان	۲۲ (۴۴)	۲۵ (۵۰)	۳ (۶)
۳	صحبت در مورد رفتارهای جنسی با همسالان به‌صورت نامعمول	والدین	۲ (۴)	۱۳ (۲۶)	۳۵ (۷۰)
		معلمان	۱۸ (۳۶)	۲۷ (۵۴)	۵ (۱۰)
۴	داشتن فیلم و عکس جنسی در گوشی و وسیله شخصی	والدین	۵ (۱۰)	۱۰ (۲۰)	۳۵ (۷۰)
		معلمان	۹ (۱۸)	۲۷ (۵۴)	۱۴ (۲۸)
۵	اشتراک‌گذاری این تصاویر	والدین	۳ (۶)	۸ (۱۶)	۳۹ (۷۸)
		معلمان	۸ (۱۶)	۲۰ (۴۰)	۲۲ (۴۴)
۶	استمنا در مکان عمومی	والدین	۱ (۲)	۱۷ (۳۴)	۳۲ (۶۴)
		معلمان	۸ (۱۶)	۲۳ (۴۶)	۱۹ (۳۸)
۷	درآوردن لباس در مکان عمومی	والدین	۹ (۱۸)	۱۰ (۲۰)	۳۱ (۶۲)
		معلمان	۱۱ (۲۲)	۲۴ (۴۸)	۱۵ (۳۰)
۸	آگاهی از پاسخ جنسی جسمی	والدین	۳ (۶)	۲۴ (۴۸)	۲۳ (۴۶)
		معلمان	۸ (۱۶)	۲۹ (۵۸)	۱۳ (۲۶)
۹	نگرانی در مورد پاسخ جنسی جسمی	والدین	–	۲۶ (۵۲)	۲۴ (۴۸)
		معلمان	۷ (۱۴)	۳۳ (۶۶)	۱۰ (۲۰)
۱۰	دل‌بستگی عاطفی با شخص دیگر	والدین	۲۱ (۴۲)	۱۴ (۲۸)	۱۵ (۳۰)
		معلمان	۲۷ (۵۴)	۲۰ (۴۰)	۳ (۶)
۱۱	رفتار نامناسب به سمت شخص موردعلاقه	والدین	۵ (۱۰)	۱۶ (۳۲)	۲۹ (۵۸)
		معلمان	۲۰ (۴۰)	۲۲ (۴۴)	۸ (۱۶)
۱۲	نمایش رفتار جنسی در موقعیت متفاوت	والدین	۹ (۱۸)	۸ (۱۶)	۳۳ (۶۶)
		معلمان	۱۲ (۲۴)	۲۷ (۵۴)	۱۰ (۲۰)
			علاقه‌مند شدید	علاقه‌مند	اجتناب	اجتناب شدید
۱۳	چگونگی واکنش نسبت به تصاویر و فعالیت‌های جنسی	والدین	۸ (۱۶)	۲۵ (۵۰)	۱۲ (۲۴)	۵ (۱۰)
		معلمان	–	۳۴ (۶۸)	۱۴ (۲۸)	۲ (۴)

جدول ۳. آزمون t مستقل برای بعد رفتار جنسی از دید والدین و معلمان

	t	df	p	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت خطای استاندارد	۹۵٪ اطمینان درونی تفاوت‌ها	
						پایین‌تر	بالاتر
رفتار جنسی	-۴/۷۲۵	۹۷	۰/۰۰۱	-۵/۵۶۹	۱/۱۷۸	-۷/۹۰	-۳/۲۳

نتایج جدول ۳ نشان داد که آزمون t معنادار بود (۴/۷۲۵- =t(۹۷)، ۰/۰۰۱ =p). نتایج نشان داد که معلمان (۵/۰۵ ± ۲۷/۴۸) به‌طور معناداری رفتار جنسی را بیشتر از والدین (۶/۵۶ ± ۲۱/۹۲) گزارش کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش شناسایی رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی در دوران بلوغ جنسی از دید والدین و معلمان بود. نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش‌های انجام‌شده در این حیطه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

ازجمله Yıldız1 و Cavkaytar (۸)، اکرمی و همکاران (۱۵)، Bethesda و Dennis (۱۹) و Euling و همکـــــاران (۱۰)، Stokes و Kaur (۲۱) در این‌که والدین گزارش کـرده‌انـد کـه بیشترین مشکلات رفتارهای جنسی که نوجوانانشان زیاد نشـان می‌دهند عبارتنداز: لمس انـدام شخصـی‌اش در مکـان عمـومی، لمس اندام شخصی شخص دیگران، دل‌بستگی عاطفی زیاد بـه افراد و علاقه‌مندی نسبت به فعالیت‌ها و تصاویر جنسی؛ و آن‌ها احتلام را در تحت عنوان شب‌ادراری فرض می‌کنند، همسوسـت و نیز والدین بیان می‌کنند نوجوانان کم‌توان هوشـی نسـبت بـه کـارکرد و تغییـرات انـدام‌هـای جنسـی خودآگـاهی ندارنـد کـه Medina-Rico و همکاران (۳۵) و Cerci (۳۱) نیز بـه ایـن موارد اشاره‌کرده‌اند.

پاسخ‌های والدین و معلمان نشان می‌دهـد کـه نوجوانـان از پاسخ‌های جسمی جنسی خودآگاهی و اطلاع ندارنـد، اطلاعـات آنان اشتباه و ناقص است که باید آموزش داده شود کـه ایـن بـا نتایج تحقیق خانزاده و همکاران همسو نیست، ولی بـا پـژوهش Borawska-Chark و همکـــــــــاران (۹) و Yıldız1 و Cavkaytar (۸)، اکرمـــی و همکـــاران (۱۵)، Bethesda و Dennis (۱۹)، Euling و همکاران (۱۰) و Medina-Rico و همکاران (۳۵) همسوست. در تبیین این یافتـه‌هـا بایـد گفـت داشتن دل‌بستگی بـه یـک شـخص فرآینـدی طبیعـی از دوران کودکی تا بزرگ‌سالی را شامل می‌شود، اما اگـر ایـن دل‌بسـتگی زیاد و بر روی کارکردهای فرد اثرگذار باشد، به‌عنوان نشانه‌هـای وجود اختلال می‌توان در نظر گرفت. پاسخ‌هـای والـدین نشـان می‌دهد که نوجوانان دل‌بستگی عاطفی زیادی با اشخاص دارنـد که این شخص؛ مادر، معلم و دختران جوان فامیل و... را شـامل می‌شود و رفتارهای نامناسبی را به سمت فـرد موردعلاقـه خـود نشان داده‌اند. ازجمله، بوسیدن، بغل کردن و ... که نشان از عدم رعایت حریم شخصی است و آگاهی از این موارد که هر رفتاری جایز نیست و گاهاً از والدین در ایـن مـوارد سـؤال‌هـای مطـرح می‌کنند که چگونه باید برخورد کنند و ازآنجایی‌که ۴۰ درصـد از افراد شـرکت‌کننـده در پـژوهش، نوجوانـان دارای سـندرم داون هستند، داشتن دل‌بستگی عاطفی زیاد قابل توجیه می‌باشد.

تفـاوت دیـدگاه والـدین در موضـوع نگهـداری تصـاویر و فیلم‌های جنسی و به اشتراک‌گذاری دیده می‌شود، بـا توجـه بـه شرایط مدرسه نوجوانان بیشتر از دسترس معلمان و ناظمـان دور هستند و کنترل کمتری بر روی آن‌ها صورت می‌گیرد، این رفتار اتفاق می‌افتد، همچنین که در مدرسه به دلیل کـه نوجوانـان بـا معلمان و احساس صمیمیت می‌کنند، اشتراک‌گذاری و نگهداری تصاویر جنسی را بیشتر با معلمـان خـود در میـان مـی‌گذارنـد و صحبت می‌کنند که یافته‌ها با نتایج بـه‌دسـت‌آمـده بـا پـژوهش Lo¨fgren-Ma و همکـاران (۴۳)، Sankhla و Theodore (۴۴) همسو است.

میزان بروز رفتارهای جنسی نامناسب در درون یک جامعـه، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، دینـی و اقتصـادی همـان جامعـه و به‌ویژه تجربیات خـانواده مـی‌باشـد. در بسـیاری از فرهنـگ‌هـا همچون ایران در مورد رفتارهای جنسـی قـوانین سـخت‌گیرانـه تعیین می‌گردد و دیده شدن آنان توسط اعضـای جامعـه نهـی و توبیخ می‌گردد و از دیدگاه دینی نیز داشتن روابط جنسی خارج از چارچوب ازدواج جایز نیست و نشان دادن رفتارهـای نامناسـب و عدم رعایت موضوع محرم و نامحرم همراه با گناه می‌باشـد کـه خانواده‌ها این موارد را به فرزندان خـود در زمـان‌هـای مختلـف گوشزد می‌کنند که در اکثر این موارد، این قوانین و دیدگاه باعث بروز مشکلات و رفتارهای جنسی نامناسب می‌گردد و همچنـین در برابر پاسخ‌های جسمی نوجوانان آن‌ها بـه عـواملی همچـون گنـاه و بیمـاری و در تصـور مقصـر اصـلی خودشـان را معرفـی می‌کنند. پیامد پرسیدن سؤال پیرامون چرایی توسط آنان با تنبیه شدن، طفره رفتن و اجتناب از سؤال پرسـیدن را بـرای نوجـوان همراه بوده است. نکته قابل‌توجه، موضوعاتی است در ارتباط بـا آینده خود نوجوان که توسط آنان مطرح‌شده است. سؤالاتی کـه نوجوانان از والدین پرسیده‌اند شامل مواردی همچـون «آیـا مـن می‌توانم ازدواج کنم و پدر شوم؟»، «من کی ازدواج مـی‌کـنم؟» که با نتایج تحقیـق Dionne و Dupras و گنجـی (۲۵ و ۲۶) همسوست. نگاه متفاوت داشتن به مسـائل جنسـی تحـت تـأثیر عدم آموزش کافی به خانواده‌هـا، فقـر شـناختی و کمبـود منـابع اطلاعاتی و آموزشی، محدود بودن مهارت‌های اجتماعی و درک قوانین و تصور نادرست افراد جامعه از نیازهای جنسی این افـراد می‌تواند ازجملـه عوامـل مـؤثر در بـروز مشـکلات بـرای افـراد کم‌توان هوشی و خانواده‌های آنان باشد که در گزارش رفتارهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

جنسی فرزندانشان بااحتیاط و انکار گزارش کنند و این موارد در پژوهش‌های متعدد (۱۹، ۲۷، ۲۹، ۴۳، ۴۸) گزارش‌شده است.

Shah و همکاران (۱۴) به این نتیجه رسیده‌اند که نوجوانان کم‌توان هوشی در درجه اول یک انسان هستند که نیازمند درک مسائل جنسی هستند و در نمایش رفتارهای مقاربتی تفاوت‌های را نشان می‌دهند و گاهی اوقات با میزان درجه مشابه و گاهی بیشتر از همسالانشان دیده می‌شود و در هر شرایطی، نیازهای جنسی این افراد نباید توسط والدین، معلمان و متخصصان انکار شود که Yıldız1 و Cavkaytar (۸) و Borawska-Chark و همکاران (۹) نیز به این موضوع اشاره‌کرده‌اند. نتایج مطالعه حاضر بر اهمیت نقش والدین و معلمان در کاهش مشکلات و رفتارهای جنسی نوجوانان کم‌توان هوشی تأکید نمود. با داشتن برنامه‌های ورزشی و اجتماعی مناسب برای این نوجوانان و پر کردن اوقات فراغت در کنار آموزش‌های لازم مناسب در حوزه مهارت‌های اجتماعی، حریم شخصی، تربیت جنسی و در اختیار قرار دادن محتوای های مناسب در رسیدن به رفتارهای جنسی سالم کمک کرد. همچنین والدین و معلمان نیز باید در کارگاه‌های مربوط به تربیت جنسی شرکت کنند تا بتوانند به این نوجوانان کمک کنند و مطالب ارزشمند مفیدی در پاسخگویی به سؤالات آن‌ها تهیه کنند.

با تکیه‌بر اطلاعات به‌دست‌آمده، نمونه به‌اندازه کافی معرف جامعه افراد کم‌توان هوشی نبوده و با توجه به اینکه بررسی رفتارهای جنسی نوجوانان پسر پرداخته‌شده، بهتر است که گروه دختران و نیازهای خاص جنسی و مشکلات رفتاری آنان در مقایسه با پسران بررسی گردد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از پدران و مادران نوجوانان پسر کم‌توان هوشی و معلمان دلسوز آنان که ما را در اجرای این طرح پژوهشی همراهی کردند، سپاس گذاریم.

References

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
2. Afroz G. Age and Different in Age. Tehran: Tehran University, 2012; 5-8. [In Persian].
3. Greydanus DE, Omar HA. Sexuality issues and gynecologic care of adolescents with developmental disabilities. Pediatric Clinics of North America. 2008 Dec 1;55(6):1315-35.
4. Rushbrooke E, Murray CD, Townsend S. What difficulties are experiences by caregivers in relation to sexuality of people with intellectual disabilities? A qualitative meta-synthesis. Research in developmental disabilities 2014; 35(4): 871-886.
5. Afroz G. Psychology and Rehabilitation Down syndrome's children. Third edition. Tehran: Tehran University Publication, 2005, [In Persian].
6. Mirzaii Tabar F. Comparative analysis of the age of onset of puberty among 9-17-year-old female students, blind, deaf, slow-paced and normal in Tehran. M.A. Dissertation. Faculty of psychology and Education, Tehran University. 2013.
7. Abasi Peykani Z. survey the health needs of slow-paced students' basis from the perspective of their parents. M.A. Dissertation. Faculty of psychology and Education. Tehran University. 2008. [In Persian].
8. Yıldız G, Cavkaytar A. Effectiveness of a sexual education program for mothers of young adults with intellectual disabilities on mothers' attitudes toward sexual education and the perception of social support. Sexuality and Disability. 2017 Mar 1;35(1):3-19.
9. Borawska-Charko M, Rohleder P, Finlay WM. The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: a review. Sexuality Research and Social Policy. 2017 Dec 1;14(4):393-409.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

10. Euling SY, Herman-Giddens ME, Lee PA, Selevan SG, Juul A, Sørensen TI, Dunkel L, Himes JH, Teilmann G, Swan SH. Examination of US puberty-timing data from 1940 to 1994 for secular trends: panel findings. Pediatrics. 2008 Feb 1;121(Supplement 3):S172-91.
11. Angold A, Costello EJ. Puberty and depression. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2006 Oct 1;15(4):919-37.
12. Archer J. Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2006 Jan 1;30(3):319-45.
13. Davis-daSilva M, Wallen K. Suppression of male rhesus testicular function and sexual behavior by a gonadotropin-releasing-hormone agonist. Physiology & behavior. 1989 May 1;45(5):963-8.
14. Shah P, Norlin C, Logsdon V, Samson-Fang L. Gynecological care for adolescents with disability: physician comfort, perceived barriers, and potential solutions. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2005 Apr 1;18(2):101-4.
15. Akrami L, Mirzamani M, Davarmanesh A. Comparison of Sexual problems in Intellectually Disabled and Normal Adolescent Girls in the Puberty Period. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2011; 19(1): 24-34. [In Persian]
16. Furey EM. Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where. Mental retardation. 1994 Jun 1;32(3):173.
17. McCarthy M. The sexual support needs of people with learning disabilities: A profile of those referred for sex education. Sexuality and Disability. 1996 Dec 1;14(4):265-79.
18. McCabe MP, Cummins RA. The sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with mild intellectual disability. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities. 1996 Mar 1:13-21.
19. Bethesda, Dennis. The Guide to Good Health for Teen and Adult with Down syndrome. Woodbine House. Chicoine, Brain and Mcguire. USA: Woodbine House 2010.
20. Akrami L, Mirzamani M, Davarmanesh A, Mohamadi M, Biglarian A. Comparison of Puberty Problems of Intellectual Disability Teenage Girls with Normal Teenage Girls. Research on Exceptional Children 2008; 7(4): 467-492. [In Persian].
21. Stokes MA, Kaur A. High-functioning autism and sexuality: A parental perspective. Autism. 2005 Aug;9(3):266-89.
22. Afrooz G, Ali Pour A, Zayjani S. Comparison of Biological, Cognitive and Psychosocial Characteristics of Parents of Children with Down syndrome with Parents of Normal Children in Tehran, Urmia and Isfahan.M.A.th. Faculty of Humanities, Payame Noor University of Tehran. 2007. [In Persian].
23. Couwenhoven T. Teaching children with Down syndrome about their bodies, boundaries, and sexuality: A guide for parents and professionals. Bethesda: Woodbine House; 2007.
24. Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, McLaughlin S, Govind A, Sadof M, Huntington NL. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. Pediatric dentistry. 2011 Jan 15;33(1):29-36.
25. Dionne H, Dupras A. Sexual health of people with an intellectual disability: An ecosystem approach. Sexologies. 2014 Oct 1;23(4):e85-9.
26. Ghanji M. Psychological Pathology Based on DSM-5. Third Edition. Second Vol. Tehran: Savalan, 2016. [In Persian].
27. Alberta Health services. Parent Packages and Labels. Sexuality & disability: A guide for parents. Canada: Sexual and Reproductive Health Education and Health Promotion 2009.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

28. Kiran-Yilmaz, F. Investigating the Influence of a Home Sexual Health Education Program from Mothers to Daughters. Post Graduate Thesis. Institute of Education Sciences, Gazi University, Turkey 2011.
29. Kok G, Akyuz A. Evaluation of effectiveness of parent health education about the sexual developments of adolescents with intellectual disabilities. Sexuality and Disability. 2015 Jun 1;33(2):157-74.
30. Barr EM, Moore MJ, Johnson T, Forrest J, Jordan M. New evidence: data documenting parental support for earlier sexuality education. Journal of School Health. 2014 Jan;84(1):10-7.
31. Cerci, G. Examination of Parents' Attitudes and Knowledge Levels about Sexuality Education of Their Children with Intellectual Disabilities. Post Graduate Thesis. Institute of Education Sciences, Dokuz Eylul University, Turkey.2013.
32. Franco DG, Cardoso J, Neto I. Attitudes towards affectivity and sexuality of people with intellectual disability. Sexuality and Disability. 2012 Sep 1;30(3):261-87.
33. Banks N, Ward P. Sexually harmful behaviour and treatment within an attachment-based framework: An adolescent case study. Educational and Child Psychology. 2014; 31(3): 9–21.
34. Kijak RJ. A desire for love: considerations on sexuality and sexual education of people with intellectual disability in Poland. Sexuality and disability. 2011 Mar 1;29(1):65-74.
35. Medina-Rico M, López-Ramos H, Quiñonez A. Sexuality in people with intellectual disability: Review of literature. Sexuality and Disability. 2018 Sep 1;36(3):231-48.
36. Povilaitiene N, Radzeviciene L. Parents'and Teachers'attitude to Family Planning of Adolescents with Mild Intellectual Disabilities in the Context of Conceptions of Gender and Sexuality. Social Welfare: Interdisciplinary Approach. 2013;2(3):8-18.Peter C.R., Tasker T.B, Horn S.S. Parents' attitudes toward comprehensive and inclusive sexuality education: beliefs about sexual health topics and forms of curricula. Health Educ 2015; 115: 71–92.
37. Baines S, Emerson E, Robertson J, Hatton C. Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. BMC public health. 2018 Dec;18(1):667.
38. Gagnon JH, Simon W. Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality. Aldine Transaction, New Brunswick, London 1973/2005; 2nd Ed.
39. Schwab WE. Sexuality & Community living in: Schwab editor. Down syndrome. Advance in medical center. New York, Wiley liss 1992; 66-157.
40. Khanzadeh A, Taher M, Esapoor M. Attitudes to Sexuality in Individuals with Mental Retardation from Perspective of their Parents and Teachers. International Journal of Sociology and Anthropology. 2012; 4(4):134-146.
41. Chrastina, J, Večeřov. H. Supporting Sexuality in Adults with Intellectual Disability—A Short Review Sexuality and Disability 2018; 1-14. https://doi.org/10.1007/s11195-018-9546-8
42. Löfgren-Mårtenson L, Sorbring E, Molin M. "T@ ngled Up in Blue": Views of Parents and Professionals on Internet Use for Sexual Purposes among Young People with Intellectual Disabilities. Sexuality and disability. 2015 Dec 1;33(4):533-44.
43. Sankhla D, Theodore K. British attitudes towards sexuality in men and women with intellectual disabilities: a comparison between white westerners and south Asians. Sexuality and disability. 2015 Dec 1;33(4):429-45.
44. Tamas D, Jovanovic NB, Rajic M, Ignjatovic VB, Prkosovacki BP. Professionals, parents and the general public: attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. Sexuality and Disability. 2019 Jun 1;37(2):245-58.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

45. Haynes A. An investigation into parental attitudes about sexuality and children with intellectual disabilities. Doctoral dissertation, Education in School Counseling, City University of Seattle 2016.
46. Frawley P, Wilson NJ. Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. Sexuality and disability. 2016 Dec 1;34(4):469-84.
47. Finlay WM, Rohleder P, Taylor N, Culfear H. 'Understanding'as a practical issue in sexual health education for people with intellectual disabilities: A study using two qualitative methods. Health Psychology. 2015 Apr;34(4):328.
48. Pownall JD, Jahoda A, Hastings RP. Sexuality and sex education of adolescents with intellectual disability: mothers' attitudes, experiences, and support needs. Intellectual and developmental disabilities. 2012 Apr;50(2):140-54.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]

Survey of Sexual Behaviors of Intellectual Disability Adolescents from the Parents 'and Teachers' Viewpoints

Seyed Mohammad Ali Miri[1], Gholam Ali Afroz[2], Bagher Ghobari Bonab[3], Majid Ghadami[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The occurrence of sexual behavior by young people with intellectual disability can create many problems for families and teachers. Therefore, the purpose of this study was to identify the sexual behaviors of adolescents with intellectual disability from the viewpoint of parents and teachers.

Methods and Materials: This research was a comparative causative method and the community studied was all teachers and parents of intellectual disable adolescent students in Tehran, 50 parents and 50 teachers were selected by available sampling method and they were evaluated by a researcher-made questionnaire. Data were analyzed by independent T-test by using SPSS software.

Findings: There was a significant difference between the reports of parents and teachers (P<.001). Parents report that 30 percent of their children touch their personal body in a public place and 32 percent of this behavior was toward someone else. Teachers have also reported that students tend to touch their own body in a 38 percent in public place and touch 44 percent toward someone else.

Conclusions: The occurrence of sexual behaviors in young people with intellectual disability was very diverse due to the lack of information resources, cognitive limitations and cultural and social values of the family. And from the perspective of parents and teachers, they show inappropriate behaviors. Parents' denial was also reported.

Keywords: Sexual behaviors, intellectual disable adolescents, sexual puberty.

Citation: Miri SMA, Afruz Gh, Ghobari Bonab B, Ghadami M. **Survey of Sexual Behaviors of Intellectual Disability Adolescents from the Parents 'and Teachers' Viewpoints.** J Res Behav Sci 2019; 17(2): 280-290.

Received: 2019.02.24 Accepted: 2019.08.12

1- M.A., Department of Psychology and Exceptional children's' Education, Faculty of Psychology and Education, Tehran university, Tehran, Iran.
2- Professor, Department of Psychology and Exceptional children Education, Faculty of Psychology and Education, Tehran university, Tehran, Iran.
3- Professor, Department of Psychology and Exceptional children Education, Faculty of Psychology and Education, Tehran university, Tehran, Iran.
4- Ph.D. in Philosophy of Education, Special Education Organization, Tehran, Iran.
Corresponding author: Seyed Mohammad Ali Miri Email: m.miri@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.11.6]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.280]