

Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην προσπάθεια μείωσης του ποσοστού των εφηβικών κυήσεων. Ο ρόλος της Μαίας και του Μαιευτή

Αγγελική Αντωνάκου, MSc, Μαία, Εργαστηριακός Συνεργάτης Τμήματος Μαιευτικής, Σ.Ε.Υ.Π., Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα της δημόσιας υγείας, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., για το έτος 1998 το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων στην Ελλάδα ανερχόταν στο 1,18%. Παρόλα αυτά, σε έρευνα που διεξήχθη το 2000 στα δυο μεγαλύτερα Δημόσια Μαιευτήρια της Αθήνας, στο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» και στο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων κυμαινόταν στο 10,9% (Αντωνάκου Α. & Καβαλιεράτου Α., 2001).

Γενικότερα, στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται μεγάλη διακύμανση του ποσοστού αυτού. Έτσι, στη Ρωσία κυμαίνεται στο 10% (Singh & Darroch, 2000) και στο Ηνωμένο Βασίλειο στο 6,3% Office for National Statistics, 2000).

Το θέμα της εφηβικής εγκυμοσύνης θεωρείται από τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από την κυβέρνηση και την κοινή γνώμη, ότι αποτελεί σοβαρότατο ζήτημα προαγωγής της υγείας. Πολλοί θεωρούν πως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα στην προσπάθεια μείωσης των παραπάνω ποσοστών.

Το βασικό θέμα συζήτησης σ' αυτό το άρθρο θα είναι ο ρόλος των μαιών-μαιευτών στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων.

Είναι η εφηβική εγκυμοσύνη ζήτημα δημόσιας υγείας;

Καταρχήν, είναι απαραίτητο να τεκμηριωθεί η άποψη ότι το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης αποτελεί όντως ζήτημα, που αφορά τη δημόσια υγεία. Μερικά επιδημιολογικά στοιχεία θα ήταν χρήσιμα σ' αυτό το σημείο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., για το έτος 1998 το ποσοστό των αγάμων εφήβων μητέρων ηλικίας κάτω των 15 ετών, ανερχόταν σε 56% του συνολικού αριθμού γεννήσεων της αντίστοιχης ηλικίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις ηλικίες 15-19 ετών ήταν 19,47%. Στις Η.Π.Α. το 1997, το ποσοστό των αγάμων εφήβων μητέρων ανερχόταν στο 78% του συνολικού ποσοστού των εφηβικών κυήσεων (Ventura & Curtin, 1999).

Δυστυχώς, δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία για το ποσοστό των εφήβων, που καταλήγουν σε διακοπή της εγκυμοσύνης τους, αλλά στο χώρο των επαγγελματιών υγείας αναφέρεται ότι αυτό το ποσοστό μπορεί και να υπερβαίνει το ποσοστό των νεαρών γυναικών, που τελικά γεννούν τα παιδιά τους. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι οι 2 από τις 3 έφηβες, που ανήκουν στην αστική τάξη, θα επιλέξουν την άμβλωση, ενώ αυτές που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα θα την επιλέξουν σε ποσοστό μόλις 25% (McLeod, 2001). Επίσης, οι έφη-

βες έγκυες είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν επικίνδυνες συνήθειες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, όπως κάπνισμα και χρήση αλκοόλ, απ' ότι οι έγκυες μεγαλύτερης ηλικίας (Kiddy, 2002).

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι τα μεγαλύτερα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι έφηβες έγκυες ηλικίας μέχρι 16 ετών, οφείλονται στη σωματική τους ανωριμότητα, ενώ αυτά των εφήβων έως 19 ετών σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Perez et al., 1998, Hollingsworth, 1986). Υπάρχουν ερευνητές, που υποστηρίζουν, ότι οι εφηβικές εγκυμοσύνες έχουν χειρότερο περιγεννητικό αποτέλεσμα από τις εγκυμοσύνες μεγαλύτερων γυναικών, όπως πρόωρο τοκετό (Mongelli, 1995, Fraser et al., 1995), γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους (Miller, 2000, Li et al., 1999), ιδιαίτερα όταν αφορούν έφηβες ηλικίας 12-16 ετών.

Τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβες ηλικίας άνω των 17 ετών, είναι η σιδηροπενική αναιμία και οι φλεγμονές, ίσως λόγω της ελλιπούς παρακολούθησης (Αντωνάκου Α. & Καβαλιεράτου Α., 2001). Οι Κρεατσάς Γ. και συν. (1991) και Olausson και συν. (1999) υποστηρίζουν ότι με την κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη και προγεννητική φροντίδα, το περιγεννητικό αποτέλεσμα των εφηβικών κυήσεων μπορεί να συγκριθεί με αυτό των μεγαλύτερων γυναικών.

Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία

Στο πρόγραμμα των εκάστοτε κυβερνήσεων, το θέμα της μείωσης του αριθμού των ανεπιθύμητων εφηβικών κυήσεων αποτελεί κείμενο κλειδί στην οργάνωση των υπηρεσιών προαγωγής της υγείας. Παρόλα αυτά δεν έχουν σημειωθεί ενθαρρυντικά βήματα. Όπως ήδη αναφέρθηκε,

πολλοί θεωρούν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία θα μπορούσε να βοηθήσει σημαντικά. Ωστόσο, ακόμη δεν έχει ενσωματωθεί στο πρόγραμμα των σχολικών μαθημάτων.

Θα ήταν χρήσιμη μια σύντομη ιστορική αναδρομή στο καθεστώς της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, που επικρατεί στις χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης. Στην Αγγλία για παράδειγμα έχει θεσμοθετηθεί από το 1943 (Chanter, 1966), ενώ τα τελευταία 10 χρόνια βρίσκονται σε έντονη αναζήτηση ενός πιο αποτελεσματικού προγράμματος (DEE, 2000).

Η Ελλάδα έχει πολλά πράγματα να διδαχτεί από το αγγλικό σύστημα, αλλά και από το σύστημα της Ολλανδίας, της χώρας με το χαμηλότερο ποσοστό εφηβικών κυήσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι στα σχολεία της Ολλανδίας δεν περιορίζονται πλέον στην απλή περιγραφή των ανατομικών διαφορών των δυο φύλων, που στα σύγχρονα παιδιά μοιάζει αδιάφορο, αφού αυτά είναι πλέον γνωστά από πολύ μικρή ηλικία λόγω της έκθεσής τους στα μηνύματα των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και στο Internet. Αναφέρονται σε ζητήματα σχέσεων των δυο φύλων, σε συναισθηματικούς και ψυχολογικούς εκβιασμούς, τους οποίους μπορεί να υποστούν τα παιδιά από συνομηλικούς ή και μεγαλύτερους για υιοθέτηση στάσεων και συμπεριφορών, που δεν συνάδουν με τη δική τους προσωπικότητα. Μιλούν ανοιχτά για την ομοφυλοφιλία, αλλά και για ζητήματα βίας στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Sheldon, 1997). Όλοι και όλα στην Ολλανδία, πολιτικοί, γονείς, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, σχολεία, ακολουθούν το πραγματικό αξίωμα: «Πρέπει να το δεχτείς, για να μπορέσεις να το ελέγξεις» και όπως δείχνουν οι δείκτες τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά (Sheldon, 1997).

Στην Ελλάδα η σεξουαλική διαπαιδαγώ-

γηση στα σχολεία περιορίζεται συνήθως σε κάποιες ωριαίες αναφορές των καθηγητών σε ζητήματα Βιολογίας και Ανατομίας. Πολλές φορές μάλιστα, ακόμη και στα θεσμοθετημένα μαθήματα Βιολογίας παραλείπονται εντέχνως τα κεφάλαια, που αφορούν στην αναπαραγωγή ή ακόμη και στα ίδια τα γεννητικά συστήματα των δυο φύλων. Το φαινόμενο αυτό είναι απόλυτα κατανοητό, αφού οι δάσκαλοι που καλούνται να “διδάξουν” αυτό το μάθημα δεν έχουν οι ίδιοι την κατάλληλη εκπαίδευση και συνεπώς είναι λογικό να έρχονται σε δύσκολη θέση (Cook 1995, Love 1999).

Οι μαίες-μαιευτές θα μπορούσαν να ενεργοποιηθούν έντονα και να προάγουν αυτό το θεσμό. Σήμερα από το Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας γίνονται ενημερωτικές διδασκαλίες σε δημόσια λύκεια και γυμνάσια της ευρύτερης περιοχής Αττικής, στα οποία συμμετέχουν ενεργά και οι φοιτητές του Τμήματος Μαιευτικής. Όμως, η ενημέρωση που παρέχεται δεν είναι δυνατό να είναι ολοκληρωμένη. Χρειάζεται κρατική θεσμοθέτηση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στο χώρο της σεξουαλικής διδασκαλίας.

Γιατί οι μαίες-μαιευτές και όχι οι δάσκαλοι;

- Έχει αποδειχτεί πως οι επαγγελματίες ομιλητές, που προέρχονται από χώρους εκτός σχολείου, είναι συνήθως λιγότερο “εκφοβιστικοί” γι’ αυτά τα ευαίσθητα θέματα και είναι ευκολότερο για τους μαθητές να “ανοιχθούν” σ’ αυτούς παρά στους δασκάλους τους, τους οποίους είναι αναγκασμένοι να αντιμετωπίζουν καθημερινά (Stray – Pedersen 1989, Cook 1995).

- Οι μαθητές νιώθουν πιο άνετα να διατυπώσουν τις όποιες απορίες τους σε επαγγελματίες ομιλητές και όχι στους δασκάλους τους, θεωρώντας ίσως ότι οι δά-

σκαλοι μπορεί να τις αποκαλύψουν στους γονείς τους (Nelson 1996).

- Οι μαίες-μαιευτές μπορούν να δώσουν υπεύθυνα συμβουλές για αντισύλληψη και να ενημερώσουν τους μαθητές για τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

- Οι μαίες-μαιευτές μπορούν να οργανώσουν παράλληλα εκστρατείες ενημέρωσης των γονέων των μαθητών, ώστε και αυτοί να μπορούν να συμπαρασταθούν και να ενημερώσουν έγκυρα τα παιδιά τους (Little 1997).

- Τέλος, έχει βρεθεί ότι τέτοιου είδους προγράμματα μπορούν να φέρουν πολύ θετικά αποτελέσματα (Measor 1999).

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά θα λέγαμε, πως ο τομέας της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην Ελλάδα βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Η Ελλάδα μπορεί και πρέπει να ακολουθήσει το παράδειγμα άλλων ευρωπαϊκών χωρών και να θεσμοθετήσει το ρόλο των μαίων-μαιευτών στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η οποία οφείλει να ξεκινά από πολύ μικρές ηλικίες, όπως αυτό γίνεται στην Ολλανδία, τη Φινλανδία ή και την Αγγλία (Little 1997).

Υπάρχουν διάφορα πρωτόκολλα (Kirby 1997) τα οποία μπορούμε να ακολουθήσουμε, αφού πρώτα τα προσαρμόσουμε στην ελληνική πραγματικότητα. Όταν η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση γίνεται από ενθουσιώδεις, ενημερωμένους και ανοιχτόμυαλους επαγγελματίες υγείας, τότε μπορεί να φέρει σημαντικά αποτελέσματα. Αν μπορούσαμε να δεχτούμε την ανάγκη των νέων για ενημέρωση και να γνωρίσουμε τη δική τους ατζέντα, ώστε να προσαρμόσουμε τις συνεδρίες μας σ’ αυτήν, τότε μπορούμε να ελπίζουμε σε θετικά αποτελέσματα για τη σεξουαλική υγεία των εφήβων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνάκου Α., Καβαλιεράτου Α. (2001):** Κύηση σε ηλικίες μικρότερες των 20 και μεγαλύτερες των 35 ετών. Επιπτώσεις στην έγκυο και στο νεογνό. Πρακτικά 40ού Πανελληνίου Παιδιατρικού Συνεδρίου, 2001.
- Chanter A.G. (1966):** Sex education in the primary school. Macmillan & Company limited, London.
- Cook V. (1995):** Maternity Projects: Teenage pregnancies. *Midwives* 108, (1286): 76-9.
- Department for Education and Employment (DEE) (2000):** Sex and Relationship Education Guidance, London.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.) (1998):** Πίνακες για το έτος 1998.
- Fraser A.M., Brockert J.E., Ward R.H. (1995):** Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New Engl. J. Medicine*, 332(17): 1113-7.
- Hollingsworth D. (1986):** Teenage pregnancy: A multifactorial sociologic problem. *Am. J. Obst. Gyn.*, 155:741.
- Κρεατσάς Γ., Γουμαλάτσος Ν., Δελιγεόργλου Ε. (1991):** Εφηβική εγκυμοσύνη: σύγκριση με δυο ομάδες μεγαλύτερων γυναικών. *J. Adolesc. Health*, 12:77-81.
- Kiddy M. (2002):** Teenage pregnancy: whose problem? *Nursing Times*, 98(4): 36-7.
- Kirby D. (1997):** Does sex education work? *Healthlines*, 41:10-11.
- Li Y.T., Yin C.S., Chan C.C. (1999):** Psychosocial risk factors of teenage pregnancy in eastern Taiwan. *Gynaecology & Obstetrics*, 62(7):425-30.
- Little L. (1997):** Teenage health education: a public health approach. *Nursing Standard*, 11(49):43-6.
- Love S. (1999):** Unsentimental education. *Nursing Times*, 95(46):26-7.
- McLeod A. (2001):** Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ*, 323:199-203.
- Measor L. (1999):** The impact of health professionals' involvement in sex education in schools. *Nursing Times Research*, 4 (5):386-393.
- Miller F.C. (2000):** Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 2000, 13(1):5-8.
- Mongelli M., Opatola B. (1995):** Duration and variability of normal pregnancy. Implications for clinical practice. *J. Reprod. Medicine*, 40:645-8.
- Nelson F. (1996):** A National response to school sex education. *Healthy Alliances*, April: 22-3.
- Office for National Statistics (2000):** Population trends. London: Stationery Office.
- Olausson P., Cnattingius S., Haglund B. (1999):** Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 106(2):116-121.
- Perez R., Patience T., Pulous E., Brown G., Mc Ewen A., Asato A., Hume R., Calhoun B.C. (1998):** Use of a focused teen prenatal clinic at a military teaching hospital: model for improved outcomes of unmarried mothers. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38:280-3.
- Sheldon T. (1997):** The Dutch experience. *Healthlines*, 41:12-3.
- Singh S., Darroch J.E. (2000):** Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Fam. Plann. Perspect*, 32(1):14-23.
- Stray-Pedersen B. (1989):** Take care of yourself. *World Health*, Jan-Feb: 27-28.
- Ventura S.J., Curtin S.C. (1999):** Recent trends in teen births in the United States. *Stat. Bull. Metrop. Insur. Co*, 1999, 80(1): 2-12.