

Bengaalse jeugd wil betere voorlichting

ALINDA BOSCH

Kennis over seks, kinderen krijgen en HIV/AIDS onder de maat

In Bangladesh is adolescentie, de leeftijdsgroep tussen 10 en 19 jaar, behalve in lichamelijk, mentaal en emotioneel opzicht ook demografisch gezien een belangrijke periode. De meer dan 31 miljoen adolescenten maken ruim 22 procent van de totale bevolking uit en vormen daardoor een niet onbelangrijke groep. Veel meisjes worden relatief snel na de eerste menstruatie uitgehuwelijkt en krijgen kinderen. Zowel meisjes als jongens blijken echter niet of onvoldoende te zijn voorgelicht over seks, contraceptie en HIV/AIDS en willen daar meer over weten.



Voorlichting over reproductieve gezondheid aan schoolmeisjes.

Foto: www.unfpa-bangladesh.org

demodata

Mensen verhuizen gemiddeld negen keer in hun leven. Alloctonen verhuizen echter veel vaker dan autoctonen. Dit geldt vooral voor mannen uit de Nederlandse Antillen en Aruba. Tussen hun 15^e en 55^e jaar verhuizen die zo'n 11 keer; autochtone mannen doen dat vijf keer. Ook tweede-generatie alloctonen verhuizen vaker dan autoctonen, maar ze doen dat minder vaak dan eerste-generatie alloctonen. Tussen regio's bestaan sterke verschillen in het verhuisgedrag. In de provincies Groningen en Flevoland verhuist men vaker dan in Gelderland, Overijssel en Noord-Brabant. Ook in de grote steden verhuist men vaker (Ruimtelijk Planbureau / Centraal Bureau voor de Statistiek).

In de bevolkingsontwikkeling in ontwikkelingslanden speelt gezondheid rond seksualiteit en bij vrouwen rond het krijgen van kinderen een essentiële rol. Deze zogenoemde reproductieve gezondheid werd op de Internationale VN-Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (ICPD) die in 1994 in Caïro werd gehouden, eenvoudig gezegd, gedefinieerd als “een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden met betrekking tot het reproductieve systeem en functioneren”. Mensen hebben recht op reproductieve gezondheid, zo werd toen bepaald. Tevens werd er de nadruk op gelegd dat ook adolescenten aanspraak kunnen maken op het recht om een goede reproductieve gezondheid te bewerkstelligen en te handhaven. Dit lag, en ligt, in veel landen gevoelig omdat daarmee expliciet wordt erkend dat adolescenten, ongeacht hun huwelijks status, ‘reproductieve individuen’ zijn en dat ze, gezien hun leeftijd, mogelijk specifieke behoeften hebben op dit gebied.

Om na te kunnen gaan hoe het staat met de reproductieve gezondheid van adolescenten heeft het NIDI samen met het Centre for Health and Population Research in Bangladesh en het Po-

pulation Research Centre in Groningen onderzoek gedaan onder jongens en meisjes in de streek Matlab in Bangladesh (zie kader). In die studie werden hun kennisniveau en hun percepties ten aanzien van reproductieve gezondheid en reproductieve ontwikkeling in kaart gebracht. In totaal werden 307 jongens en 255 meisjes geïnterviewd. Er werden onder meer vragen gesteld over hun reproductieve ontwikkeling, bijvoorbeeld menstruatie, en over seksualiteit, burgerlijke staat, zwangerschap, gebruik van anticonceptie en over HIV/AIDS. De respons op de vragen verschilde per onderwerp, maar varieerde voor de totale steekproef tussen de 22 en 89 procent.

Lichamelijke ontwikkeling

In de adolescentieperiode is de eerste menstruatie voor meisjes een belangrijke transitie. Maar liefst 64 procent van de 12-16 jarige meisjes die al hadden gemenstrueerd (postmenarchaal) bleek echter bang te zijn geweest toen ze voor het eerst ongesteld werden, negen procent was verrast, vier procent voelde zich beschaamd, twee procent was verward, 19 procent kon zich niet meer herinneren hoe of ze zich toen voelde, en slechts twee procent voelde zich er goed bij. Mogelijk waren ze door het ontbreken van of door slechte voorlichting niet goed voorbereid. Menstruatie bleek voor 15 procent van de postmenarchale meisjes een onderwerp waarover ze met niemand spraken. Van de 12-16 jarige meisjes die nog niet hadden gemenstrueerd (premenarchaal) was slechts 35 procent op de hoogte van wat hen - in de nabije toekomst - zou overkomen.

Bij 65 procent van de jongens bleek de eerste zaadlozing een onderwerp te zijn waarover ze met niemand konden praten; de overige 35 procent sprak erover met vrienden. De eerste zaadlozing was voor 33 procent van de jongens een beangstigende ervaring (40 procent was verrast, 19 procent kon zich niet meer herinneren hoe ze zich toen voelde, drie procent was in verwarring en slechts vijf procent voelde zich goed).

Eerste menstruatie en eerste zaadlozing zijn slechts twee aspecten van de fysieke ontwikkeling die adolescenten doormaken. Het toene-

men van lengte en gewicht, borstontwikkeling, haargroei, de baard in de keel en jeugdpuistjes bleken bij de adolescenten uit Bangladesh beter bespreekbaar.

Voor 62 procent van de jongens is de belangrijkste informatiebron over lichamelijke groei en ontwikkeling hun eigen vriendenkring, voor negen procent hun moeder, voor eveneens negen procent een zus of broer en ook voor negen procent een tante, oom, neef of nicht. Voor slechts drie procent van de jongensadolescenten is de vader de belangrijkste persoon om zaken over groei in de adolescentieperiode mee te bespreken. Meisjes hebben een breed scala aan informanten. Van hen noemde 31 procent hun moeder als belangrijkste bron van informatie, 27 procent een zus of schoonzus, 15 procent een tante, 11 procent een vriendin en 10 procent een grootmoeder.

Seksuele voorlichting

De meeste adolescenten, 80 procent van de jongens en 90 procent van de meisjes, zaten op het moment van het onderzoek nog op school. De school speelt echter nauwelijks een rol bij de kennisoverdracht op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid. Scholen mogen geen seksuele voorlichting geven en de indruk leeft dat de meeste ouders dit ook liever zo willen houden. Van de jongens zei 84 procent en van de meisjes zei 71 procent te weten hoe een vrouw moeder en hoe een man vader kan worden. Wanneer hierover werd doorgevraagd bleek het veel adolescenten echter toch aan feitelijke kennis te ontbreken, wat leidt tot verwarring en misvattingen. Maar liefst 42 procent van de adolescenten wist niet beter dan dat kinderen na het huwelijk komen. Ook uit diepte-interviews bleek dat veel adolescenten vragen hadden met betrekking tot seksualiteit en zwangerschap:

Jongen (15 jaar): *“Ik ben seksueel voorgelicht door vrienden en de moulavi (religieuze leider). Zij vertelden me dat een man vader wordt nadat hij seks heeft gehad met zijn vrouw. Ik heb echter nog wel wat vragen. Hoe blijft een baby in leven in de buik van de vrouw? Hoe wordt het geboren? En hoe lang duurt het voordat een vrouw zwanger raakt nadat ze seks heeft gehad met haar man? En waarom lijken vrouwen altijd zwanger te raken nadat ze drie tot vier jaar getrouwd zijn?”*

Meisjes (16 jaar): *“Ik heb van vriendinnen gehoord dat je de duur van een zwangerschap kunt berekenen door te beginnen met tellen vanaf de laatste menstruatie. Ik geloof wel dat ze gelijk hebben, maar ik zou meer willen weten over hoe je de bevallingsdatum moet berekenen.”*

Vruchtbare periode

Inzicht in het kennisniveau ten aanzien van het reproductieve systeem kan ook worden verkregen door te onderzoeken of adolescenten weten dat meisjes die ongesteld zijn geweest al zwanger kunnen raken na de eerste keer dat ze seks met een jongen hebben gehad. Deze vraag werd door 70 procent van de postmenarchale meisjes be-

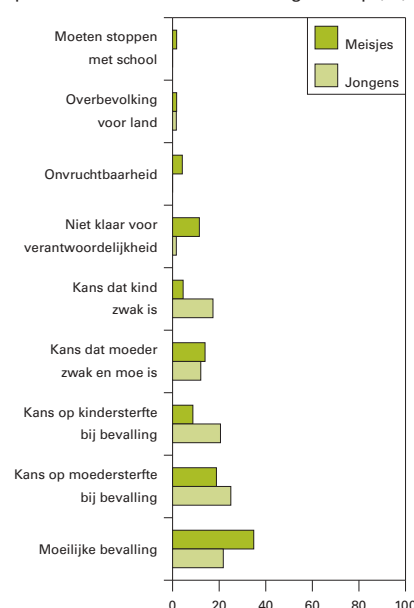
vestigend beantwoord. Van hen had 55 procent echter geen idee in welke periode in de maand de kans op conceptie het grootst is; 21 procent dacht dat de vruchtbare dagen van een vrouw vallen in de week voorafgaand aan of direct volgend op de menstruatie, 15 procent dat een vrouw in de menstruatieperiode vruchtbaar is en vier procent dat een vrouw alle dagen van de maand even vruchtbaar is. Zes procent wist het correcte antwoord, namelijk dat de conceptiekans gedurende enkele dagen vanaf twee weken na de laatste menstruatieperiode het grootst is.

Tienerszwangerschappen: verhoogde risico's

Van oudsher behoort de gemiddelde huwelijksleeftijd in Bangladesh tot de laagste ter wereld. In 1975 was dat bij ooit getrouwde vrouwen bijvoorbeeld 12,3 jaar en in 1989 14,8 jaar. In 1984 is door middel van een wetswijziging de minimumhuwelijksleeftijd in Bangladesh bepaald op 18 jaar voor meisjes en op 21 jaar voor jongens. Deze wetswijziging kreeg gestalte in de zogenaamde *Child Marriage Restraint Act*. Desondanks worden in de praktijk nog regelmatig huwelijken gesloten waarbij tieners (meestal meisjes) zijn betrokken. Bangladesh telt nog steeds relatief veel getrouwde tienermeisjes. In 2000 bleek 48 procent van de meisjes tussen 15 tot 19 jaar getrouwd te zijn. In Matlab ligt de gemiddelde huwelijksleeftijd voor meisjes wat hoger en nam die tussen 1975 en 1996 toe van 16,0 tot 18,9 jaar. Van de 255 12-16 jarige meisjesadolescenten die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd bleken zeven al getrouwd te zijn op een leeftijd variërend tussen de 13 en de 16 jaar. Geen enkele jongen op die leeftijd was al getrouwd. Wel wisten sommige meisjes en jongens te vertellen dat er voor hen al huwelijksomstandigheden gaande waren.

Over heel Bangladesh gerekend heeft 63 procent van de meisjes op hun 20^{ste} al een kind. De moedersterfte onder vooral zeer jonge meisjesadolescenten is hoger dan die onder oudere

Verdeling van adolescenten naar gepercipieerde risico's van tienerszwangerschap (%)



ACHTERGROND

De studie 'Reproductive health of adolescents in rural Bangladesh: the impact of early childhood nutritional anthropometry' is uitgevoerd binnen het onderzoeksprogramma HERA (HEalthy reproduction: Research for Action), waarin het *Population Research Centre* van de Rijksuniversiteit Groningen en het NIDI participeren. De studie is uitgevoerd in samenwerking met het ICDDR,B (het *Centre for Health and Population Research*, het vroegere *International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh*). De studie gaat uit van een levensloopbenadering en heeft als doel de reproductieve gezondheidsstatus van 12-16 jarige adolescenten in Matlab, Bangladesh, te bestuderen in relatie tot hun huidige voedingsstatus en hun voedingsstatus in de vroege kindertijd, dat wil zeggen toen ze tussen de nul en vijf jaar oud waren.

Het interview dat onder de adolescenten is afgenomen had betrekking op het tijdstip van reproductieve transitie, lichamelijke ontwikkeling, voedingsstatus bepaald door middel van anthropometrie, kennis van seksualiteit en reproductieve zaken, en verwachtingen ten aanzien van hun eigen reproductieve leven. Verder zijn aan de (biologische) moeders van de adolescenten enkele vragen gesteld waaronder over hun leeftijd van menarche, en is ook hun antropometrie bepaald. Naast de *follow-up survey* is door middel van diepte-interviews additionele informatie verzameld onder een selectie van adolescenten (van wie enkele getrouwd), hun ouders, *ghatoks* oftewel huwelijkmakelaars en een jeugdwelzijnswerker.

De studie is grotendeels gefinancierd met een beurs van WOTRO, de Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van de Tropen, dat ressorteert onder NWO, de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, en kon worden voltooid dankzij bijdragen van het NIDI en HERA.

vrouwen. Zo zijn de risico's voor 10-14 jarige meisjes vijf keer zo hoog als voor 20-24 jarige vrouwen. Aan de ongetrouwde meisjes- én jongensadolescenten die meededen aan het onderzoek is gevraagd of ze risicofactoren konden noemen die samenhangen met een zwangerschap in de adolescentieperiode (zie de figuur). Meer meisjes (72 procent) dan jongens (45 procent) konden ten minste één factor noemen. Meest genoemd werden de kans op een moeilijke bevalling en de kans op overlijden van moeder en/of kind ten gevolge van obstructie tijdens de bevalling. Meisjesadolescenten noemden ook relatief vaak (12 procent) als risicofactor het zich niet klaar voelen voor de verantwoordelijkheid die het hebben van een kind met zich meebrengt.

Voorbehoedsmiddelen

Van de meisjesadolescenten bleek 68 procent en van de jongens 34 procent wel eens over voorbehoedsmiddelen te hebben gehoord. Sterilisatie, de pil en (hormonale) injectie waren de meest bekende middelen. Het netwerk van jongens om contraceptie te bespreken leek beperkter dan dat van meisjes. Voor jongens die aangaven op de hoogte te zijn van contraceptie waren vrienden, en in mindere mate een oudere zus of schoonzus, of een professional als een dokter de belangrijkste bron van informatie. Ook haalden ze hun informatie uit kranten, of kregen deze via de radio of de televisie (zie de tabel). Meisjes konden behalve op de media en op professionals terugvallen op een veel breder netwerk bestaande uit vriendinnen, (schoon)zussen, tantes of nichten, (groot)moeders en buurvrouwen. Deze verschillen tussen jongens en meisjes met betrekking tot informatiebronnen bleek ook uit de analyses van kwalitatieve gegevens:

Meisje (16 jaar): *"het gebruik van contraceptie binnen het huwelijk is goed omdat het de familieomvang klein houdt. Ik heb over contraceptie gesproken met mijn schoonzus en met vriendinnen maar ik zou graag verder voorgelicht willen worden door mijn schoonzus."*

Jongen (15 jaar): *"Ik heb wel eens over voorbehoedsmiddelen gehoord maar nog nooit met iemand daarover gesproken. Informatie hierover zou ik het liefst van een dokter willen krijgen."*

HIV/AIDS

Jongeren lopen wereldwijd het grootste risico om door het HIV-virus besmet te raken. De helft van de naar schatting vijf miljoen nieuwe HIV-besmettingen treft jongeren tussen de 15 en 24 jaar. Volgens UNFPA, het Bevolkingsfonds van de VN, kan HIV/AIDS daarom worden beschouwd als een ziekte van jonge mensen. Volgens schattingen van de lokale afdeling van *Family Health International* lijkt in Bangladesh de HIV/AIDS-pandemie zich vooralsnog langzaam te ontwikkelen en vallen nieuw geïnfecteerden binnen risicovolle subgroepen.

Van de geïnterviewde adolescenten in Matlab hadden velen nog nooit van HIV/AIDS gehoord. Bij 47 procent van de jongens en bij 27 procent van de meisjes was dat wel het geval. Aan hen is gevraagd of ze factoren konden noemen die het risico op besmetting doen toenemen. De feitelijke kennis over HIV/AIDS bleek gering te zijn. Van de jongens wist 41 procent en van de meisjes 51 procent geen enkele risicofactor te noemen met betrekking tot de overdracht van het HIV-virus. Adolescenten die wel risicofactoren konden noemen gaven vaak 'correcte' antwoorden, zoals het hebben van onveilige seks, het delen van spuiten en het geven van borstvoeding door een vrouw die met HIV is besmet.

Tot slot

Geconcludeerd kan worden dat de meeste adolescenten die in het kader van dit onderzoek in Matlab zijn geïnterviewd, (te) weinig weten over reproductieve ontwikkeling en aspecten van reproductieve gezondheid, zoals de fysiologie van de menstruatie, voortplanting, contraceptie, en HIV/AIDS. De jongeren voelen zich daar mentaal-emotioneel niet gelukkig bij. Velen hebben dan ook behoefte aan meer informatie over allerlei zaken die te maken hebben met seks, zwangerschap en het krijgen van kinderen. Conform de aanbevelingen gedaan op de eerder genoemde ICPD zouden adolescenten in Bangladesh meer kennis over reproductieve ontwikkeling, seks en bijvoorbeeld contraceptiva moeten kunnen verwerven opdat ze, eenmaal getrouwd, bewuste keuzes kunnen maken ten aanzien van het krijgen van kinderen. Voortbouwen op de vele informele netwerken van kennisoverdracht lijkt hierbij het meest aan te sluiten bij de leefwereld van adolescenten.

DEMOS verschijnt 10 x per jaar en beoogt de kennis en meningsvorming over bevolkingsvraagstukken te bevorderen. Inlichtingen over toezending van kopij kunnen worden ingewonnen bij de redactie



Gehele of gedeeltelijke overname van artikelen met bronvermelding is toegestaan. Toezending van bewijs-exemplaren wordt op prijs gesteld.

Het NIDI is een instituut van de KNAW dat zich bezighoudt met onderzoek naar ontwikkelingen in de omvang en samenstelling van de bevolking

colofon

Demos	is een uitgave van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI).
Redactie	Harry Bronsema, eindredacteur drs. Gijs Beets dr. Harry van Dalen dr. Ernst Spaan
Adres	NIDI/DEMOS Postbus 11650 2502 AR 's-Gravenhage
Telefoon	(070) 356 52 00
E-mail	demos@nidi.nl
Internet	http://www.nidi.nl/public/demos/
Abonnementen	gratis
Basisontwerp	Harmine Louwé
Druk	Nadorp Druk b.v., Poeldijk

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van Bosch, *Reproductive health of adolescents in rural Bangladesh: the impact of early childhood nutritional anthropology*, 2005.

LITERATUUR:

- ICDDR,B (2001), Health and Demographic Surveillance System, Matlab. Registration of health and demographic events 1999. Volume 32; Scientific report 88. Dhaka: Centre for Health and Population Research.
- ICPD (1994), International Conference on Population and Development: Programme of Action. Cairo: ICPD.
- Major, S. (2004), Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *British Medical Journal* 328, p. 1152.
- UNFPA (2003), State of world population 2003: Making 1 billion count: investing in adolescents' health and rights. New York: United Nations Population Fund.

Dr. A.M. Bosch, NIDI; contact: bosch@nidi.nl

Verdeling van jongens- en meisjesadolescenten naar belangrijkste informatiebron over voorbehoedsmiddelen (%)

Informatiebronnen	Jongens	Meisjes	Totaal
Vriend of vriendin	50	22	30
Zus of schoonzus	8	30	23
Krant, radio of televisie	30	9	15
Tante, neef of nicht	2	20	14
Dokter, gezondheidswerker of vroedvrouw	9	10	9
Moeder	0	5	3
Buurman of buurvrouw	2	3	3
Grootmoeder	0	3	2
Totaal	100 (n=66)	100 (n=148)	100 (n=214)