

‘Laat je dan testen dan’

Een kwalitatief onderzoek naar de gedragsdeterminanten van het Soa-testgedrag van ROC-scholieren in Rotterdam, met diverse etnisch-culturele achtergrond



Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste
Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede

Auteur:
Gemma Boender

In opdracht van de GGD Rotterdam e.o., Rotterdam

30 september 2005

Afstudeercommissie:
dr. H. Boer, eerste begeleider Universiteit Twente
drs. C.F. Kraan, tweede begeleider Universiteit Twente
drs. M. Wolfers, begeleider GGD Rotterdam e.o.

Samenvatting

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Rotterdam en omstreken streeft naar een gezonde stad met gezonde bewoners. Eén van haar taken daarbij is de preventie van de verspreiding van infectieziekten, met extra aandacht voor Seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa). Bij de activiteiten voor de preventie van Soa heeft in het verleden met name de nadruk gelegen op condoomgebruik, maar deze activiteiten lijken door de toename van het aantal geïnfecteerde mensen met Soa ontoereikend te zijn. De GGD is hierdoor van plan in de nabije toekomst een interventie op te zetten om jongeren, met name ROC-scholieren, te motiveren na een onveilig seksueel contact zich te laten testen op een Soa. Echter, eerst zal inzicht moeten worden gekregen in de factoren die invloed kunnen hebben op het testgedrag van de ROC-scholieren.

Dit rapport beschrijft een kwalitatief gedragsdeterminantenonderzoek met als hoofdvraag: *welke overwegingen kunnen een rol spelen bij de keuze van ROC-scholieren in Rotterdam zich te laten testen op een Soa na een onveilig seksueel contact?* Hierbij is ook onderzocht of er verschillen zijn in het testgedrag op basis van drie etnisch-culturele groepen: Nederlanders, Antillianen/Surinamers en Turken/Marokkanen.

Voor het onderzoeken van de gedragsdeterminanten, is het Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB-model) als leidraad gebruikt. Het IMB-model veronderstelt dat ROC-scholieren hoogstwaarschijnlijk het testgedrag zullen vertonen, indien zij volledig zijn geïnformeerd over het risico van een Soa en het testgedrag, persoonlijk en sociaal gemotiveerd zijn het testgedrag uit te voeren en de vaardigheden hebben het testgedrag effectief uit te voeren. Aan dit model zijn ook de determinant ervaring en demografische determinanten toegevoegd om een beter beeld te kunnen krijgen van de overwegingen.

Daarnaast is het stadiamodel Precaution Adoption Process Model (PAPM) gebruikt ter ondersteuning van het onderzoek. De centrale gedachte achter dit model is dat ROC-scholieren een continu proces van een aantal stadia doorlopen, voordat zij het testgedrag zullen vertonen.

Een semi-gestructureerd interview is bij 39 ROC-scholieren afgenomen, waarvan 38 zijn opgenomen in de analyse. Elk interview is opgenomen op audiotape en uitgetypt, vervolgens gecategoriseerd en gecodeerd in het programma Kwalitan. Tijdens de analyse is eerst gekeken naar de ROC-scholieren als geheel en vervolgens is ook getracht te kijken naar verschillen tussen drie verschillende culturele groepen.

Uit de resultaten blijkt dat het seksueel risicogedrag van de ROC-scholieren hoog is, in vergelijking met de gemiddelde Nederlander tot 25 jaar, waardoor de ROC-scholieren in

Rotterdam een risicogroep lijken te zijn. Verder lijkt het seksueel risicogedrag afhankelijk te zijn van het geslacht en het hebben van een relatie.

De mening van ROC-scholieren in Rotterdam over Soa-testen is dat iemand zich moet laten testen na een onveilig seksueel contact. Door allerlei overwegingen neemt echter het belang van een test in hun ogen af. Deze overwegingen kunnen betrekking hebben op bijna alle sociaal-psychologische determinanten van het IMB-model. Met name een laag kennisniveau over de klachten en Soa-testen (kennis), mentale rust over de Soa-status en angst voor de uitslag en stigmatisering (attitude), ouders (sociale norm), de bekendheid met en het vertrouwen in de sekspartner (risicoperceptie) en een lage intentie tot testen bij het uitblijven van klachten (intentie) lijken een rol te kunnen spelen bij de keuze van ROC-scholieren zich te laten testen op Soa. De determinanten vaardigheden en ervaring lijken geen directe invloed te hebben op het gedrag; ervaring kan echter wel een indirecte invloed hebben. Tot slot lijkt, in tegenstelling tot gedachte achter het PAPM, de intentie tot testen afhankelijk te zijn van de situatie waar de scholier zich in bevindt.

Een opvallende bevinding bij de demografische determinanten is het verschil tussen de culturele groepen. Uit de resultaten blijkt dat Surinamers/Antillianen sneller de intentie hebben zich te laten testen, omdat zij over een hoger kennisniveau beschikken, het risico van een Soa sneller inzien en meer ervaring hebben met testen.

Tot slot lijken er geen verschillen te zitten in percepties van de ROC-scholieren over HIV en Soa. Zij zien ook geen reden om HIV apart van Soa te testen.

Op grond van de resultaten is de GGD aanbevolen het IMB-model te gebruiken voor haar kwantitatieve vervolgonderzoek. Met behulp van het IMB-model kan worden onderzocht in welke mate de sociaal-psychologische determinanten invloed kunnen hebben op het testgedrag. Aanbevolen is met name de overwegingen, die hierboven zijn genoemd, mee te nemen in het vervolgonderzoek. Daarnaast is onderzoek naar de volgende verbanden aanbevolen: risicoperceptie-intentie, risicoperceptie-sociale norm, kennis-gedrag, kennis-ervaring, kennis-sociale norm en attitude-ervaring-sociale norm aanbevolen.

Voor het gebruik van het PAPM in vervolgonderzoek is aanbevolen te concentreren op een specifieke situatie die regelmatig bij de ROC-scholieren voor zou kunnen komen. Met behulp van een voor- en nameting kan gekeken worden of de scholieren zich naar een later stadium bewegen als gevolg van de interventie.

Tenslotte is een aanbeveling voor vervolgonderzoek het verschil tussen de culturele groepen verder te onderzoeken. Dit onderzoek heeft het culturele verschil in seksueel risicogedrag, gevonden in de literatuur, niet aangetoond, maar wel het verschil in testgedrag. Het vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of culturele achtergrond indirect, via kennis, risicoperceptie en ervaring, invloed kan hebben op de intentie tot testen en het testgedrag zelf.

Summary

The Rotterdam Public Health Service and Environs (GGD) aims to contribute to a healthy city with healthy people. One of her tasks is the prevention of the spread of infectious diseases, with special attention for Sexual transmitted diseases (Std). In the past, activities for the prevention of Std have been focused on better use of condoms. These activities appear to be inadequate, because the number of people with Std is still rising. Therefore the GGD will develop an intervention to motivate young people, especially students of vocational training centres (ROC), in Std-testing. However, first there is a need for more insight in different determinants that can have an influence on the testing behaviour of the ROC-students.

This paper describes a qualitative research including the following research question: *which considerations can have influence on the Std-testing behaviour of students of ROC when they have had an unsafe sexual intercourse?* Thereby, research is done to find out if differences in cultural background (Dutch, Caribbean or Turkish/Moroccan) can have influence on the Std-testing behaviour.

For this research, the Information-Motivation-Behavioral Skills Model is used as a guideline. The IMB-model hypothesises that students are most likely to perform the testing behaviour, when they are fully informed about the risks of Std and the testing behaviour, personally and socially motivated to perform the testing behaviour and have the skills to perform the behaviour effectively. To make the IMB-model more complete, the determinant experience and demographic determinants have been added.

The stage model Precaution Adoption Process Model (PAPM) is also used during this research. This model assumes that students go through different stages before they will show the testing behaviour.

A semi-structured interview has been used to interview 39 students, of which 38 students were included for the analysis of the data. Each interview has been audiotaped and typed out, and categorised and coded in the computer program Kwalitan. During the analysis, the answers of the students have first been analysed as a whole, before differences between the cultural groups have been analysed.

The results show that ROC-students appear to have a high sexual risk behaviour, in comparison with the average Dutch person till 25 years. Therefore they seem to be a high-risk group. Further, the sexual risk behaviour seems to be dependent of sex and having a relationship.

ROC-students think that Std-testing is necessary when someone has unsafe sexual intercourse. However, different considerations will decline their perception of the importance

of Std-testing. These considerations refer to almost every social-psychological determinant of the IMB-model. Especially, a lack of knowledge of physical complaints and Std-testing (information), a sense of reassurance and fear of a positive result and stigma (attitude), parents (social support), familiarity and trust in the sex partner (perception of risk) and low intention to testing when no physical complaints appear, could have some influence on the Std-testing behaviour of students. The determinants behavioural skills and experience do not seem to have this influence; experience however can have some influence through other determinants. Finally, the intention to testing seems to be dependent of the situation. This contradicts the assumption of the PAPM.

A revealing result of the demographic determinants seems to be the difference between the cultural groups. The results show that Caribbean students have a higher intention for testing, because they have more knowledge, a higher perception of Std-risk and they are more experienced with testing.

Finally, there seem to be no differences between the perceptions of HIV and Std. The ROC-students also do not perceive a difference in taking a test for HIV next to a test for all Std.

Based on the results, the GGD is advised to use the IMB-model for the quantitative study in the near future. It is recommended to use this model to research what kind of influence the social-psychological determinants have on the testing behaviour. Especially the considerations, mentioned above, should be taken serious in the future research. Besides that, research is recommended between the following correlation: perception of risk-intention, perception of risk-social support, information-behaviour, information-experience, information-social support, and attitude-experience-social support.

Further, for the use of the PAPM in future research, it is recommended to focus on one specific risk situation that is most common for the students. By taking measurements before and after an intervention, research could show if the student has moved to another stage, as a result of the intervention.

Finally, recommendation for future study is to test the difference between cultural groups. Findings from the literature show that Caribbean and Moroccan people show more sexual risk behaviour than Dutch and Turkish people. However, no research about testing behaviour and influence of culture is done before. This study shows that there is no difference in sexual risk behaviour, but there is a difference in testing behaviour between cultural groups. Future research should point out if these findings are accurate.

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| SAMENVATTING | 1 |
| SUMMARY..... | 3 |
| VOORWOORD..... | 7 |
| 1. INLEIDING | 8 |
| 1.1. SEKSUELE OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN | 8 |
| 1.1.1. <i>HIV</i> | 9 |
| 1.2. SOA-TESTEN..... | 10 |
| 1.3. AANLEIDING TOT OPDRACHT..... | 11 |
| 1.4. OPBOUW VAN HET RAPPORT | 12 |
| 2. PSYCHOLOGISCHE DETERMINANTEN VAN SOA-TESTEN | 13 |
| 2.1. INFORMATION-MOTIVATION-BEHAVIORAL SKILLS MODEL | 13 |
| 2.1.1. <i>Toepassing van het model op Soa-testen bij ROC-scholieren</i> | 15 |
| 2.2. PRECAUTION ADOPTION PROCESS MODEL..... | 17 |
| 2.2.1. <i>Toepassing van het PAPM op het onderzoek</i> | 18 |
| 2.3. PSYCHO-SOCIALE DETERMINANTEN VAN SOA-TESTEN | 19 |
| 2.3. PROBLEEMSTELLING | 23 |
| 3. METHODE VAN ONDERZOEK | 24 |
| 3.1. RESPONDENTEN..... | 24 |
| 3.2. INTERVIEWPROTOCOL..... | 24 |
| 3.2.1 <i>Structuur van het interviewprotocol</i> | 24 |
| 3.2.2 <i>Pretest van het interview</i> | 29 |
| 3.3. PROCEDURE | 30 |
| 3.3.1 <i>Werving</i> | 30 |
| 3.3.2 <i>Afname van het interview</i> | 31 |
| 3.4. DATAVERWERKING EN -ANALYSE | 31 |
| 4. RESULTATEN | 35 |
| 4.1. RESPONDENTEN..... | 35 |
| 4.2. SEKSUEEL GEDRAG | 36 |
| 4.2.1 <i>Aantal relaties en seksuele ervaring</i> | 36 |
| 4.2.2 <i>Condoomgebruik</i> | 38 |
| 4.3. ERVARING MET SOA-TESTEN..... | 43 |
| 4.4. KENNIS OVER SOA EN SOA-TESTEN | 45 |
| 4.4.1 <i>Kennis over veilig vrijen</i> | 45 |
| 4.4.2 <i>Kennis over Soa</i> | 47 |
| 4.4.3 <i>Kennis over Soa-testen</i> | 50 |
| 4.5. MOTIVATIE VOOR SOA-TESTEN | 51 |
| 4.5.1. <i>Attitude ten opzichte van Soa-testen</i> | 51 |
| 4.5.2. <i>Sociale Norm over Soa-testen</i> | 55 |
| 4.5.3. <i>Risicoperceptie van Soa</i> | 58 |
| 4.5.4. <i>Intentie tot het doen van een Soa-test</i> | 61 |
| 4.6. VAARDIGHEDEN VOOR HET DOEN VAN EEN SOA-TEST | 68 |
| 4.7. PERCEPTIES VAN HIV EN SOA | 69 |
| 5. CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN | 71 |
| 5.1. CONCLUSIES EN DISCUSSIE M.B.T. DE PROBLEEMSTELLING | 71 |
| 5.1.1. <i>Seksueel risicogedrag</i> | 71 |
| 5.1.2. <i>Sociaal-psychologische determinanten</i> | 72 |
| 5.1.3. <i>Demografische variabelen</i> | 77 |
| 5.1.4. <i>Percepties HIV en Soa</i> | 78 |
| 5.2. BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK | 79 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3. AANBEVELINGEN EN REFLECTIE | 80 |
| 5.3.1. <i>Aanbevelingen voor het kwantitatief vervolgonderzoek</i> | 81 |
| 5.3.2. <i>Reflectie</i> | 83 |
| LITERATUUR | 84 |
| BIJLAGEN | 88 |
| BIJLAGE 1..... | 89 |
| BIJLAGE 2..... | 92 |
| BIJLAGE 3..... | 100 |
| BIJLAGE 4..... | 111 |
| BIJLAGE 5..... | 113 |

Voorwoord

‘Laat je dan testen dan’ is een onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van de GGD Rotterdam e.o. en is een afstudeeronderzoek voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente. Graag zou ik van deze gelegenheid gebruik willen maken een aantal mensen te bedanken die mij de laatste maanden hebben geholpen bij het uitvoeren van mijn afstudeeropdracht.

Mijn begeleiders vanuit de Universiteit Twente, Henk Boer en Nelly Kraan, zou ik willen bedanken voor de tijd en moeite die zij in mij hebben gestoken de afgelopen zeven maanden. Door onze besprekingen hebben zij mij nieuwe inzichten gegeven in het onderzoek en vertrouwen in mijn eigen kunnen.

Met veel plezier kijk ik terug op de periode die ik bij het cluster Infectieziektebestrijding heb gewerkt. Ik wil dan ook Mireille Wolfers, begeleidster vanuit de GGD, en Katy van den Hoek hartelijk bedanken voor de kans om mijn studie bij dit cluster af te ronden. Daarnaast wil ik Mireille ook bedanken voor haar waardevolle adviezen en de tijd die zij in mij heeft geïnvesteerd. Ik hoop dat de bevindingen van dit onderzoek haar op weg kunnen helpen bij het vervolgonderzoek.

De mooie tijd die ik heb gehad, heb ik te danken aan de medewerkers van het cluster, met name van de sectie Onderzoek. Ik ben hen dankbaar voor de gezelligheid en de hulp die zij mij hebben gegeven bij de opzet en uitvoering van het onderzoek.

Graag zou ik ook van deze gelegenheid gebruik willen maken het Albeda-college in Rotterdam te bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek. Met name Wendela Dutman, coördinator sector Welzijn, en de teamleiders van de deelnemende opleidingen hebben ervoor gezorgd dat de uitvoering van dit onderzoek mogelijk was.

Tot slot wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken voor hun enthousiasme, maar met name hun steun gedurende mijn studieperiode. Een speciale dank gaat hierbij uit naar mijn vader die tijdens de afgelopen afstudeerperiode de tijd en moeite heeft genomen het rapport te herlezen en te voorzien van nuttige kritiek.

Gemma Boender

September 2005

1. Inleiding

De Gemeentelijke GezondheidsDienst (GGD) Rotterdam en omstreken streeft naar een gezonde stad met gezonde bewoners. Om dat te bereiken ontwikkelt deze GGD een breed scala aan activiteiten ter bevordering van de volksgezondheid binnen deze gemeenten. GGD Rotterdam is qua werkgebied de grootste GGD in Nederland: zij zet zich in voor de 800.000 inwoners van Rotterdam en de acht omliggende gemeenten. Gezien de gevoeligheid van Rotterdam voor infectieziekten, heeft het cluster Infectieziektebestrijding van de GGD de volgende taken in de regio (GGD Rotterdam, 2005):

- voorkomen van de verspreiding van infectieziekten;
- verminderen van de gezondheids- en maatschappelijke gevolgen van infectieziekten;
- voorkomen van gezondheidsproblemen door uitvoering van screenings- en vaccinatieprogramma's;
- verzorgen van kwalitatief goede en maatschappelijk relevante infectieziektebestrijding.

Het cluster richt zich op alle burgers in Rotterdam en omstreken, met extra aandacht voor nieuwkomers, prostituées en prostituanten, migranten, jongeren, reizigers, drugsgebruikers, dak- en thuislozen en mannen met homoseksuele contacten. Het cluster Infectieziektebestrijding is verdeeld in een aantal secties, waaronder de sectie Onderzoek. Bij deze sectie worden verschillende onderzoeken uitgevoerd op het gebied van infectieziekten. Deze onderzoeken worden gedaan met het oog op nog te ontwikkelen interventies en hebben als doel op wetenschappelijke gronden kennis te vergaren, zodat een effectieve interventie kan worden ontwikkeld. In opdracht van deze sectie is het in dit rapport beschreven onderzoek 'Laat je dan testen dan' uitgevoerd.

1.1. Seksuele overdraagbare aandoeningen

Soa is een afkorting die staat voor Seksueel overdraagbare aandoeningen. Het is een verzamelnaam voor alle infectieziekten die altijd of meestal door seksueel contact worden overgebracht. Dit contact kan bestaan uit contact met sperma, bloed, vaginaal vocht of contact tussen de slijmvliezen van de genitaliën, de mond of de anus, als gevolg van vrijen zonder condoom (Stichting Soa-bestrijding, 1998). Een Soa kan ook worden overgedragen door zwangerschap (moeder op kind), intraveneus drugsgebruik, onhygiënische tatoeage of piercing. Deze vormen van overdracht komen echter steeds minder vaak voor in Westerse landen, zoals Nederland.

Soa is de meest voorkomende infectieziekte in Nederland (Leenaars, 1994). In 2003 werden in Nederland bij 13.322 mensen de diagnose van een Soa gesteld (RIVM, 2004). Naar alle waarschijnlijkheid ligt het getal van geïnfecteerde gevallen veel hoger, omdat een Soa niet altijd gepaard gaat met klachten, met als gevolg dat veel mensen niet in de gaten

hebben dat zij geïnfecteerd zijn met een Soa. Een voorbeeld hiervan is de Soa Chlamydia. Bij deze Soa hebben ongeveer 70% van de vrouwen en 50% van de mannen geen klachten (Gezondheidsraad, 2004). De registratie van het aantal geïnfecteerde gevallen in Nederland wordt gedaan met behulp van het surveillancesysteem (Soa-peilstation) dat de nieuwe consulten voor Soa bij vijf drempelvrije Soa-poliklinieken en negen GGD'en bijhoudt (Laar, 2005). De Soa HIV wordt apart geregistreerd via de Stichting HIV Monitoring (SHM). De consulten bij huisartsen worden echter niet meegenomen in het surveillancesysteem.

Er bestaat een groot aantal verschillende Soa. De meest voorkomende Soa's in Nederland zijn Chlamydia, Genitale wratten, Gonorrhoe (ook wel Druiper genoemd), Herpes Genitalis, Syfilis, Hepatitis B en HIV. De klachten, de gevolgen en de mate van besmettelijkheid verschilt per Soa. Als er sprake is van klachten, bestaan deze voornamelijk uit (abnormale) afscheiding uit penis of vagina, branderig gevoel bij het plassen, pijn in onderbuik of testikels, jeuk rondom/aan de geslachtsdelen, zweertje, wratten of blaasjes op/rond de penis, vagina, anus of mond en/of opgezette klieren in de liezen (Stichting Soa-bestrijding, 1998).

De meeste Soa kunnen goed worden behandeld, mits tijdige behandeling plaatsvindt. Hoe langer iemand met een Soa rondloopt, hoe groter de kans op ernstige gevolgen. Chlamydia en Gonorrhoe kunnen bij vrouwen opstijgen naar de eileiders, waardoor ontstekingen in het bekkengebied (PID: Pelvic Inflammatory Disease) kan ontstaan. Een ontsteking die niet of te laat wordt behandeld, kan littekens achterlaten waardoor de eileiders verstopt raken en de kans op onvruchtbaarheid en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen wordt vergroot. Bij mannen kunnen Chlamydia en Gonorrhoe opstijgen naar de prostaat en bijbal, met als gevolg een bijbalontsteking. Hepatitis B kan een slecht werkende lever of leverkanker tot gevolg hebben en Syfilis kan organen beschadigen, zoals het hart, hersenen, ruggemerg en de botten (Stichting Soa-bestrijding, 1998).

De beschrijving en prevalentie van deze Soa's zijn te vinden in bijlage 1. Hieronder zal dieper worden ingegaan op HIV.

1.1.1. HIV

Het Human Immunodeficiency Virus (HIV) is de bekendste Soa en wordt ook vaak apart van Soa genoemd. HIV is weliswaar minder besmettelijk dan andere Soa, maar als iemand eenmaal geïnfecteerd is met het virus, is het niet meer te genezen. Het virus tast het afweersysteem in het lichaam aan, met als gevolg dat het lichaam zich steeds minder goed kan verweren tegen allerlei ziektes. Zodra het afweersysteem zodanig is aangetast dat het niet meer goed kan functioneren, wordt de diagnose van Aids (Acquired immune deficiency syndrome) vastgesteld. Aan HIV kan een persoon niet overlijden, aan Aids wel (Gezondheidsraad, 1999).

In Nederland werd in 2003 bij 847 mensen de diagnose HIV gesteld; in totaal zijn er 9.767 geregistreerde HIV-geïnfecteerden. Er wordt geschat dat er in Nederland zo'n 16.400 mensen met HIV zijn. Een verklaring voor dit verschil is dat veel mensen zich pas laten

testen als er klachten zijn. In het geval van HIV kan het wel tien jaar duren voordat een besmet persoon klachten krijgt, waardoor er een grote kans bestaat dat veel personen niet op de hoogte zijn van hun positieve HIV-status (Stichting Soa-bestrijding, 1998).

1.2. Soa-testen

Een Soa-test is een medische test waarmee een Soa opgespoord kan worden. Het belang van een Soa-test is vanuit een individueel en maatschappelijk oogpunt groot (Dorr et al, 1999; Fennema et al, 1995; Siegel et al, 1999; Simon et al, 1996). Door de verbetering van medische behandelingen en voorzieningen voor mensen met een Soa, neemt het belang van testen voor de individu steeds meer toe. Een voorwaarde blijft dat een Soa op tijd wordt ontdekt, zodat een persoon kan worden behandeld en een chronische aandoening of verspreiding van de infectie in het lichaam kan worden voorkomen (Leenaars, 1994).

Vanuit maatschappelijk oogpunt is vroege opsporing noodzakelijk om verdere verspreiding van Soa onder de bevolking te voorkomen. Iemand die op de hoogte is van zijn infectie met een Soa, zal naar alle waarschijnlijkheid minder snel seksueel risicogedrag vertonen zolang de infectie nog niet is genezen. Daarnaast worden, door middel van bron- en contactonderzoek, vroegere en huidige sekspartners op de hoogte gebracht van de infectie van hun sekspartner, met als doel dat ook deze personen de eventuele Soa niet verder verspreiden. De Soa-test functioneert dus niet alleen als secundaire (het vroegtijdig opsporen en behandelen van Soa), maar ook als primaire preventie (het voorkomen van Soa) (Aral et al, 1996; Fennema et al, 2000).

Procedure van een Soa-test

Wanneer iemand besluit zich te testen, moet eerst rekening worden gehouden met de 'windowperiode'. Windowperiode is de periode na het onveilig seksueel contact, dat moet worden gewacht met het doen van de Soa-test voordat de uitslag betrouwbaar is. Bij HIV is deze periode drie maanden en bij de overige Soa twee weken.

Er zijn verschillende plaatsen waar iemand zich kan laten testen. Ten eerste kan de huisarts worden geraadpleegd. De huisarts kan de test zelf afnemen of kan de patiënt doorverwijzen naar een dermatoloog of gynaecoloog. Deze consulten worden veelal vergoed door de ziektekostenverzekering. Daarnaast kan iemand naar een laagdrempelige of drempelvrije Soa-polikliniek. Deze klinieken zijn gratis en anoniem. 'Laagdrempelig' betekent dat iemand een verwijzing nodig heeft van een sociaalverpleegkundige van de GGD; 'drempelvrij' betekent zonder doorverwijzing (Soa Aids Nederland, 2005). In Rotterdam bevinden zich twee drempelvrije klinieken: een Soa-polikliniek bij de polikliniek Dermatologie bij het Erasmus MC en één bij het Havenziekenhuis. Daarnaast kan iemand ook naar de GGD Rotterdam. Hier worden echter alleen HIV-testen uitgevoerd, in tegenstelling tot de andere plaatsen waar op alle Soa kan worden getest (GGD Rotterdam, 2005).

Op basis van gegevens over iemands seksleven en eventuele klachten, bepaalt de dokter of verpleegkundige op welke Soa moet worden getest. Een Soa-test kan op drie verschillende manieren worden uitgevoerd (Soa Aids Nederland, 2005; Soa-polikliniek Erasmus MC Rotterdam, 2005): bloedonderzoek, inwendig onderzoek of urineonderzoek. Bij het bloedonderzoek wordt bloed afgenomen, zodat op de aanwezigheid van HIV, Syfilis en Hepatitis B onderzocht kan worden. Voor het onderzoek naar HIV moet wel eerst schriftelijk toestemming worden gegeven door de patiënt. Het inwendig onderzoek op Chlamydia en Gonorrhoe houdt in dat, bij zowel mannen als vrouwen, een uitstrijkje wordt afgenomen. Bij mannen wordt met behulp van een wattenstaafje vocht afgenomen uit de plasbuis; bij vrouwen wordt met behulp van een eendebek en een wattenstaafje vocht van het slijmvlies van de baarmoederwand afgenomen. Bij het urineonderzoek moet urine worden ingeleverd. Ondanks de toename van het betrouwbaarheidsgehalte van deze methode, wordt bij vrouwen nog steeds de voorkeur gegeven aan het uitstrijkje. Herpes Genitalis en Genitale wratten kunnen worden vastgesteld op basis van de blaasjes en wratten rondom het geslachtsdeel. Na gemiddeld één tot twee weken komt de uitslag.

1.3. Aanleiding tot opdracht

De Soa-bestrijding in Nederland bestaat al erg lang. Vanaf 1900 is gestreefd naar een verbeterde aanpak, met als resultaat dat in 1903 de eerste Soa-polikliniek in Nederland is geopend. Sinds de ontdekking van Aids in Nederland sinds 1981 wordt meer aandacht gegeven aan voorlichting en preventie van HIV, maar ook aan andere Soa (Soa Aids Nederland, 2004). Het doel van de meeste interventies is het verhogen van de kennis over Soa en het voorkomen van de verspreiding van Soa door middel van condoomgebruik. Ondanks deze interventies blijft het aantal Soa in bepaalde risicogroepen, zoals bij jongeren met een laag opleidingsniveau (ROC-scholieren), stijgen, waardoor de interventies ontoereikend lijken te zijn. Om deze reden neemt de behoefte aan secundaire preventie toe.

Voor het uitvoeren van een Soa-test hanteert de GGD een bepaalde norm: iemand moet zich laten testen zodra hij/zij minstens één onveilig seksueel contact heeft gehad. Veel mensen zijn niet op de hoogte van deze norm of houden zich er niet aan. Door de invoering van een aantal innovaties door de GGD op het gebied van vroege opsporing, zoals de HIV-sneltest (binnen het uur zijn de resultaten bekend i.p.v. een week) en een interventie met een thuistest voor de screening van Chlamydia (urinemonster thuis afnemen en in een speciale envelop opsturen), heeft zij getracht het testen op Soa te bevorderen bij de Rotterdamse bevolking. Naast deze verbeteringen is echter ook toenemende behoefte aan inzicht in gedrags- en omgevingsdeterminanten, zodat de voorlichting over de Soa-testen kan worden verbeterd.

De GGD is hierdoor van plan in de nabije toekomst een interventie op te zetten om jongeren, met name ROC-scholieren, te motiveren na een onveilig seksueel contact een Soa-test te doen. Echter, er bestaat nog weinig kennis over welke factoren een rol spelen bij de

beslissing van ROC-scholieren een Soa-test te doen. Om hier meer inzicht in te krijgen, zal kwalitatief onderzoek een belangrijke rol spelen. Kwalitatief onderzoek is een goede manier om meer kennis te vergaren over een bepaald gedrag waar nog weinig bekend over is, zoals de determinanten van het testgedrag. Door middel van het open karakter van dataverzameling, kan een eerste stap worden gezet in onderzoek naar welke overwegingen een rol kunnen spelen bij het testgedrag van ROC-scholieren. Aan de hand van de resultaten van het kwalitatief onderzoek zal in de toekomst een kwantitatief onderzoek worden opgezet. Het onderzoek dat in dit rapport is beschreven heeft echter betrekking op het kwalitatief onderzoek. Centraal in dit rapport staat dan ook de volgende hoofdvraag:

Welke overwegingen spelen een rol bij de keuze van ROC-scholieren in Rotterdam een Soa-test te doen na een onveilig seksueel contact?

1.4. Opbouw van het rapport

De beschrijving van dit onderzoek is in een aantal hoofdstukken opgedeeld. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader met betrekking tot de sociaal-psychologische determinanten van het testen, besproken. Hier wordt met name dieper ingegaan op de keuze van het theoretische model en de bevindingen uit literatuur over het testgedrag. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de methode die tijdens dit onderzoek is gebruikt uiteen gezet en in hoofdstuk 4 wordt een overzicht gegeven van de gevonden resultaten. In hoofdstuk 5 worden tenslotte de conclusies getrokken en ter discussie gesteld, en beperkingen van het onderzoek besproken. Tot slot van het hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor het vervolgonderzoek van de GGD.

2. Psychologische determinanten van Soa-testen

De analyse van gedragsdeterminanten is erop gericht een gedetailleerd beeld te krijgen van de redenen die ertoe leiden dat personen kiezen voor een bepaald gedrag. Als basis hiervoor dienen sociaal-psychologische theorieën over het menselijk gedrag (Schellens, 2000). Voor dit onderzoek is het Information-Motivation-Behavioral Skills Model als uitgangspunt genomen (§2.1). Verder zal het Precaution Adoption Process Model worden gebruikt ter ondersteuning (§2.2).

Om meer inzicht te krijgen in het testgedrag, met name van jongeren of ROC-scholieren, is literatuuronderzoek gedaan in §2.3. De laatste paragraaf (§2.4) toont vervolgens de probleemstelling van het onderzoek.

2.1. Information-Motivation-Behavioral Skills Model

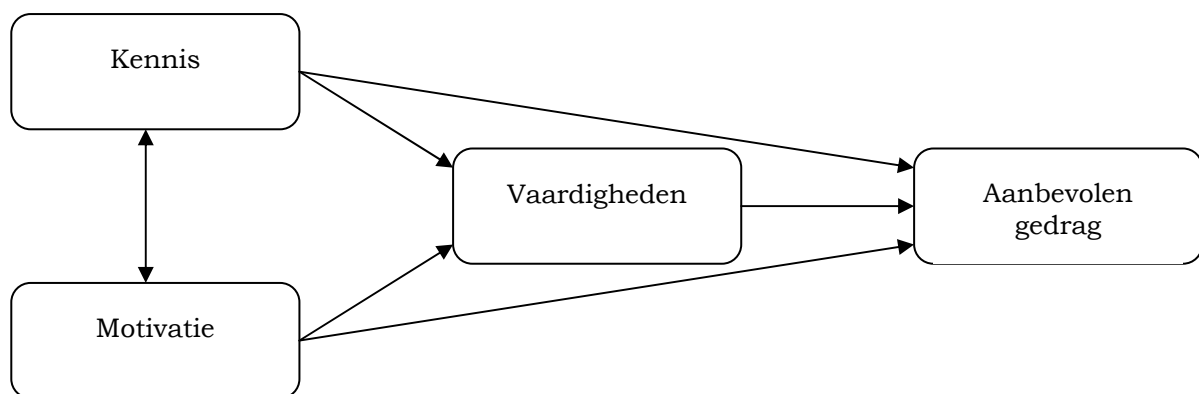
Het Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB-model) uit 1992 van Fisher en Fisher is ontwikkeld om meer inzicht te kunnen krijgen in het risicogedrag op het gebied van HIV. Aanleiding voor de ontwikkeling van het IMB-model was de kritiek op andere gedragstheorieën. In het verleden zijn verschillende modellen weliswaar geschikt bevonden voor de analyse van preventief gedrag met betrekking tot HIV; een algemeen model voor het voorspellen van het seksueel gedrag werd echter nog gemist (Fisher & Fisher, 2002; Wit et al, 2000). Het IMB-model is door Fisher en Fisher oorspronkelijk ontwikkeld voor de preventie van HIV, maar wordt steeds meer gezien als een algemeen gezondheidsgerelateerde gedragsmodel. Sinds 1992 wordt het model wereldwijd gebruikt en getest op zijn bruikbaarheid voor onderzoeken naar de analyse van de determinanten en de preventie van ongezond gedrag (Boyer et al, 2000; Boyer et al, 2005; Fisher et al, 1999; Fisher et al, 2002; Jaworski & Carey, 2001; Wit et al, 2000).

Het IMB-model integreert constructen van verschillende gedragsmodellen, zoals Theory of Reasoned Action, Efficacy-Theory en Health Belief Model (Boyer et al, 2000). Het voornaamste verschil met IMB-model en deze modellen is het construct kennis (Information): de drie andere modellen bezitten dit construct niet, het IMB-model wel. Het IMB-model beschrijft drie constructen die worden gezien als de fundamentele determinanten van preventief of aanbevolen gedrag (Fisher & Fisher, 2002) (zie Figuur 1):

- Kennis over het aanbevolen gedrag, zoals 'Ik weet niet waar ik mij kan laten testen op Soa'.
- Motivatie. Bij motivatie gaat het om de intentie van mensen in de nabije toekomst het aanbevolen gedrag te vertonen. Deze intentie wordt bepaald door drie determinanten:
 - Attitude: de afweging van alle voor- en nadelen die een persoon van het aanbevolen gedrag bevindt. Voorbeeld van een mogelijk voordeel is 'het doen van een Soa-test

- geeft mij zekerheid' en van een mogelijk nadeel is 'het doen van een Soa-test is pijnlijk'.
- Sociale norm: de waarneming van een persoon van de verwachtingen die relevante anderen (familie en vrienden) hebben over het gedrag van de persoon en de waarde die de persoon hecht aan hun mening. Bijvoorbeeld: 'mijn vrienden vinden het heel verstandig om je te laten testen op Soa'. Daarnaast houdt de sociale norm ook in of de relevante anderen zelf het aanbevolen gedrag vertonen.
 - Risicoperceptie: de mate waarin iemand zich kwetsbaar voelt voor een ziekte (waargenomen kwetsbaarheid) en de mate waarin iemand de ernst van de ziekte inschat (waargenomen ernst). Bijvoorbeeld: 'ik loop geen risico op een Soa, omdat ik niet met vieze mensen naar bed ga'.
 - Vaardigheden: het bezitten van de vaardigheden om het aanbevolen gedrag uit te kunnen voeren en de overtuiging van de persoon deze vaardigheden effectief te kunnen gebruiken (eigen effectiviteit). Bijvoorbeeld: 'Ik denk niet dat ik in staat ben om mij te laten testen op Soa, omdat ik altijd flauwval bij het zien van naalden'.

Figuur 1. Information-Motivation-Behavioral Skills Model van Fisher en Fisher



Kennis en motivatie worden gezien als twee aparte constructen, omdat mensen die volledig geïnformeerd zijn, niet per se gemotiveerd hoeven te zijn het gedrag uit te voeren, en gemotiveerde mensen hoeven niet volledig geïnformeerd te zijn over het aanbevolen gedrag (Fisher & Fisher, 2002). In Figuur 1 is te zien dat motivatie en kennis direct en indirect via vaardigheden invloed hebben op het gedrag. De veronderstelling van het model is dat deze twee constructen voornamelijk indirect via de vaardigheden invloed hebben op het gedrag. De reden hiervoor is dat het gedrag niet uitgevoerd kan worden als iemand niet in staat is dit effectief te doen, ondanks een hoge motivatie en volledig geïnformeerd zijn. Bijvoorbeeld: iemand is erg gemotiveerd een condoom te gebruiken, maar hij weet niet hoe hij het condoom op de juiste wijze moet omdoen. Hierdoor zal hij het aanbevolen gedrag niet of onjuist uitvoeren. Echter, motivatie en kennis kunnen ook direct invloed hebben op het gedrag als het gedrag niet te moeilijk is om uit te voeren.

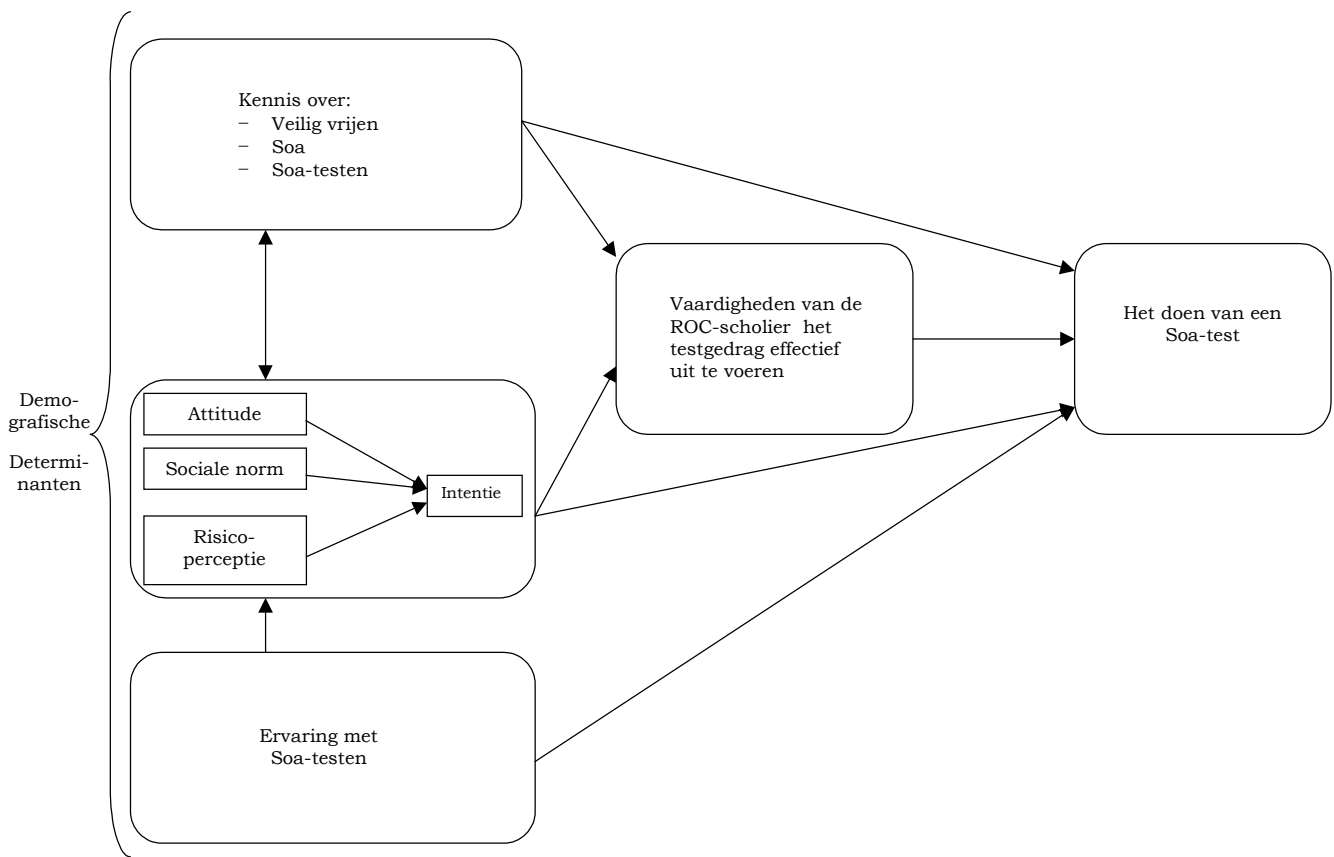
Ondanks de steun die het model krijgt in veel onderzoeken, zijn er ook kritieken op het model. Als eerste is het gebrek aan het aantal onderzoeken gebaseerd op het IMB-model een punt van kritiek (Fisher & Fisher, 2002). Met name onderzoeken waar met behulp van het IMB-model analyse van gedragsdeterminanten wordt uitgevoerd, zijn schaars. Het tweede punt van kritiek is het construct kennis. Kennis is een inconsistente factor als verschillende onderzoeken worden vergeleken met elkaar (Fisher & Fisher, 2002). Met name het verband tussen kennis-motivatie en tussen kennis-gedrag wordt regelmatig in twijfel getrokken. Een verklaring voor deze inconsistentie is het plafondeffect. In sommige groepen is het kennisniveau over het onderwerp dermate hoog, bijvoorbeeld het onderwerp HIV bij homoseksuelen, dat het construct kennis geen effect heeft op motivatie en gedrag (Fisher et al, 1999; Wit et al, 2000). Kennis heeft echter wel invloed als het plafondeffect nog niet is bereikt, bijvoorbeeld bij ROC-scholieren, die nog niet veel kennis over Soa bezitten.

De keuze van de IMB-model is gebaseerd op twee redenen. Ten eerste is het een model dat onderdelen van verschillende modellen integreert, waardoor het een diversiteit aan determinanten bezit. Vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek, geeft deze diversiteit mogelijkheden tot het onderzoeken van verschillende determinanten. Ten tweede is het model speciaal ontwikkeld voor het verklaren van preventief gedrag op het gebied van Soa en bewijst steeds vaker haar waarde bij verschillende onderzoeken naar Soa.

2.1.1. Toepassing van het model op Soa-testen bij ROC-scholieren

In Figuur 2 is het IMB-model uitgewerkt, toegepast op het onderwerp van dit onderzoek. Het aanbevolen gedrag is in dit geval 'Het doen van een Soa-test'. De vaardigheden zijn verwoord als 'Vaardigheden van de ROC-scholier het testgedrag effectief uit te voeren'. Met andere woorden, de ROC-scholier bezit de vaardigheden zich te laten testen op een Soa, in combinatie met de overtuiging dat hij/zij deze vaardigheden effectief kan gebruiken.

Figuur 2. Information-Motivation-Behavioral Skills Model toegepast op Soa-testen en ROC-scholieren



Kennis bestaat uit een aantal soorten kennis (zie Figuur 2): kennis over veilig vrijen, over Soa en over Soa-testen. Voor een correcte uitvoering van het aanbevolen gedrag, is het van belang dat ROC-scholieren over voldoende kennis beschikken met betrekking tot het doen van Soa-testen (het aanbevolen gedrag). Deze kennis kan bestaan uit de procedure, de plaatsen waar men terecht kan of de kosten van een test. ROC-scholieren zouden daarnaast ook over voldoende kennis moeten beschikken om de risico's van onveilig vrijen te kunnen inschatten. Kennis over risico's is opgesplitst in kennis over veilig vrijen en kennis over Soa.

Motivatie om een Soa-test te gaan doen bestaat uit verschillende determinanten (zie Figuur 2): attitude en sociale norm ten opzichte van het doen van een Soa-test, en waargenomen ernst en kwetsbaarheid (risicoperceptie) ten opzichte van Soa. Deze determinanten bepalen de intentie tot het doen van een Soa-test. Bij de attitude zal een positieve attitude een positieve invloed hebben op de intentie, een negatieve attitude een negatieve invloed. Een positieve houding van relevante anderen zal een positieve invloed hebben op de intentie (sociale norm). Deze invloed wordt groter naarmate de ROC-scholier meer waarde hecht aan de mening van deze relevante anderen. De waargenomen ernst en kwetsbaarheid kunnen apart van elkaar invloed hebben op de intentie, maar het verschil tussen deze twee determinanten kan ook van invloed zijn. Bij een negatief verschil (ernst van een Soa wordt groter geschat dan de eigen kwetsbaarheid) zal er bij het vertonen van

risicogedrag sprake zijn van onrealistisch optimisme, met als een gevolg een negatieve invloed op de intentie.

Vergeleken met Figuur 1, zijn in Figuur 2 twee veranderingen op te merken. Ten eerste, de toevoeging van de determinant ervaring. In de literatuur over gedrag in het verleden blijkt dat ervaring direct of indirect, via attitude en risicoperceptie, van invloed kan zijn op het gedrag (Aarts et al, 1998; Yzer et al, 1999). Om deze reden is in Figuur 2 een pijl getrokken richting deze determinanten. Naast ervaring zijn aan het model de demografische determinanten toegevoegd, op grond van de mogelijke invloed die deze determinanten kunnen hebben op alle overige determinanten.

2.2. Precaution Adoption Process Model

Het Precaution Adoption Process Model (PAPM) is een stadiamodel dat in 1988 is ontwikkeld door Weinstein (Weinstein & Sandman, 2001). De centrale gedachte achter het model is dat mensen een continue proces van een aantal stadia doorlopen, voordat zij het aanbevolen gedrag zullen vertonen. In elk stadium wordt een ander gedrag vertoond, waarop verschillend moet worden ingespeeld (Edelmann, 2000). Uit recent onderzoek blijkt dat andere gedragsmodellen geen rekening houden met welke stappen mensen doorlopen in het denkproces hun gedrag te veranderen. Hierdoor verklaren zij maar gedeeltelijk het gezonde gedrag (Edelmann, 2000). Een stadiatheorie laat zien dat mensen zich anders gedragen in verschillende stadia in het veranderingsproces en dat de cognities per stadium verschillend zijn (Horowitz, 2003; Weinstein & Sandman, 2001). Kenmerkend voor dit model is dat mensen alle stadia doorlopen tot het laatste stadium van gedragsbehoud, maar het is niet vanzelfsprekend dat het doorlopen van elk stadium evenveel tijd in beslag neemt. Het kan, bijvoorbeeld, zijn dat iemand op advies van de dokter zich laat testen op een Soa, terwijl die persoon zich nog niet bewust was van het gelopen risico. Deze persoon doorloopt de stadia op een tempo dat hij een aantal stadia lijkt over te slaan. Een ander kenmerk is dat mensen zich zowel voorwaarts als achterwaarts kunnen bewegen door de stadia. Het laatste kenmerk betreft determinanten die in het ene stadium van gedragsverandering een rol spelen, in een later stadium geen of een andere rol spelen. Interventies dienen daarom aangepast te worden naar het stadium, waarin iemand zich bevindt.

Het PAPM onderscheidt zeven stadia, lopend van gebrek aan kennis tot aan het behoud van het aanbevolen gedrag (Weinstein & Sandman, 2001):

1. Onbewust van het risico van het ongewenste gedrag, zoals 'het vrijen zonder condoom is niet slecht voor de gezondheid'. Het gebrek aan kennis over de risico's kan hier een grote rol spelen.
2. Bewust van het risico, maar gedragsverandering wordt nog niet nodig geacht. In dit stadium staat de determinant risicoperceptie centraal. Men weet dat er risico's verbonden zijn aan het ongewenste gedrag, maar voelt zichzelf niet kwetsbaar voor deze risico's. Een voorbeeld hiervan is 'Ik vind het testen op Soa niet nodig als ik zonder condoom heb gevreeën, want een Soa overkomt mij toch niet'.

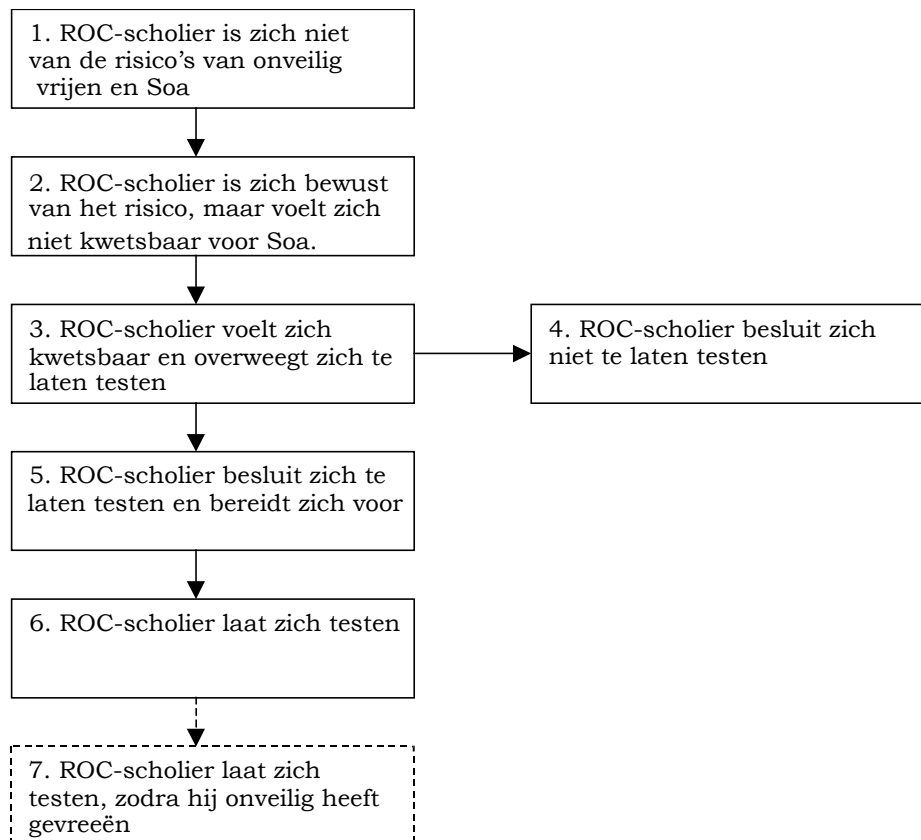
3. Het in overweging nemen van gedragsverandering. Afhankelijk van de risicoperceptie, de attitude en de sociale norm wordt in dit stadium de actie overwogen. Bijvoorbeeld 'Aan de ene kant wil ik me graag laten testen, omdat ik onveilig heb gevreeën, maar aan de andere kant staat het me ook tegen, omdat ik bang ben voor een negatieve uitslag en de reactie van mijn partner'.
4. Het besluit geen actie te ondernemen tot gedragsverandering ('ik heb besloten dat het niet nodig is me te laten testen'), of:
5. Het besluit wel actie te ondernemen tot gedragsverandering. Dit is het stadium voordat de actie daadwerkelijk wordt uitgevoerd. In dit stadium heeft men de intentie de actie uit te voeren. Een voorbeeld is 'ik denk dat er een kans bestaat dat ik Soa heb, dus ik ben van plan om morgen naar de dokter te gaan voor een Soa-test'.
6. Actie tot gedragsverandering, zoals het doen van een Soa-test.
7. Behoud van het gedrag

Het PAPM is gekozen als extra ondersteuning bij het onderzoeken van de sociaal-psychologische determinanten. Bij elk stadium moeten andere determinanten worden beïnvloed om de barrières in het desbetreffende stadium te kunnen overwinnen. Door te meten in welk stadium de doelgroep zich bevindt, kan gekeken worden welke barrières overwonnen moeten worden.

2.2.1. Toepassing van het PAPM op het onderzoek

In Figuur 3 is het model schematisch uitgewerkt. Het model laat zien hoe de ROC-scholier door verschillende stadia loopt, voordat de scholier zich ook daadwerkelijk laat testen. Bij het doorlopen van de stadia moeten in elk stadium verschillende barrières worden overwonnen. In het eerste stadium zal bijvoorbeeld de barrière 'gebrek aan kennis over het risico van een Soa' overwonnen moeten. Een barrière die in het tweede stadium een rol kan spelen, is het gevoel van kwetsbaarheid bij de ROC-scholier. ROC-scholieren kunnen bijvoorbeeld denken dat een Soa hen niet kan overkomen, omdat zij vaker zonder condoom hebben gevreeën en nog nooit eerder een Soa hebben gehad. Naast de barrières die overwonnen moeten worden, moet er ook rekening mee worden gehouden, dat de ROC-scholier kan terugvallen naar een vorig stadium. Een ROC-scholier kan bijvoorbeeld de intentie hebben een test te gaan doen, maar hoort vervolgens dat een tante werkt op de Soa-polikliniek, waardoor de scholier opnieuw gaat nadenken of het doen van een Soa-test wel echt nodig is (Stadium 3).

Figuur 3. Het Precaution Adoption Process Model, toegepast op Soa-testen en ROC-scholieren.



Stadium 7 is in Figuur 3 omlijnd met stippeltjes. Het gewenste gedrag voor dit onderzoek is geen gedrag dat op regelmaat is gebaseerd, maar is gebaseerd op het feit of iemand risico heeft gelopen. Het gaat hier om één specifieke handeling, het testen op Soa's, en niet om een continue handeling, zoals twee keer per week minstens 30 minuten sporten.

2.3. Psycho-sociale determinanten van Soa-testen

In deze paragraaf zullen de belangrijkste determinanten van Soa-testen worden besproken, die in de literatuur zijn gevonden. De meeste literatuur over dit onderwerp betreft onderzoek dat in het buitenland is verricht en richt zich met name op andere doelgroepen; over de gedragsdeterminanten van Soa-testen onder ROC-scholieren of jongeren is nog weinig bekend. De bespreking van de determinanten in deze paragraaf zal zich dan ook niet specifiek richten op de determinanten van ROC-scholieren of jongeren, maar op de determinanten in het algemeen. Een uitzondering is de determinant risicoperceptie; over jongeren en hun risicoperceptie is wel regelmatig onderzoek gedaan.

Risicoperceptie

De combinatie van risicofactoren zoals het beginnen op vroege leeftijd met geslachtsgemeenschap, het hebben van meerdere sekspartners, het experimenteren met verschillende riskante seksuele technieken en inconsistent condoomgebruik, zorgt ervoor

dat jongeren een hoog risico lopen op een Soa. Uit een recent onderzoek blijkt dat jongeren rond hun zestiende beginnen met geslachtsgemeenschap, steeds vaker experimenteren met verschillende seksuele technieken, zoals anale seks, en het condoomgebruik afneemt naarmate iemand langer seksueel actief is (Graaf et al, 2005). Daarnaast hebben jongens en meisjes meestal al 2 of 3 sekspartners gehad bij een gemiddelde leeftijd van 18,6 jaar.

De perceptie van jongeren over hun eigen risico van een Soa is echter laag. Zij voelen zich niet of nauwelijks kwetsbaar voor een Soa (Bakker et al, 2003; Banikarim et al, 2003; Boyer et al, 2000; Crosby et al, 2001; Slonim et al, 2005). Hier zijn verschillende redenen voor gevonden: ze hebben vertrouwen in hun partner, ze denken aan het uiterlijk van hun partner te kunnen zien of hij/zij besmet is, niemand in hun directe omgeving wordt besmet of ze gaan er vanuit dat ze resistent zijn, omdat bij herhaaldelijk onveilig seksueel contact een Soa uitbleef. Ook voelen ze zich minder kwetsbaar als ze zelf nog geen ervaring met een Soa hebben gehad (Crosby et al, 2001). Daarnaast zien jongeren Soa niet als een ernstige ziekte. Een verklaring hiervoor kan zijn dat iemand uit hun omgeving of misschien de jongere zelf ooit een Soa heeft gehad, waardoor ze bekend zijn met de ziekte en de snelle, gemakkelijke behandeling hiervan (Crosby et al, 2001).

Attitude

De attitude bestaat uit de afweging van voor- en nadelen. In de literatuur is met name onderzoek gedaan naar de nadelen van Soa-testen. Het grootste nadeel van het testen lijkt angst te zijn. Deze angst bestaat uit drie verschillende soorten angst: angst voor een positieve uitslag, angst gestigmatiseerd te worden en angst voor de test zelf. Angst voor een positieve uitslag is een factor die ongeacht leeftijd, ras, seksuele voorkeur of soort test steeds weer terugkomt, waardoor dit een belangrijke factor lijkt te zijn (Awad et al, 2004; Fennema et al, 1999; Manhart et al, 2000; Meiberg, 2005; Mikolajczak et al, 2003; Myers et al, 1993; Rotheram-Borus et al, 1997; Simon et al, 1996; Tebb et al, 2004).

De tweede soort angst heeft betrekking op 'stigmatisering'. Volgens Cunningham et al (2002) en Fortenberry et al (2002) is een stigma een onwenselijk kenmerk van iemand dat er voor zorgt dat diegene buiten wordt gesloten van de rest van zijn omgeving. Een stigma met betrekking tot Soa is het vooroordeel van mensen, dat iemand die geïnfecteerd is met een Soa, vies is, zich moeten schamen en zich verantwoordelijk/schuldig moet voelen voor het hebben van de Soa. Uit de literatuur blijkt dat angst gestigmatiseerd te worden een grote barrière kan zijn voor mensen zich te laten testen op Soa (Cunningham et al, 2002; Fortenberry et al, 2002; Kalichman & Simbayi, 2003; Meiberg, 2005).

Tenslotte heeft angst voor de test zelf betrekking op de procedure van de test, zoals gebruik van naalden of de periode voordat de uitslag bekend wordt (Meiberg, 2005; Mikolajczak et al, 2003; Tebb et al, 2004). Deze angst blijkt in mindere mate een rol te spelen dan de andere twee soorten angst. Daarnaast hoeft deze angst na de eerste keer testen geen rol meer te spelen, terwijl angst voor de uitslag en voor stigmatisering na de eerste keer testen, op lange termijn nog een rol zouden kunnen spelen.

De mogelijkheid dat de vertrouwelijkheid wordt geschonden, wordt ook als een nadeel beschouwd. Uit de literatuur blijkt dat veel mensen de dokters of verpleegkundigen in de klinieken niet vertrouwen of geen vertrouwen hebben anoniem te zullen blijven (Banikarim et al, 2003; Ellen et al, 2000; Meiberg, 2005; Myers et al, 1993; Simon et al, 1996). Daarnaast zijn er nog enkele aspecten van de test die als nadelig worden beschouwd, zoals kosten van de test, vervoer of afstand naar de Soa-polikliniek, de tijd die het in beslag neemt of het terugkomen voor de uitslag (Awad et al, 2004; Banikarim et al, 2003; Slonim et al, 2005).

Ondanks dat er weinig bekend is in de literatuur over de voordelen van het testen, lijkt één voordeel toch te overheersen: zekerheid over de (negatieve) Soa-status. De mentale rust speelt hierbij een belangrijke rol (Banikarim et al, 2003; Ellen et al, 2000; Lupton et al, 1995; Meiberg, 2005). Het kan zijn dat iemand zich zorgen maakt over zijn Soa-status, omdat hij/zij meerdere seksuele partners of een onveilig seksueel contact heeft gehad. Door zich te laten testen, kan lijzij deze zorgen wegnemen.

Een ander voordeel van het doen van een test is de symbolische waarde binnen een relatie (Bakker et al, 2003; Lupton et al, 1995; Meiberg, 2005; Mikolajczak et al, 2003). Het samen doen van een test wordt gezien als een symbool voor een serieuze en monogame relatie met elkaar. Daarnaast wordt de mogelijkheid tot testen gezien als voordeel zodat tijdens zwangerschap een Soa niet overgedragen kan worden aan het ongeborn kind of dat iemand kan worden behandeld als hij klachten heeft (Bakker et al, 2003; Ellen et al, 2000; Lupton et al, 1995; Mikolajczak et al, 2003; Rotheram-Borus et al, 1997).

Sociale norm

Over het algemeen wordt er geen bewijs gevonden dat relevante personen, zoals partner, vrienden en familie, invloed hebben op de keuze van een persoon zich te laten testen (Dorr et al, 1999). Echter, uit een onderzoek van Lowery et al (2005) komt naar voren dat bij jongeren vrienden een belangrijke plaats innemen bij het beslissingsproces een Soa-test te gaan doen. De hechtheid van de vriendschap speelt hierbij een rol: hoe vaker iemand met zijn beste vriend(in) in een week spreekt, hoe groter de kans dat diegene een Soa-test gaat doen. Een dergelijke invloed van ouders of deelname in buitenschoolse activiteiten werd niet gevonden.

Uit het onderzoek 'Seks onder je 25^e' blijkt dat, met betrekking tot het seksueel risicogedrag, jongeren die affectie, hulp en steun van hun ouders ervaren en van wie de ouders veel afweten, zich beter beschermen tegen soa (Graaf et al, 2005).

Overige psychologische determinanten

Andere determinanten die direct of indirect invloed kunnen hebben op de beslissing een Soa-test te gaan doen, zijn kennis en ervaring. De determinant kennis is op te splitsen naar kennis over Soa en kennis over Soa-testen. Over het algemeen blijkt uit de literatuur dat het kennisniveau over Soa en de bijbehorende gevolgen hoog is (Bakker et al, 2003; Banikarim

et al, 2003; Boyer et al, 2000). Het kennisniveau over Soa-testen is echter laag. Mensen zijn wel op de hoogte van het bestaan van de test, maar de procedure van de test en waar er kan worden getest is niet altijd bekend (Mikolajczak et al, 2003; Siegel et al, 1998).

In Nederland heeft tien procent van de seksueel actieve jongeren ervaring met het doen van een Soa-test, volgens het onderzoek 'Seks onder je 25^e' (Graaf et al, 2005). Ervaring met het hebben van een Soa of het doen van een Soa-test lijkt ervoor te zorgen dat mensen eerder beslissen een Soa-test te doen. Uit de literatuur blijkt dat de ervaring een indirecte invloed via attitude en risicoperceptie heeft (Crosby et al, 2001; Kalichman & Simbayi, 2003; Meiberg, 2005), maar ook een directe invloed op het testgedrag kan hebben (Bond et al, 2005; Ellen et al, 2000).

Demografische variabelen

Er zijn ook enkele demografische determinanten die een rol kunnen spelen bij het uiteindelijk vertonen van het aanbevolen gedrag. Het geslacht kan, bijvoorbeeld, van invloed zijn. In de literatuur is bewijs gevonden dat vrouwen eerder dan mannen een Soa-test doen (Lupton et al, 1995). Verklaringen hiervoor zijn dat vrouwen meer waarde hechten aan hun gezondheid en zich eerder kwetsbaar voelen voor een Soa (Rosengard et al, 2004). Ook hebben zij een grotere angst te worden gestigmatiseerd door hun omgeving (Cunningham et al, 2002).

Er is geen bewijs gevonden dat opleidingsniveau een rol speelt bij het doen van een Soa-test, maar lijkt wel een verband te hebben met het risico van een Soa. Zo komt seksueel risicogedrag vaker dan gemiddeld voor bij ROC-scholieren (scholieren met een opleiding op Mbo-niveau) (Bakker et al, 2003; Brugman et al, 1995; Götz et al, 2005; Graaf et al, 2005). Verder is er weinig bewijs gevonden dat culturele achtergrond invloed heeft het doen van een Soa-test. Uit recent onderzoek bij jongeren onder de 25 jaar blijkt echter dat Surinaamse en Antilliaanse meisjes zich vaker testen dan anderen (Graaf et al, 2005). Over het seksueel risicogedrag en culturele achtergrond is meer onderzoek gedaan. Hieruit blijkt dat mensen uit de Nederlandse Antillen, Suriname, Kaapverdië en Marokko een groter seksueel risicogedrag vertonen dan mensen uit Westerse landen (Dorst, 2003; Harawa et al, 2003; Kalwij, 2000; Manhart et al, 2000; Silva et al, 2003). Deze mensen hebben meer seksuele contacten met verschillende partners, ongeacht of ze getrouwd zijn of niet. Ook is hun attitude ten opzichte van condoomgebruik negatiever dan die van mensen uit Westerse landen, waardoor zij minder snel een condoom zullen gebruiken (Bergh, 2000). Zij zien het op zak hebben van een condoom als teken van vreemdgaan en hebben de opvatting dat 'huid op huid' (seks zonder condoom) veel meer seksueel genot geeft. Bij Marokkanen speelt als extra factor mee dat een Marokkaan met het voorstellen van condoomgebruik aan de partner, afgezien van het verlies van de partner, risico loopt ook het een thuis, een plaats in de maatschappij en, specifiek voor de vrouwen, financiële steun te verliezen (Manhart et al, 2000).

Samenvatting determinanten

Uit de literatuur over gedragsdeterminanten van het testgedrag blijkt dat risicoperceptie, attitude, sociale norm en, in mindere mate, kennis en ervaring, een rol te spelen bij het testgedrag. Het testgedrag kan worden beïnvloed door angst voor een positief resultaat, lage risicoperceptie, stigma, symbolische waarde voor een relatie, de mogelijkheid tot testen bij klachten, procedurele drempels en gebrek aan kennis (Awad et al, 2004; Banikarim et al, 2003; Ellen et al, 2000; Fortenberry et al, 2002; Kalichmann & Simbayi, 2003; Meiberg, 2005; Mikolajczak et al, 2003; Myers et al, 1993; RIVM, 2004; Slonim et al, 2005).

2.3. Probleemstelling

In dit rapport staat de volgende hoofdvraag centraal: *Welke overwegingen spelen een rol bij de keuze van ROC-scholieren in Rotterdam een Soa-test te doen na een onveilig seksueel contact?* Aan de hand van onderstaande onderzoeksvragen zal getracht worden de hoofdvraag te beantwoorden:

1. Wat is het seksueel risicogedrag van ROC-scholieren in Rotterdam met betrekking tot Soa?
2. Welke sociaal-psychologische gedragsdeterminanten spelen een rol bij de keuze van ROC-scholieren in Rotterdam zich te laten testen op een Soa?
3. Welke demografische variabelen spelen een rol bij de keuze van ROC-scholieren in Rotterdam om zich te laten testen op een Soa?
4. Wat is het verschil in de percepties over Soa en HIV van ROC-scholieren in Rotterdam?

3. Methode van Onderzoek

Voor de uitvoering van het onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve en exploratieve methode. Allereerst zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op de samenstelling van de respondentengroep. Vervolgens worden de keuze en de ontwikkeling van het instrument toegelicht in §3.2. De procedure van de dataverzameling en de dataverwerking en -analyse komen tot slot aan bod in respectievelijk §3.3 en §3.4.

3.1. Respondenten

De onderzoeksgroep bestond uit jongeren die een Mbo-opleiding aan een ROC-school volgden in Rotterdam. De deelnemers aan het onderzoek moesten aan enkele selectiecriteria voldoen: hetero-/biseksueel, seksueel actief en tussen de 16 en 25 jaar. Daarnaast is gestreefd naar een gelijke verdeling binnen de respondentengroep op basis van geslacht en culturele achtergrond, dat wil zeggen evenveel jongens als meisjes van Nederlandse, Surinaamse, Antilliaanse, Kaapverdiaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst.

3.2. Interviewprotocol

Voor dit onderzoek is gekozen voor het gebruik van semi-gestructureerde interviews. Volgens Power (2002) is dit instrument zeer geschikt voor onderzoek naar de determinanten van Soa, met name als het data moet opleveren die geschikt zijn voor kwantitatief onderzoek. Door middel van open vragen in een vaste structuur wordt getracht de data te verzamelen.

3.2.1 Structuur van het interviewprotocol

Tijdens de ontwikkeling van het interviewprotocol heeft het IMB-model als leidraad gediend. De definitieve versie van het interviewprotocol is terug te vinden in bijlage 3.

Algemene gegevens

Voor het verzamelen van de demografische variabelen van de respondenten is gevraagd naar geslacht, leeftijd, opleiding en geloof. Met behulp van de vragen over hun geboorteland, het geboorteland van beide ouders en bij welke nationaliteit zij het meest thuis voelden (gevoelde etniciteit) werd getracht inzicht te krijgen in de etniciteit van de respondenten (zie bijlage 3: vraag 5 t/m 7).

Seksueel gedrag

Het onderdeel seksueel gedrag heeft als doel inzicht te creëren in het seksleven van de respondenten. Door te vragen naar de leeftijd waarop de respondent voor het eerst geslachtsgemeenschap heeft gehad en informatie over de sekspartners, zoals 'Met hoeveel verschillende partners heb je seks gehad in je hele leven?' of 'Waren deze partners allemaal van hetzelfde geslacht?', is getracht dit te realiseren. Vragen over verliefdheid en relaties

werden gebruikt als subtiele opbouw naar de persoonlijke vragen over het seksleven (zie bijlage 3: vraag 9 t/m 12).

Veilig vrijen

Dit onderdeel heeft betrekking op de kennis en het gedrag van de respondenten op het gebied van veilig vrijen. De kennis over veilig vrijen (Kennis in IMB-model) is gemeten door te vragen naar de definitie ('Als je denkt aan veilig vrijen, waar denk je dan aan?') en methoden ('Welke voorbehoedsmiddelen ken je?') van veilig vrijen. Daarnaast is ook gevraagd wanneer en waarom condoomgebruik nodig is ('In welke situatie zou iemand een condoom moeten gebruiken?') en 'Wat kan er gebeuren als je geen condoom gebruikt?').

Door te vragen naar het gedrag van de respondenten met betrekking tot veilig vrijen, met name het condoomgebruik, is getracht meer inzicht te krijgen in het seksueel gedrag van de respondentengroep. Er is gevraagd welke voorbehoedsmiddelen er voornamelijk worden gebruikt en welke de voorkeur heeft, en naar het condoomgebruik en de motivaties achter het wel of niet gebruiken van het condoom (zie bijlage 3: vraag 18 t/m 22).

Soa

Op basis van een aantal vragen over Soa is het kennisniveau van de respondenten over dit onderwerp gemeten (Kennis in IMB-model). De kennisvragen zijn verdeeld over een aantal onderwerpen: definitie van Soa, de soorten Soa, klachten en gevolgen van Soa en de ontdekking van Soa. Bij de definitie is gevraagd naar de betekenis van de (afkorting van) Soa, hoe iemand een Soa kan krijgen en hoe een Soa kan worden voorkomen, bijvoorbeeld: 'Zou je mij kunnen vertellen wat een Soa is?'. Vervolgens is gevraagd naar welke Soa's bekend zijn bij de respondenten (zie bijlage 3: vraag 26). Wanneer de respondent minstens twee Soa's wist te noemen, is doorgevraagd welke Soa het meest voorkomt, welke de ergste is en waar de respondent zelf de meeste risico op zou lopen. Ook is het verschil in perceptie van HIV en Soa getracht te onderzoeken bij dit onderwerp. Er is de respondenten gevraagd of er verschil in hun reactie of gedachtegang zou zijn als iemand geïnfecteerd is met HIV in vergelijking met een andere Soa: 'Stel, een vriend van jou vertelt dat hij HIV heeft, in hoeverre zou je anders reageren of denken als diezelfde vriend vertelt, dat hij Chlamydia, of een andere Soa, heeft?'.

Inzicht in de kennis over klachten en gevolgen van een Soa werd verkregen door te vragen of iemand altijd klachten kan krijgen van een Soa ('Zou je het altijd kunnen merken als je een Soa hebt?'), welke klachten een Soa kan geven en wat de gevolgen van een Soa kan zijn als iemand voor lange periode geïnfecteerd is met een Soa. Bij de ontdekking van een Soa is de vraag gesteld hoe iemand er achter kan komen een Soa te hebben (zie bijlage 3: vraag 27-29).

Met de vraag of de respondent in het verleden wel eens geïnfecteerd is geweest met een Soa, is dit onderdeel afgesloten. Deze vraag heeft betrekking op het seksueel gedrag.

Soa-testen

Bij het onderdeel Soa-testen werden verschillende determinanten onderzocht. De eerste vraag heeft betrekking op de kennis over Soa-testen (Kennis in IMB-model). Hier is gevraagd naar de procedure ('Wat houdt een Soa-test in?'), de kosten ('Is het duur?'), de windowperiode ('Stel, je hebt vanavond onveilige seks gehad en je wilt je morgen testen, is de Soa gelijk in je lichaam te zien?'), de uitslag ('Hoe lang duurt het voordat je de uitslag krijgt?') en de plaatsen waar getest kan worden.

Vervolgens is gevraagd om welke redenen iemand zich wel of niet zou testen. De antwoorden op deze vragen kunnen betrekking hebben op verschillende determinanten, maar voornamelijk op de determinanten binnen het construct Motivatie van IMB-model. Verder is dieper ingegaan op de perceptie van HIV en Soa door te vragen wanneer de respondent wel een HIV-test zal doen en een Soa-test niet of vice versa (zie bijlage 3: vraag 32 en 33).

Als laatste is de determinant ervaring onderzocht. De respondenten is gevraagd of zij wel eens zijn getest en of zij wel eens een Soa-test hebben overwogen, maar uiteindelijk toch hebben besloten deze niet te doen (zie bijlage 3: vraag 34 en 35).

Attitude

Bij dit onderdeel is de attitude over Soa-testen (Motivatie in IMB-model) onderzocht. De vragen bestonden uit de algemene mening over Soa-testen en de voor- en nadelen van het doen van een Soa-test, zoals 'Wat vind jij dat de voordelen zijn van het doen van een Soa-test?'

Sociale norm

Sociale norm is onderverdeeld in een aantal onderwerpen: communicatie over Soa of Soa-testen, het testgedrag van mensen uit de directe omgeving en de waargenomen houding van mensen uit de directe omgeving ten opzichte van Soa-testen. Bij communicatie over Soa of Soa-testen is getracht na te gaan of de respondenten met anderen praten over het onderwerp, met wie ze erover praten en wat de inhoud van die gesprekken is (zie bijlage 3: vraag 39).

De waargenomen houding van mensen uit de directe omgeving heeft betrekking op de ouders, vrienden en eventuele partner van de respondent (zie bijlage 3: vraag 41-43). Per groep is onderzocht wat de respondent verwacht wat hun mening is over Soa-testen ('Wat zouden je ouders ervan vinden als jij je liet testen?'), wat hun reactie zal zijn op een positieve uitslag en of de respondent het zal vertellen ('Hoe zouden ze reageren als blijkt dat je een Soa hebt?'), en hoeveel waarde de respondent aan deze mening hecht ('Hecht je veel waarde aan de mening van je vrienden?', 'Als die mening vergelijkt met die van je ouders?' en 'Zou deze mening jou kunnen tegenhouden?').

Risicoperceptie

De determinant risicoperceptie (Motivatie in IMB-model) is onder andere in dit onderdeel onderzocht. Er is gevraagd naar de risicogroepen ('Wie zou zich moeten laten testen op een Soa?') en risico-inschatting van Soa. Bij de risico-inschatting is gevraagd hoe groot de kans is dat een medescholier een Soa zal krijgen als hij/zij die avond seks heeft zonder condoom en vervolgens is gevraagd hoe groot kans op een Soa is voor de respondent in dezelfde situatie (zie bijlage 3: vraag 46 en 47).

Intentie

Als laatste determinant van Motivatie is getracht inzicht te krijgen in de intentie tot het doen van een Soa-test. De intentie is opgesplitst in drie situaties: onveilige seks met als gevolg klachten, onveilige seks met een onbekend persoon (one-night-stand) en onveilige seks met een bekende van de respondent. Bij elke situatie is aan de respondent gevraagd of hij/zij van plan is zich te laten testen als een dergelijke situatie zich zal voordoen (zie bijlage 3: vraag 48 t/m 50).

Vaardigheden

Tot slot van het interview is het construct vaardigheden aan bod gekomen. Eerst is gevraagd naar de vaardigheden met betrekking tot het condoomgebruik en de communicatie over condoomgebruik en Soa. Deze vragen behoren nog tot het seksueel gedrag van de respondenten. Bij het condoomgebruik is de respondent gevraagd of hij/zij zich een situatie kan voorstellen waar geen condoom wordt gebruikt tijdens de geslachtsgemeenschap, terwijl de respondent dat wel van plan is geweest. Over de communicatie is het volgende gevraagd: 'Zou je het moeilijk vinden condoomgebruik ter sprake te brengen als je bij iemand in bed ligt?' en 'Zou je op hetzelfde moment ook kunnen vragen naar een Soa?'

De vaardigheden om een Soa-test te gaan doen, zijn onderzocht door aan de respondenten te vragen wat hen nog kan tegenhouden als zij hebben besloten zich morgen te laten testen, ongeacht eerder genoemde overwegingen: 'Stel, je hebt de voordelen tegen de nadelen afgewogen en je hebt besloten je morgen te gaan testen, wat zou je nu nog tegen kunnen houden?'

Scenario's

Voor het onderzoek zijn vijf verschillende scenario's ontwikkeld (zie bijlage 4) en op verschillende plaatsen binnen het interviewprotocol geplaatst (zie bijlage 3). Het gebruik van scenario's (role-model-stories) is een goede methode om gevoelige onderwerpen, zoals seksualiteit, gemakkelijk bespreekbaar te maken. Ze zorgen voor een soort afstand, waardoor respondenten zich niet persoonlijk voelen aangesproken of aangevallen (Bond, 2005; Lee, 1993). Het doel van de scenario's bij dit onderzoek is met name te achterhalen in welk stadium de respondenten zich bevinden van het PAPM door per scenario extra

risicofactoren toe te voegen. Daarnaast wordt meer inzicht verkregen in, met name, de risicoperceptie en intentie. Bij de plaatsing van de scenario's binnen het protocol, is getracht de scenario's op een zodanige manier te plaatsen dat er zo min mogelijk sprake kan zijn van sociaal wenselijke antwoorden. Verder is ook een mannelijke en vrouwelijke versie gemaakt, zodat de respondenten zich beter met de scenario's kunnen identificeren.

Met behulp van scenario 'vreemdgaan' wordt onderzocht of de respondent uit zichzelf bewust is van het risico van een Soa en op het idee komt zich te laten testen, zonder enige toegevoegde informatie te geven. Dit scenario is geplaatst binnen het protocol nog voordat het onderwerp over veilig vrijen begint, met als doel te kijken of de respondenten zelf op de mogelijkheid van onveilig vrijen van de partner kunnen komen.

"Ik heb al drie jaar dezelfde vriend. Ik hou zielsveel van hem, we hebben geweldige seks en na de zomer zouden we gaan trouwen. Alleen nu ben ik er achter gekomen dat hij vreemd is gegaan, met meerdere meisjes zelfs. Wat moet ik nou doen?"

Scenario 'one-night-stand' gaat over een persoon die regelmatig seks heeft met steeds een andere partner. Volgens deze persoon is het gebruik van het condoom niet altijd nodig, omdat de anticonceptiepil voldoende bescherming geeft. Het doel van het scenario is te achterhalen of de respondenten deze mening delen met de persoon in het scenario en of zij zich bewust zijn van het risico van Soa. Het scenario is geplaatst binnen het protocol net voor het moment dat over Soa wordt begonnen, om te onderzoeken of de respondenten uit zichzelf denken aan het risico van een Soa.

"Ik doe al jaren seks. Ik heb nog geen vaste vriend, dat wil ik ook niet: er lopen teveel leuke jongens rond. Als een leuke jongen interesse toont, is hij die avond van mij en meestal gaan we dan ook all the way, als je begrijpt wat ik bedoel. Meestal gebruik ik wel een condoom, omdat die jongen hem dan toch bij zich heeft. Van mij hoeft het niet per se, ik ben toch aan de pil."

Het scenario 'seks met beste vriend' gaat over onveilige seks met een goede bekende. Als extra risicofactor is de zin 'Ik weet dat John niet altijd met condoom heeft gevreeën..' toegevoegd. Dit scenario is voorgelegd aan de respondenten direct na het scenario 'one-night-stand' met dezelfde achterliggende gedachte van dat scenario.

"Ik ken John al jaren, sinds de kleuterklas. Hij is mijn beste vriend, we vertellen elkaar alles, écht alles!. Afgelopen weekend hadden we allebei iets te veel gedronken en zijn we bij elkaar in bed beland. Dat was nog nooit eerder gebeurd. We hebben het niet veilig gedaan. Ik weet dat John niet altijd met condoom heeft gevreeën, maar ik vertrouw hem voor 100%. Hij is tenslotte mijn beste vriend"

Bij scenario 'serieuze relatie en testen' wordt een situatie voorgelegd waar de persoon al de intentie heeft zich te laten testen (Stadium 5). Het doel van het scenario is te onderzoeken of de respondenten bij een dergelijke situatie de intentie zullen houden. Het scenario is geplaatst binnen het protocol net voor het moment dat over Soa-testen wordt begonnen:

"Mijn vriend en ik zijn al een tijdje samen, bijna een jaar. We vrijen nog wel met condoom, maar daar willen we vanaf, want zonder is toch veel lekkerder. Voor de zekerheid wil ik samen met mijn vriend een

Soa-test doen, voordat we stoppen met het condoom. Alleen hij weigert, omdat hij vindt dat je zoiets alleen doet als je elkaar niet vertrouwt. Ik wil niet dat hij denkt dat ik hem niet vertrouw, wat moet ik nou doen?"

Het laatste scenario, dat direct naar het scenario 'serieuze relatie en testen' is voorgelegd aan de respondenten, beschrijft een situatie waar een persoon wordt gewaarschuwd door een ex die Chlamydia heeft. Door toevoeging van de factor 'tijd' in combinatie met de factoren 'geen klachten' en 'het uiterlijk van andere sekspartners', is getracht te achterhalen of de respondent het risico van een Soa ziet en zich zou laten testen:

"Ik ben vorige week gebeld door mijn ex. Minstens een jaar geleden hebben we maar een paar weken iets gehad. Hij vertelde mij dat hij Chlamydia heeft en dat ik mij moet laten testen. Nou, ik denk niet dat dat nodig is, hoor. Het is al meer dan een jaar geleden en ik heb helemaal geen klachten. Trouwens, ik heb een paar meisjes gezien waar hij na mij nog mee is geweest en die zagen er niet echt fris uit of zo..."

3.2.2 Pretest van het interview

Voordat het interview werd afgenomen bij de doelgroep, heeft het interviewprotocol inclusief de scenario's een pretest ondergaan, teneinde uit te zoeken of het interviewprotocol geschikt is voor de doelgroep. De belangrijkste resultaten van de pretest zullen hieronder worden besproken.

De eerste versie van het interviewprotocol (zie bijlage 2) is op twee manieren aan een pretest onderworpen. Ten eerste zijn experts van de GGD en Universiteit Twente benaderd het interview te evalueren. De experts van de GGD zijn onderzoekers en sociaal verpleegkundigen Soa/Aids van het Cluster Infectieziektebestrijding; de experts van de Universiteit Twente zijn twee docenten van de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap. De experts hebben het interview beoordeeld op de formulering, volgorde en de relevantie van de vragen. Ook is hen gevraagd of zij nog suggesties hadden voor andere vragen. Uit de resultaten van deze pretest zijn voornamelijk suggesties naar voren gekomen die betrekking hadden op de formulering van de vragen, zoals aansluiting bij het taalgebruik van de doelgroep. Deze suggesties zijn als alternatief, naast de al bestaande formulering, toegevoegd aan het protocol, gericht op de mogelijkheid de vraag op verschillende manieren te stellen, in geval van onduidelijkheid bij de respondent. Daarnaast zijn er suggesties voor nieuwe vragen gedaan met betrekking tot:

- Definitie van 'relatie': "wat versta jij onder een relatie?" of "wanneer vind jij dat jij een relatie hebt?"
- Ervaring is gemeten door te vragen naar de ervaring met Soa-testen. De ervaring met een Soa werd echter nog gemist door de experts: "Heb je zelf wel eens een Soa gehad?"

- Om het verschil tussen HIV en Soa te kunnen meten, moest er gericht worden gevraagd naar dit verschil: “Vind je dat er een verschil zit tussen het doen van een HIV-test en testen voor andere Soa?”
- De Sociale Norm heeft als commentaar gekregen meer door te vragen wanneer naar de mening van relevante personen wordt gevraagd, bijvoorbeeld bij ouders: “wat zouden je ouders ervan vinden als jij je liet testen?”, “hoe zullen zij reageren op een positieve uitslag?” en “Zal je een positieve uitslag aan je ouders vertellen?”
- Voor het meten van het ‘onrealistisch optimisme’ is een vraag toegevoegd: “Voor wie zal een Soa-test van toepassing zijn?”
- Bij Zelfeffectiviteit is de suggestie gedaan te vragen naar de communicatie over condoomgebruik en Soa: “Zal je condoomgebruik ter sprake kunnen brengen?” en “Zal je ook Soa ter sprake kunnen brengen?”
- Als laatste is bij Intentie gesuggereerd de vraag of iemand van plan is zich te laten testen, op te splitsen in verschillende situaties, bijvoorbeeld: “Stel je hebt volgende week seks met iemand zonder condoom en je krijgt klachten. Denk je dat je zou laten testen?”

De scenario's werden geschikt bevonden. Er is hier niets aan veranderd.

De tweede pretest is gedaan bij de doelgroep. Het interview is eenmalig bij iemand van de doelgroep (17-jarig meisje van Nederlandse afkomst) afgenomen. Het voornaamste doel van deze pretest was het controleren van het verloop van het interview en de formulering van de vragen. Na deze pretest is duidelijk geworden met name de volgorde van de vragen te veranderen. De vragen die betrekking hebben op de Intentie zijn hierdoor meer naar het einde van het interview verplaatst. De vragen die bij dit onderdeel betrekking hebben op het verleden, zijn geplaatst bij het onderdeel Soa-testen, alvorens Intentie te verschuiven. Deze vragen omschreven niet de Intentie van een persoon, maar de ervaring. Om het verschil tussen de vragen van Intentie naar Eigen effectiviteit begrijpelijker te maken, is ook uitleg over het verschil tussen deze twee toegevoegd.

3.3. Procedure

3.3.1 Werving

In totaal zijn zeven teamleiders van verschillende opleidingen van de sector Welzijn van een ROC-school in Rotterdam benaderd om actief betrokken te zijn bij de werving van de deelnemers voor het onderzoek. Vier teamleiders hebben uiteindelijk hun medewerking verleend aan het onderzoek en zijn verantwoordelijk geweest voor een groot deel van de werving. Docenten of teamleiders zelf hebben tijdens lessen enkele klassen benaderd voor vrijwillige deelname aan het onderzoek. Tijdens de werving is getracht rekening te houden met de selectiecriteria hetero-/biseksueel, seksueel actief en tussen de 16 en 25 jaar.

Tevens is gestreefd naar een eerlijke verdeling op grond van geslacht en culturele achtergrond. In totaal zijn er bij deze opleidingen 38 scholieren geworven, waarvan uiteindelijk 34 scholieren zijn geïnterviewd. Drie van de vier niet geïnterviewde scholieren behoren tot een culturele groep die op dat moment voldoende was vertegenwoordigd; de vierde scholier is niet geïnterviewd omdat zij voor het interview aangaf homoseksueel te zijn.

Daarnaast is door de interviewer zelf tijdens de tentamenweken van de scholieren geworven op twee locaties van een ROC-school. Van de twaalf scholieren die waren geworven op deze twee locaties, zijn uiteindelijk vijf scholieren geïnterviewd. De redenen voor het niet deelnemen aan het interview van de overige scholieren, waren 1) onbereikbaarheid van de scholier na het missen van de afspraak, 2) het vergeten van de afspraak en geen zin meer hebben of 3) mooi weer.

3.3.2 Afname van het interview

De meeste interviews zijn afgenomen in een aparte ruimte op drie locaties van de ROC-school binnen Rotterdam. Deze interviews zijn afgenomen tijdens de lessen van de respondenten. Het missen van een les werd gezien als beloning voor het meedoen aan het interview, waardoor de respondenten geen verdere vergoeding hebben gekregen. De laatste vijf interviews zijn afgenomen op de GGD Rotterdam. Deze respondenten zijn tijdens hun tentamenweek benaderd, waardoor zij ongewild niet in staat zijn geweest op het moment van benadering mee te werken aan het interview. Daarvoor is gekozen de interviews op de GGD af te nemen. Deze vijf respondenten hebben voor hun deelname wel een vergoeding gekregen, namelijk een pakketje bestaande uit drie verschillende condooms, een rolletje pepermint en een Balisto. De gemiddelde duur van het interview was ongeveer een uur (60,51 minuten) met een minimum van 45 minuten en een maximum van 90 minuten. Alle interviews zijn door dezelfde interviewer, de auteur van dit rapport, afgenomen en werden opgenomen op audiotape. Voor het gebruik van de audiotape is van tevoren toestemming gevraagd.

3.4. Dataverwerking en -analyse

De dataverwerking en -analyse bij kwalitatief onderzoek bestaat uit het creëren van orde in een grote hoeveelheid data, het reduceren van de data en het identificeren van patronen (Patton, 1990). Door middel van inhoudsanalyse worden de patronen geïdentificeerd, gecategoriseerd en gecodeerd. De eerste stap bij de verwerking van de data is het uittypen van de interviews geweest die opgenomen waren op audiotape. Vervolgens is elk uitgetypt interviewprotocol verwerkt in het computerprogramma Kwalitan 5.0. Kwalitan 5.0 is een programma dat de onderzoeker ondersteuning biedt bij kwalitatieve analyse van de data (Kwalitan, 2005). Het programma zorgt voor een efficiënte opslag van de gegevens en biedt

diverse hulpmiddelen om het kwalitatieve materiaal te analyseren, zoals coderen, selecteren en terugzoeken van gegevens, het ordenen van codes, overzichten van codes of van woorden.

Voor de inhoudanalyse is gebruik gemaakt van 'qualitative coding'. Dit is een techniek voor het betrouwbaar classificeren van gegevens waarin van tevoren nog weinig orde is aangebracht (Wester, 1995). Qualitative coding heeft betrekking op zowel het maken van indelingscategorieën als het onderbrengen van antwoorden in deze categorieën. Aan de hand van het IMB-model en de onderzoeksvragen is allereerst een boomstructuur gemaakt met de verschillende categorieën (zie Figuur 4). Hiermee is een globale verdeling van de categorieën gerealiseerd door middel van het maken van segmenten en het selecteren en categoriseren van de antwoorden. Daarna zijn de interviewprotocollen nauwkeurig bestudeerd, gericht op het vinden van categorieën op plaatsen in het protocol waar ze niet worden verwacht. Een voorbeeld is dat respondenten hebben aangegeven dat zij HIV de ergste Soa vonden, omdat iemand daar uiteindelijk aan kan overlijden. Echter, zij gaven niet altijd aan dat iemand kan sterven aan de gevolgen van HIV wanneer er gevraagd werd naar de gevolgen van een Soa. Door nauwkeurig de protocollen door te lezen zijn verborgen antwoorden gecategoriseerd. Na het maken van de verdeling zijn binnen de categorieën de antwoorden gecodeerd. Het coderen heeft als een taak in een korte samenvatting, het liefst in één of twee woorden, weer te geven wat het antwoord van een respondent is.

Figuur 4. Boomstructuur van de categorieën

- (1) Soa-testen
 - (1.2) - Seksueel gedrag
 - (1.2.1) . - relatie: definitie
 - (1.2.2) . - seksueel gedrag: condoomgebruik
 - (1.2.2.1) . . - seksueel gedrag: voorkeur middel
 - (1.2.2.2) . . - seksueel gedrag: wel/geen condoom
 - (1.2.2.3) . . - seksueel gedrag: reden wel condoom
 - (1.2.2.4) . . - seksueel gedrag: reden geen condoom
 - (1.2.2.5) . . - seksueel gedrag: taak condoom
 - (1.2.2.6) . . - zelfeffectiviteit condoomgebruik
 - (1.2.2.6.1) . . - zelfeffectiviteit: geen condoom
 - (1.2.2.6.2) . . - zelfeffectiviteit: praten over condoom
 - (1.2.2.6.3) . . - zelfeffectiviteit: praten over soa
 - (1.3) - Informatie
 - (1.3.1) . - Veilig vrijen
 - (1.3.1.1) . . - veilig vrijen: definitie
 - (1.3.1.2) . . - veilig vrijen: voorbehoedsmiddelen
 - (1.3.1.3) . . - veilig vrijen: condoomgebruik
 - (1.3.2) . - Soa
 - (1.3.2.1) . . - soa: definitie
 - (1.3.2.2) . . - soa: soorten soa
 - (1.3.2.3) . . - soa: klachten
 - (1.3.2.4) . . - soa: gevolgen
 - (1.3.2.5) . . - soa: hoe kom je er achter?
 - (1.3.3) . - Soa-testen
 - (1.3.3.1) . . - Soa-testen: inhoud
 - (1.4) - Motivatie
 - (1.4.1) . - attitude
 - (1.4.1.1) . . - attitude: algemeen
 - (1.4.1.2) . . - attitude: voordelen
 - (1.4.1.3) . . - attitude: nadelen
 - (1.4.2) . - sociale norm
 - (1.4.2.1) . . - sociale norm: praten met anderen
 - (1.4.2.2) . . - sociale norm: kennissen die testen
 - (1.4.2.3) . . - sociale norm: ouders
 - (1.4.2.3.1) . . . - sociale norm: mening ouders
 - (1.4.2.3.2) . . . - sociale norm: reactie ouders
 - (1.4.2.3.3) . . . - sociale norm: waarde mening ouders
 - (1.4.2.4) . . - sociale norm: vrienden
 - (1.4.2.4.1) . . . - sociale norm: mening vrienden
 - (1.4.2.4.2) . . . - sociale norm: reactie vrienden
 - (1.4.2.4.3) . . . - sociale norm: waarde mening vrienden
 - (1.4.2.5) . . - sociale norm: (eventuele) partner
 - (1.4.2.5.1) . . . - sociale norm: mening partner
 - (1.4.2.5.2) . . . - sociale norm: reactie partner
 - (1.4.2.5.3) . . . - sociale norm: waarde mening partner
 - (1.4.2.6) . . - sociale norm: vergelijking waarde
 - (1.4.3) . - risico
 - (1.4.3.1) . . - risico: algemeen
 - (1.4.3.1.1) . . . - risico: risicogroepen
 - (1.4.3.2) . . - risico: eigen
 - (1.4.3.2.1) . . . - risico: ernst
 - (1.4.3.2.2) . . . - risico: kwetsbaarheid
 - (1.4.4) . - intentie
 - (1.4.4.1) . . - intentie: klachten
 - (1.4.4.2) . . - intentie: one-night-stand
 - (1.4.4.3) . . - intentie: seks met bekende
 - (1.5) - Ervaring
 - (1.5.1) . - geschiedenis gedrag
 - (1.5.1.1) . . - geschiedenis gedrag: overwogen te testen
 - (1.5.1.2) . . - geschiedenis gedrag: wel getest
 - (1.6) - Vaardigheden
 - (1.6.1) . - vaardigheden: testen
 - (1.6.1.1) . . - vaardigheden: beïnvloedbare situaties
 - (1.6.1.2) . . - vaardigheden: niet-beïnvloedbare situaties
 - (1.7) - HIV-Soa
 - (1.7.1) . - verschil hiv en soa
 - (1.7.2) . - verschil hiv en soa: testen

Een voorbeeld van het coderen is Figuur 5. Het voorbeeld geeft een segment weer met de bijbehorende categorieën en codes. Allereerst is bij de eerste verdeling het segment gecategoriseerd als motivatie. Vervolgens zijn verschillende stukjes binnen het segment gecategoriseerd met de determinanten binnen het construct motivatie, namelijk risicoperceptie en attitude. Dit proces is herhaald tot alle relevante antwoorden op de juiste manier gecategoriseerd en gecodeerd waren.

Figuur 5. Voorbeeld van een segment van het categoriseren en coderen

| | | |
|---------|--|--|
| Codes | : (1.4) | motivatie |
| | : (1.4.3.1.) | risico: algemeen |
| | : (1.4.3.1.2) | risico: algemeen: meerdere sekspartners |
| | : (1.4.1.2.1.1) | attitude: voordelen: zekerheid: mentale rust |
| Tekst : | | |
| | »1.4» | |
| | Wat zou voor jou een reden zijn om je te laten testen | |
| | »1.4.3.1» Je zei zelf ook al onveilig contact als reden om je te laten testen. »1.4.3.1» | |
| | Nog andere redenen? | |
| | »1.4.3.1.2» Omdat diegene met anderen naar bed is geweest misschien. »1.4.3.1.2» | |
| | »1.4.1.2.1.1» Gewoon voor jezelf, puur voor jezelf. | |
| | Ik voelde me er niet echt lekker bij, toen ik zo rondliep. | |
| | De zekerheid voor jezelf. »1.4.1.2.1.1» »1.4» | |

Deze verwerking en analyse heeft uiteindelijk een database opgeleverd waarin alle interviews zijn gecodeerd en gegroepeerd volgens het IMB-Model en onderzoeksvragen. De resultaten en de daarop volgende conclusies van dit onderzoek zijn gebaseerd op deze database.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. Allereerst wordt er ingegaan op de demografische variabelen en het seksueel gedrag van de respondenten. Vervolgens wordt er aan de hand van het IMB-Model de resultaten met betrekking tot de determinanten besproken (§4.3 tot 4.6). Tot slot wordt in §4.7 de percepties met betrekking tot HIV en Soa besproken.

4.1. Respondenten

In Tabel 1 en 2 zijn de demografische variabelen van de respondenten opgenomen.

Tabel 1. Demografische variabelen van de respondenten (N = 38)

| Variabelen | | n | % |
|-----------------------|------------------------|-------------|------|
| Geslacht | - Man | 13 | 34,2 |
| | - Vrouw | 25 | 65,8 |
| Leeftijd | Leeftijd in jaren | Minimum: | 16 |
| | | Maximum | 24 |
| | | Gemiddelde: | 18,8 |
| Afkomst | | | |
| - Geboorteland | - Nederland | 31 | 81,6 |
| | - Nederlandse Antillen | 3 | 7,9 |
| | - Suriname | 1 | 2,6 |
| | - Kaapverdië | - | - |
| | - Marokko | 2 | 5,3 |
| | - Turkije | 1 | 2,6 |
| - Geboorteland Moeder | - Nederland | 15 | 39,5 |
| | - Nederlandse Antillen | 5 | 13,2 |
| | - Suriname | 9 | 23,7 |
| | - Kaapverdië | 1 | 2,6 |
| | - Marokko | 5 | 13,2 |
| | - Turkije | 3 | 7,9 |
| - Geboorteland Vader | - Nederland | 13 | 34,2 |
| | - Nederlandse Antillen | 4 | 10,5 |
| | - Suriname | 10 | 26,3 |
| | - Kaapverdië | 2 | 5,3 |
| | - Marokko | 5 | 13,2 |
| | - Turkije | 3 | 7,9 |
| | - Overig | 1 | 2,6 |
| Geloof | - Niet gelovig | 17 | 44,7 |
| | - Christelijk | 11 | 28,9 |
| | - Islam | 7 | 18,4 |
| | - Overig | 3 | 7,9 |

Tabel 2. Kruistabel op basis van afkomst en geslacht (N=38)

| Afkkomst | Geslacht | | |
|------------------------|----------|-------|--------|
| | Man | Vrouw | Totaal |
| Nederlanders | 4 | 10 | 14 |
| Surinamers/Antillianen | 4 | 12 | 16 |
| Turken/Marokkanen | 5 | 3 | 8 |
| Totaal | 13 | 25 | 38 |

In totaal hebben 39 scholieren meegedaan aan het onderzoek, waarvan 38 zijn opgenomen in de data-analyse. Eén respondent is niet opgenomen in de analyse, omdat hij, achteraf gezien, niet aan de selectiecriteria voldeed. De respondentengroep bestaat voor tweederde uit vrouwen en een derde uit mannen en de gemiddelde leeftijd van de respondenten is 18.8 jaar. Bijna alle respondenten (n=31) zijn geboren in Nederland; tweederde van de respondenten (n=24) voelt zich ook Nederlands. Op basis van culturele achtergrond is een verdeling gemaakt over drie groepen die in het verdere verloop van de analyse gebruikt zal worden: Nederlanders, Surinamers/Antillianen (Antillianen, Surinamers of Kaapverdianen) en Turken/Marokkanen (Marokkanen en Turken). De verdeling is gebaseerd op de definitie van 'allochtoon' van het CBS (2005): "Een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren". Er is echter één respondent opgenomen in de groep Nederlanders, terwijl hij wel volgens de definitie allochtoon is. Reden hiervoor is dat het land waar zijn vader geboren was (Duitsland) het meest overeenkomt met Nederland, in vergelijking met de andere landen in dit onderzoek.

4.2. Seksueel gedrag

4.2.1 Aantal relaties en seksuele ervaring

Aantal relaties

De respondenten hebben gemiddeld twee relaties in hun leven gehad op het moment van het interview. Twee respondenten hebben nog nooit een relatie gehad. De gemiddelde leeftijd waarop de respondenten hun eerste relatie kregen, is 15,3 jaar. Deze relatie duurde gemiddeld 17,4 maanden. Op het moment van het interview heeft iets minder dan de helft van de respondenten (n=18) een relatie, dit zijn voornamelijk vrouwen. Deze relatie duurde al gemiddeld 16,9 maanden. Van de vrijgezelle respondenten heeft de laatste relatie gemiddeld 9,3 maanden geduurd.

In Tabel 3 is een overzicht te vinden van het gedrag van de respondenten met betrekking tot relaties. Wat opvalt is dat de duur van de relatie bij de Surinaams/Antilliaanse groep langer is in vergelijking met de andere twee groepen. Daarnaast lijken de Turks/Marokkaanse respondenten op een latere leeftijd aan hun eerste relatie te beginnen in vergelijking met de Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse respondenten.

Tabel 3. Overzicht van het gedrag van jongeren m.b.t. relaties op basis van de drie culturele groepen (N=38).

| | Nederlanders n=14 | Surinamers /Antillianen n=16 | Turken/ Marokkanen n=8 | Totaal N=38 |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|---|------------------------------|
| Frequentie relatie | 2,7 | 1,9 | 2,0 | 2,2 |
| Leeftijd eerste relatie (in jaren) | 15,2 | 14,8 | 16,4 | 15,3 |
| Duur eerste relatie (in maanden) | 14,6 | 21,9 | 13,6 | 17,4 |
| Momenteel een relatie? | Ja: 6 | Ja: 8 | Ja: 4 | Ja: 18 |

Ook is de respondenten gevraagd wanneer zij dachten een relatie te hebben. De volgende begrippen zijn over het algemeen genoemd: wederzijds vertrouwen, regelmatig bij elkaar zijn, wederzijdse gevoelens, seks en trouw aan elkaar/niet vreemdgaan.

Seksuele ervaring

Van de 38 respondenten heeft bijna iedereen minstens één keer geslachtsgemeenschap gehad. Vier respondenten, twee mannen en twee vrouwen, waren nog maagd. Als redenen hiervoor zijn aangegeven: nog niet de juiste persoon te zijn tegengekomen (n=2), of maagd te moeten blijven voor het huwelijk vanwege hun geloof (n=2). Twee van deze vier respondenten zijn echter wel seksueel actief. Dat houdt in dat zij wel aan andere vormen van seksueel contact hebben gedaan, zoals orale seks, maar nog geen geslachtsgemeenschap hebben gehad¹. Dit betreft een Turks/Marokkaanse jongen en een Surinaams/Antilliaans meisje.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten (n=34) waarop zij voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben gehad, is 15,6 jaar, met een minimum van 12 jaar en maximum van 18 jaar. Zoals in Tabel 4 te zien is, zijn de Surinaams/Antilliaanse mannen op jongere leeftijd ontmaagd in vergelijking met de overige respondenten.

Tabel 4. Overzicht van de leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap (gemiddelde) en het aantal sekspartners, op basis van culturele afkomst en geslacht (N=34).

| | | Nederlanders n=13 | | Surinamers/ Antillianen n=15 | | Turken/ Marokkanen n=6 | | Totaal N=34 | |
|----------------------------------|------------|------------------------------------|-------|---|-------|---|-------|------------------------------|-------|
| | | Man | Vrouw | Man | Vrouw | Man | Vrouw | Man | Vrouw |
| Leeftijd eerste keer seks | | 16,0 | 15,5 | 13,8 | 16,2 | 15,5 | 16,0 | 15,0 | 15,9 |
| Seks-partners | Mediaan | 7 | 2 | 8 | 2 | 13 | 2 | 9 | 2 |
| | Gemiddelde | 8 | 3 | 8 | 3 | 21 | 2 | 13 | 3 |
| | Range | 3-15 | 1-9 | 5-12 | 1-8 | 10-40 | 2 | 3-40 | 1-9 |
| - Afgelopen 2 maanden | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

¹ Wanneer in het vervolg van het rapport gesproken zal worden over respondenten die seksueel actief zijn, worden deze twee respondenten opgenomen in de groep (N=36). Wanneer er in het vervolg van dit rapport gesproken wordt over respondenten die geslachtsgemeenschap hebben gehad, worden de vier respondenten uitgesloten die nog nooit geslachtsgemeenschap hebben gehad (N=34).

De laatste twee maanden hebben de meeste respondenten één sekspartner gehad; tot het moment van het interview hebben de respondenten in hun leven drie sekspartners gehad, met een minimum van één sekspartner en een maximum van 40 sekspartners. In Tabel 4 is op te merken dat de mannen in deze respondentengroep, met name de Turks/Marokkaanse mannen, meer sekspartners hebben gehad dan vrouwen. De respondenten hebben aangegeven dat hun sekspartner vrijwel altijd van het andere geslacht is geweest. Vier vrouwelijke respondenten hebben echter gezegd, naast mannen, ook ooit seks te hebben gehad met vrouwen. Drie van hen zagen zichzelf wel als heteroseksueel en één zag zichzelf als biseksueel.

4.2.2 Condoomgebruik

Meer dan de helft van de respondenten (n=22) die geslachtsgemeenschap heeft gehad, heeft de voorkeur voor de anticonceptiepil als voorbehoedsmiddel, gevolgd door het condoom (n=10) of de combinatie van de anticonceptiepil en het condoom ('Double Dutch'; n=2). Ook op de vraag welk voorbehoedsmiddel de respondenten meestal gebruiken, antwoordde de meerderheid (n=12) voornamelijk de anticonceptiepil te gebruiken. Bijna iedereen van deze groep (n=11) heeft op dat moment een relatie. De overige respondenten die een relatie hadden, hebben meestal het condoom (n=3) gebruikt of werd aan Double Dutch (n=4) gedaan. Eén vrouw heeft gezegd dat, naast het gebruik van de anticonceptiepil, haar partner en zij regelmatig hun handen wassen als bescherming tegen Soa. Van de vrijgezelle respondenten (n=16) gebruikten acht respondenten alleen het condoom en zeven Double Dutch.

De meerderheid van de respondenten (n=29) die minstens één keer geslachtsgemeenschap heeft gehad, heeft niet altijd een condoom gebruikt. Het condoom is met name niet gebruikt als de respondenten met hun sekspartner een vaste relatie hadden, ongeacht de respondent op het moment van het interview een relatie had of niet. In het begin van de relatie is meestal nog wel een condoom gebruikt, na een aantal maanden vonden de respondenten het meestal niet meer nodig het condoom te gebruiken. De meeste respondenten herinnerden het zich niet meer wanneer ze zijn gestopt met het condoom. Van de negen respondenten die het zich nog wel herinnerden, zei iets meer dan de helft gestopt te zijn binnen drie maanden nadat ze de eerste keer geslachtsgemeenschap hebben gehad met hun partner. De overige vier respondenten zijn na negen tot twaalf maanden gestopt met het condoom.

Motivatie condoomgebruik

Respondenten hebben verschillende redenen om wel of niet een condoom te gebruiken. Een overzicht hiervan is te vinden in Tabel 5.

Tabel 5. Motivatie om wel of niet een condoom te gebruiken

| Motivatie condoomgebruik | N=34 | Motivatie geen condoomgebruik | N=29 |
|---------------------------------|-------------|--------------------------------------|-------------|
| Voorkomen van Soa | 33 | Seks is lekkerder | 28 |
| – Geen kennis over sekspartner | 16 | – Huid op huid | 21 |
| – Vreemdgaan van sekspartner | 3 | – Geen onderbreking voor condoom | 7 |
| – Vertrouwen in sekspartner | 2 | Partner heeft geen Soa | 22 |
| Voorkomen van zwangerschap | 25 | – Vertrouwen in partner | 12 |
| – Geen goede werking van de pil | 5 | – Soa-test | 6 |
| | | – Eerste sekspartner | 4 |
| | | Mate van opwinding | 15 |
| | | – Geen condoom op zak | 6 |
| | | – Vergeten | 6 |
| | | – Dronken en geen condoom op zak | 3 |
| | | Het gebruik van de pil | 4 |

De belangrijkste reden voor condoomgebruik is het voorkomen van een Soa (n=33) en het voorkomen van zwangerschap (n=25). In de meeste gevallen zijn deze twee redenen tegelijk door de respondenten genoemd.

De voornaamste reden *een Soa te voorkomen*, dat bijna de helft van de respondenten noemde, is het gebrek aan kennis over de sekspartner. Op grond van hun kennis over de persoonlijkheid en het seksverleden van de sekspartner, is door de respondenten een afweging gemaakt of zij hun sekspartner goed genoeg kenden. Deze overweging heeft voornamelijk een rol gespeeld bij one-night-stands en bij het begin van een vaste relatie, en heeft geleid tot het besluit een condoom te gebruiken, zoals bij deze respondent:

“Want ik weet niet waar hij allemaal is geweest en met wie hij allemaal seks heeft gehad, dus als ik het zonder condoom had gedaan, dan zou ik misschien wel een Soa kunnen hebben.”

(Vrouw, 18 jaar)

Daarnaast dacht een aantal respondenten (n=3) een risico te lopen op een Soa, omdat hun vaste partner was vreemdgegaan. Twee respondenten wilden een Soa voorkomen, omdat zij niet genoeg vertrouwen hadden in hun vaste partner, ondanks zij al lange tijd een relatie met deze persoon hadden.

Voor bijna driekwart van de respondenten was *het voorkomen van zwangerschap* een reden voor hun condoomgebruik. Vijf respondenten gaven als verklaring voor deze reden dat zij geen vertrouwen hadden in de werking van de anticonceptiepil. Het gebrek aan vertrouwen in de pil was gebaseerd op verschillende redenen: zij waren nog maar net begonnen met de pil, ze waren ziek geweest of ze waren bang de pil vergeten in te nemen.

Motivatie geen condoomgebruik

In de rechterkolom van Tabel 5 staat een opsomming van de redenen van de respondenten die minstens één keer geen condoom hebben gebruikt tijdens de geslachtsgemeenschap (n=29). De reden die bij bijna elke respondent een rol heeft gespeeld, is de ervaring dat de *seks lekkerder is* als er geen condoom wordt gebruikt.

Enkele respondenten zeiden dat de seks minder lekker wordt vanwege de onderbreking het condoom om te doen, maar met name heeft het gevoel van huid op huid hier een grote rol gespeeld:

“Als man heb je dan veel minder gevoel omdat er dan iets over je eikel heen zit en je eikel is het gevoeligst, dus”. (Man, 19 jaar)

De overtuiging dat de sekspartner geen Soa heeft, heeft daarnaast bij driekwart van de respondenten (n=22) een rol gespeeld. Deze overtuiging is gebaseerd op verschillende verklaringen. Iets meer dan de helft van deze respondenten was overtuigd dat hun partner geen Soa heeft, omdat zij hun partner volledig vertrouwden. Dit vertrouwen is gebaseerd op gesprekken die de respondent heeft gehad met zijn/haar partner over hun seksuele verleden of op blindelings vertrouwen door de band, die is ontstaan tijdens hun relatie. Een aantal respondenten wist dat hun partner geen Soa kon hebben, omdat de partner (en in enkele gevallen ook de respondent zelf) een Soa-test heeft gedaan waarvan de uitslag negatief was. Als laatste verklaring is gegeven dat enkele respondenten, allemaal vrouwen, hun sekspartner op zijn woord vertrouwden dat zij de eerste sekspartner waren, waardoor de partner geen Soa kon hebben.

De mate van opwindning heeft in het verleden bij iets meer dan de helft van de respondenten een rol gespeeld. Zij zijn toen zo opgewonden geweest dat niets hen meer heeft kunnen weerhouden te stoppen met het hebben van seks. In een aantal gevallen heeft de respondent nog wel aan het condoom gedacht, maar had op dat moment geen condoom bij de hand. Een enkele keer was de gedachte op een zodanige manier beïnvloed door alcohol, waardoor het niet op zak hebben van een condoom als geen probleem werd beschouwd. Sommige respondenten zijn echter zo opgewonden geweest, dat ze totaal niet aan het gebruiken van een condoom hebben gedacht:

“Soms heb je van die momenten dat je zo bezig bent dat je niet altijd kan denken van ‘oh shit, ik moet nog een condoom omdoen’.” (Vrouw, 17 jaar)

Als laatste is het *gebruik van de anticonceptiepil* door enkele respondenten (n=4) een reden geweest om geen condoom te gebruiken.

Gebrek aan eigen effectiviteit condoomgebruik

Aan alle respondenten (n=38) is ook de vraag voorgelegd in welke toekomstige situaties zij dachten niet in staat te zijn een condoom te gebruiken, terwijl ze het wel van tevoren van plan zijn. Een grote meerderheid wist minstens één situatie te noemen waar dit kan gebeuren; vijf respondenten hebben gezegd dat niets hen kan belemmeren een condoom te gebruiken als zij dat van plan zijn.

Tabel 6. Situaties wanneer het niet lukt een condoom te gebruiken (N=33)

| Situaties | N |
|-------------------------------------|----|
| Probleem met het condoom | 24 |
| – Geen condoom bij | 10 |
| – Een kapot condoom | 6 |
| – Een condoom dat niet past | 3 |
| – Seks is minder lekker | 3 |
| – Geen zin in de onderbreking | 2 |
| Mate van opwinding | 13 |
| Verdovende middelen | 9 |
| – Alcohol | 6 |
| – Drugs | 3 |
| Vertrouwen in partner | 4 |
| Gebrek aan lef om condoom te vragen | 1 |

Problemen met het condoom spelen de grootste rol bij de respondenten (zie Tabel 6). Met name wanneer respondenten in een situatie terecht zouden komen dat zij geen condoom bij zich hebben, zou het kunnen gebeuren dat zij toch seks hebben (n=10). Daarnaast zou een kapot condoom (n=6) of een condoom dat niet past (n=3) het condoomgebruik kunnen belemmeren. Tenslotte dacht een aantal respondenten ook dat er een kans bestaat dat hij/zij af en toe geen zin zou hebben in het condoom, omdat het gevoel daardoor minder is of omdat hij/zij geen zin zou hebben de seks te onderbreken om het condoom om te doen (n=2).

Daarnaast kan de *mate van opwinding* een grote invloed hebben op het wel of niet gebruiken van een condoom. Ongeveer een derde van de respondenten (n=13) kon wel een situatie bedenken waar hij/zij zo opgewonden zou zijn dat over condoomgebruik niet meer zou worden nagedacht.

Hetzelfde gold voor *verdovende middelen*. Sommige respondenten hebben gezegd dat het zou kunnen gebeuren dat zij onder invloed van alcohol (n=6) of drugs (n=3) niet meer in staat zijn om aan een condoom te denken:

“Ja, als je gewoon hartstikke lazarus bent of dat je drugs hebt gebruikt. Als je onder invloed bent van iets. Ja, dat kan ik me wel indenken dat je het dan helemaal vergeet of dat je denkt ‘het maakt me allemaal niet uit’.” (Vrouw, 19 jaar)

Als laatste zouden factoren als *vertrouwen in de partner* en *het gebrek aan lef* over condoomgebruik te beginnen invloed kunnen hebben op de eigen effectiviteit van enkele respondenten.

Communicatie over condoomgebruik en Soa

Aan de respondenten is ook gevraagd of zij het moeilijk zouden vinden condoomgebruik en Soa ter sprake te brengen vlak voor de geslachtsgemeenschap. Wat betreft het voorstellen van condoomgebruik ging bijna alle respondenten (n=36) er vanuit hier geen moeite mee te hebben. Eén respondent twijfelde hierover, omdat het afhankelijk zou zijn van hoe goed hij zijn sekspartner kent. Een andere respondent dacht niet in staat te kunnen zijn het condoomgebruik ter sprake te brengen.

Het ter sprake brengen van Soa werd daarentegen moeilijker bevonden door de respondenten. De meeste respondenten (n=28) dachten niet dat zij in staat zouden zijn hun partner te vragen naar zijn/haar Soa-status. Zij dachten dat het voornamelijk de sfeer zou verpesten, waardoor zij het liever op een ander moment zouden vragen:

“Ik denk het niet, dan verpest je het. Dan zit je helemaal in de flow, en dan denk je ‘ok, waarom moet je het nou vragen?’.” (Vrouw, 18 jaar)

Verder zou het ter sprake brengen van de Soa-status afhankelijk zijn van hoe goed de respondent zijn/haar partner kent (n=4): hoe beter de respondent de partner kent, des te sneller hij/zij naar de Soa-status zou durven vragen. Een aantal respondenten (n=3) zou het niet vragen aan hun partner, omdat zij er vanuit gaan dat de partner op zo'n moment toch geen eerlijk antwoord zou geven.

Een aantal respondenten zou het niet nodig vinden te vragen naar de Soa-status van hun partner, omdat zij sowieso wel een condoom zouden gebruiken. Iets meer dan de helft (n=4) zei geen problemen te hebben met het stellen van de vraag; de overige drie zouden juist een condoom gebruiken om deze vraag te kunnen vermijden:

“Dat is moeilijk. Dadelijk denken ze verkeerd van ‘Wat denk je nou van mij? Denk je dat ik met elke jongen ga?’. Misschien denk ik gelijk aan condoom, dan ben je ook af van die gezeik van haar als ik dat zeg.” (Man, 21 jaar)

Samenvatting condoomgebruik

Het condoom is gebruikt door tweederde van de respondenten (n=22), maar had niet de voorkeur van de meeste respondenten. Bijna alle respondenten hebben aangegeven minstens één keer geen condoom te hebben gebruikt. Dit gebeurde voornamelijk in situaties waar de respondent een vaste relatie had met zijn sekspartner.

De respondenten hebben aangegeven dat het voorkomen van een Soa en zwangerschap in het verleden de voornaamste redenen zijn geweest een condoom te gebruiken. De voornaamste redenen dat de respondenten geen condoom hebben gebruikt, waren de ervaring seks lekkerder te vinden zonder condoom, de overtuiging dat de partner geen Soa heeft en de mate van opwindning. Deze redenen geen condoom te gebruiken, hebben niet alleen in het verleden een rol gespeeld, maar kunnen volgens de respondenten in de toekomst ook een reden zijn een condoom niet te gebruiken.

Over het algemeen dachten de respondenten geen moeite te hebben met het ter sprake brengen van condoomgebruik, terwijl ongeveer driekwart wel verwachtte moeite te hebben met het ter sprake brengen van Soa op hetzelfde moment.

4.3. Ervaring met Soa-testen

Van de 36 respondenten die seksueel actief zijn, hebben 26 respondenten zich nog nooit getest, 7 respondenten hebben zich één keer getest en 3 hebben zich meer dan één keer getest (zie Tabel 7). Bijna alle respondenten die zich hebben laten testen, hebben een negatieve uitslag gekregen; één respondent is positief bevonden. Deze respondent herinnerde zich alleen een aantal jaren geleden klachten te hebben gekregen nadat het condoom was gescheurd tijdens de geslachtsgemeenschap. Verdere details, zoals welke Soa, kon hij zich niet meer herinneren. In Tabel 7 is te zien dat de Surinamers/Antillianen in deze respondentengroep zich vaker hebben laten testen in vergelijking met de Nederlanders en Turken/Marokkanen, die zich nauwelijks laten testen.

Tabel 7. Het aantal keren getest, op basis van geslacht en culturele afkomst (N=36)

| Aantal keren getest: | Nooit | Eén keer | Meer dan één keer | totaal |
|-------------------------|-------|----------|-------------------|--------|
| Totaal | 26 | 7 | 3 | 36 |
| Geslacht | | | | |
| – Man | 8 | 2 | 2 | 12 |
| – Vrouw | 18 | 5 | 1 | 24 |
| Afkomst | | | | |
| – Nederlands | 12 | 0 | 1 | 13 |
| – Surinaams/antilliaans | 8 | 6 | 2 | 16 |
| – Turks/Marokkaans | 6 | 1 | 0 | 7 |

De belangrijkste redenen dat de geteste respondenten een Soa-test hebben gedaan, waren een vaste relatie en zonder condoom willen vrijen (n=4), zekerheid willen hebben over de Soa-status (n=3) of een partner die vreemd was gegaan (n=2). Daarnaast zijn ook een one-night-stand zonder condoom, een waarschuwing van een ex met Soa, klachten, steun voor een vriendin en verkrachting als redenen opgegeven.

Wat betreft de plaats waar de test heeft plaatsgevonden, is de helft van de geteste respondenten naar hun huisarts gegaan voor de Soa-test; iets minder dan de helft heeft gekozen voor de Soa-polikliniek van het Erasmus MC. Eén respondent heeft vorig jaar meegedaan aan het screeningsonderzoek van de GGD Rotterdam e.o. op zijn vorige school, waar hij aan het einde van de voorlichting een urinetest heeft gedaan. Wat betreft de ervaringen met de test zelf, was bijna iedereen (n=7) positief. Bij drie respondenten is de test erg tegengevallen, omdat zij de test als erg pijnlijk hebben ervaren door het gebruik van de eendebek. Daarnaast vond één van deze drie respondenten ook dat ze niet genoeg sociale ondersteuning kreeg van het personeel van de Soa-polikliniek.

Het overwegen van een Soa-test

De seksueel actieve respondenten (n=36) is ook gevraagd of zij ooit hebben overwogen zich te laten testen op een Soa, maar uiteindelijk toch hebben besloten de Soa-test niet te doen. Zestien respondenten hebben aangegeven dit ooit te hebben overwogen, drie

hiervan hadden zich daarvoor al een keer laten testen. Meer dan de helft van deze groep is van Surinaams/ Antilliaanse afkomst.

Het hebben van een onveilig seksueel contact was de belangrijkste reden een Soa-test te overwegen (n=6); met name het vertrouwen in de partner en het hebben van angst voor de uitslag of de dokter hebben de respondenten uiteindelijk tegengehouden zich te laten testen. De respondenten (n=3) die een Soa-test hebben overwogen, omdat hun partner was vreemdgegaan, hebben aangegeven dat het vertrouwen in de partner de uiteindelijke doorslag heeft gegeven zich niet te laten testen. Opvallend is de invloed die media kan hebben op de risicoperceptie van enkele respondenten (n=3). Wanneer er in het verleden in de media extra aandacht is besteed aan Soa, heeft dit als gevolg gehad dat de respondenten een Soa-test gingen overwegen, ongeacht ze risico hadden gelopen. Het vertrouwen in de partner en het hebben van geen klachten hebben over het algemeen bij deze overweging de doorslag gegeven niet testen:

“Twee jaar geleden ofzo, toen was er opeens paniek, toen was het heel erg op het nieuws met die Soa en Aids enzo....Toen ging de halve wereld zich opeens laten testen, dus toen had je wel zoiets van ‘oh, moet ik het dan ook niet’, maar nee....Gewoon even rustig nadenken, je zit het elkaar gewoon aan te praten.... Je hebt wel eens dingen waar geen kenmerken van hebt, maar ik denk dat je het wel een beetje weet. Ja, ik denk dat het ook een beetje ligt aan mijn vriend, dat je ook een beetje kan indenken wel of niet” (Vrouw, 20 jaar)

Daarnaast waren het hebben van zekerheid en een vriendin die zich laat testen factoren die ervoor hebben gezorgd dat een Soa-test in overweging is genomen en gaven factoren als geen tijd, kennis of klachten en de overtuiging altijd veilig gevreeën te hebben, de doorslag geen test te doen. Bij één respondent hebben haar ouders ook een belangrijke rol gespeeld:

“Ik heb wel een zo’n morning-afterpil gehaald en toen kregen we de rekening thuisgestuurd en ze hadden mij verteld dat dat niet zou gebeuren en ik was gewoon heel erg bang dat dat weer zou gebeuren en dat mijn ouders zouden gaan denken van ‘Wat heb ik nou weer voor dochter en wat zit ze allemaal in een ziekenhuis uit te vreten?’.” (Vrouw, 19 jaar)

Bij een aantal respondenten heeft *ontkenning* een rol gespeeld bij hun beslissing. Zij zijn er vanuit gegaan dat zij waarschijnlijk geen Soa hebben en vonden het daardoor niet nodig zich te laten testen.

Geen overweging tot testen

De respondenten die aangaven nog nooit een Soa-test te hebben overwogen (n=13) hadden hier verschillende redenen voor. Acht respondenten hebben gezegd nog nooit onveilig seksueel contact te hebben gehad. Daarnaast heeft het vertrouwen in de partner (n=3) en het zijn van de eerste sekspartner voor de ander een rol gespeeld (n=3).

Samenvatting ervaring met Soa-testen

Bijna driekwart van de seksueel actieve respondenten (n=26) heeft zich nooit laten testen. De helft hiervan heeft een Soa-test wel eens overwogen. Voornaamste redenen een Soa-test te doen of te overwegen, waren een onveilig seksueel contact, een vaste relatie en zonder condoom willen vrijen, zekerheid over de Soa-status en een partner die vreemd is gegaan. Angst voor de uitslag of de dokter en het vertrouwen in de partner hebben voornamelijk de doorslag gegeven geen Soa-test te doen bij de respondenten die een test overwogen.

4.4. Kennis over Soa en Soa-testen

4.4.1 Kennis over veilig vrijen

Het kennisniveau over veilig vrijen is getest met behulp van vier vragen: Wat is veilig vrijen?, Welke voorbehoedsmiddelen ken je?, In welke situaties moet iemand een condoom gebruiken? en Wat zijn de risico's als je geen condoom gebruikt? Op de eerste vraag hebben alle respondenten het gebruik van een condoom geantwoord, bij een groot deel (n=33) was dit zelfs de eerste reactie. Deze eerste reactie is bij tweederde in combinatie met het gebruik van de anticonceptiepil geweest. Bijna iedereen (n=35) vond dat er veilig gevreeën moet worden om een Soa te kunnen voorkomen; dertig respondenten vonden daarnaast ook dat veilig vrijen dient om zwangerschap te voorkomen. Twee respondenten konden alleen vertellen hoe er veilig gevreeën moet worden, maar niet waarom. Eén respondent heeft alleen zwangerschap genoemd.

Op de tweede vraag ‘Welke voorbehoedsmiddelen ken je?’ hebben alle respondenten (n=38) condoom en pil geantwoord. Daarnaast zijn ook het vrouwencondoom (n=21), spiraaltje (n=14), pessarium (n=3), beflapje (n=3) en monogamie (n=3) genoemd. Enkele respondenten hebben ook verschillende soorten hormonale anticonceptiemiddelen genoemd, zoals de prikpil (n=8), implanon (n=3), morning-afterpil (n=2) en pleisters. Het condoom is het enige middel, volgens de respondenten, dat tegen Soa beschermt. Twee respondenten hebben ook het vrouwencondoom genoemd als middel tegen Soa en één respondent het beflapje. De overige genoemde voorbehoedsmiddelen dienen volgens de respondenten alleen om zwangerschap te voorkomen.

Condoomgebruik in het algemeen

Op de vraag in welke situaties iemand in het algemeen een condoom moet gebruiken, zijn verschillende antwoorden gegeven door de respondenten (Zie Tabel 8).

Tabel 8. Situaties waar iemand een condoom zou moeten gebruiken (N=38)

| Situaties | N |
|--|----------|
| Iemand niet /nauwelijks kennen | 21 |
| – One-night-stand | 14 |
| Altijd | 12 |
| – Tenzij beide partners op Soa getest zijn | 5 |
| – Tenzij het meisje aan de pil is | 4 |
| – Tenzij je getrouwd bent of samenwoont met je sekspartner | 1 |
| Voorkomen van zwangerschap | 8 |
| De partner of de persoon zelf heeft een Soa | 7 |
| Geen zekerheid over de relatie | 3 |
| De partner of persoon zelf heeft meerdere sekspartners gehad | 3 |
| Net voordat de jongen klaarkomt | 1 |
| Mindere werking van de pil | 1 |

De meeste respondenten vonden dat iemand een condoom moet gebruiken wanneer diegene zijn sekspartner *niet of nauwelijks kent* (n=21). De meerderheid van deze respondenten vond dat dit met name van toepassing is als er sprake is van een one-night-stand. Iets minder dan een derde van de respondenten vond dat iemand *altijd* een condoom moet gebruiken, tenzij beide partners zijn getest op Soa (n=5), het meisje aan de pil is (n=4) of als je bent getrouwd of samenwoont met je sekspartner (n=1). Twee respondenten vonden dat er geen uitzonderingen bestaan. Het *voorkomen van zwangerschap* (n=8) en het *hebben van een Soa* (n=7) werd ook gezien als een situatie waar een condoom moet worden gebruikt. Verder vond een klein aantal respondenten dat iemand een condoom moet gebruiken als hij/zij nog *geen zekerheid heeft over de relatie*, als *de sekspartner of de persoon zelf meerdere sekspartners heeft gehad* of als de *anticonceptiepil niet goed werkt* door bijvoorbeeld het gebruik van andere medicijnen. Eén respondent dacht dat een condoom alleen nodig is net voor het *klaarkomen van de man*:

“Als hij eenmaal naar binnen is gekomen, dan ga je gewoon eventjes.....Maar voordat hij klaarkomt of wat dan ook, dan doe je gewoon even een condoom om. Ok, voorvocht is natuurlijk ook, maar dat is zo.....” (Vrouw, 17 jaar)

De laatste vraag heeft betrekking op de risico's van het vrijen zonder condoom. Alle respondenten hebben geantwoord dat het krijgen van een Soa een risico is en 35 respondenten zagen zwangerschap ook als een risico van het vrijen zonder condoom. Verder zijn Aids en schimmelinfectie beide twee keer genoemd als een risico.

Samenvatting kennis over veilig vrijen

Alle respondenten wisten dat veilig vrijen het gebruik van een condoom om Soa en zwangerschap te voorkomen, betekent. De meeste respondenten wisten ook andere voorbehoedsmiddelen te noemen, zoals de anticonceptiepil en het vrouwencondoom, maar deze middelen beschermen, volgens bijna alle respondenten, alleen tegen zwangerschap. Daarnaast zeiden de respondenten over het algemeen dat iemand een

condoom moet gebruiken als hij/zij de sekspartner niet of nauwelijks kent of in elke situatie een condoom moet gebruiken, op enkele uitzonderingen na, bijvoorbeeld wanneer het meisje aan de pil is.

4.4.2 Kennis over Soa

Definitie Soa

Op de vraag wat Soa betekent, hebben de meeste respondenten (n=28) Seksueel overdraagbare aandoening of geslachtsziekte geantwoord. Acht respondenten konden niet één van deze twee antwoorden geven, twee wisten het ongeveer (*“volgens mij was het Seksueel overdraagbare nog wat”*).

Alle respondenten wisten dat iemand een Soa kan krijgen door seksueel contact, met name door geslachtsgemeenschap. Enkele respondenten hebben daarnaast nog andere manieren van besmetting genoemd, zoals orale seks (n=5), contact tussen vagina en penis (n=4), anale seks (n=3) en bloedcontact (n=3). Zoenen is door vijf respondenten genoemd, waarvan één respondent heeft toegevoegd dat één van de partners een wondje in de mond moet hebben. Als laatste hadden enkele respondenten (n=3) de opvatting dat iemand ook een Soa kan krijgen door het niet goed schoonmaken van de geslachtsdelen en de handen. Eén respondent wist niet zeker of iemand geïnfecteerd kan raken van een vieze wc-bril.

Bij de vraag hoe een Soa voorkomen kan worden, wisten alle respondenten dat het gebruik van een condoom een Soa kan voorkomen. Overige methoden zoals het doen van een Soa-test (n=8), monogamie (n=2) en het beflapje (n=1) zijn nauwelijks genoemd. Enkele respondenten dachten ook dat het goed schoonhouden van de geslachtsdelen en handen (n=4) of het gebruik van de anticonceptiepil (n=4) methoden zijn, waarmee een Soa voorkomen kan worden.

Binnen de respondentengroep valt op dat de vrouwen meer kennis bezitten dan de mannen wat betreft de definitie van Soa. Meer vrouwen wisten over het algemeen wat een Soa betekent en hoe je een Soa kan krijgen.

Soorten Soa

In Tabel 9 staat een overzicht van de antwoorden van de respondenten op de vraag welke Soa's zij kennen.

Tabel 9. Overzicht van de Soa's, genoemd door de respondenten (N=38)

| Soa | N |
|--------------------|----|
| Chlamydia | 25 |
| Aids | 23 |
| - Aids is geen Soa | 3 |
| Gonorrhoe | 15 |
| Hepatitis B | 11 |
| HIV | 9 |
| Herpes Genitalis | 7 |
| Syfilis | 6 |
| Genitale wratten | 4 |
| Druiper | 3 |
| Schaamluis | 3 |
| Hepatitis A/C | 4 |
| Schimmelinfectie | 4 |

Chlamydia is door de respondenten het vaakst genoemd. Iets meer dan de helft van de respondenten heeft ook *Aids* genoemd. Uit de antwoorden van drie van hen is gebleken dat zij *Aids* geen Soa vinden. De achterliggende gedachte hierbij was dat Soa en *Aids* vaak, met name in de media, apart van elkaar worden genoemd. *Gonorrhoe* is vijftien keer door de respondenten genoemd. Bij enkele respondenten was *Gonorrhoe* beter bekend onder de bijnaam *Druiper*. Drie respondenten noemden naast *Gonorrhoe*, *Druiper* als aparte Soa. De overige Soa's zijn minder vaak genoemd. Er zijn ook enkele respondenten die dachten dat *Hepatitis A of C* (n=4) of een *schimmelinfectie* (n=4) een Soa is. Een aantal respondenten hebben geen enkele Soa bij naam genoemd (n=5) of hebben maar één Soa genoemd (n=5): HIV of *Aids*. Wat opvalt is dat de helft van de Turken/Marokkanen (n=4) geen specifieke Soa kon noemen en dat één alleen *Aids* kon noemen, maar diegene wist niet zeker of dat een Soa is. Aan de respondenten die geen of één Soa wisten te noemen, is niet verder doorgevraagd welke Soa het meest voorkomt, het ergste is of waar zij het meest risico oplopen.

Percepties over verschillende Soa

Op de vraag welke Soa het meest voorkomt, heeft iets meer dan de helft van de respondenten (n=20) geantwoord dat het *Chlamydia* is. Bijna alle respondenten zeiden dit te denken, omdat zij veel over *Chlamydia* hadden gehoord of gelezen in de media (n=11) of in hun directe omgeving (n=4).

Op de vraag welke Soa de ergste is, hebben de meeste respondenten *Aids* (n=15) of HIV (n=5) geantwoord en gaven hiervoor als verklaring dat iemand uiteindelijk kan overlijden aan deze Soa. Ook werd *Chlamydia* door sommige respondenten (n=4) als ergste Soa gezien vanwege de kans op onvruchtbaarheid. De overige respondenten hebben gezegd dat zij *Hepatitis B*, *Genitale wratten* of *Herpes* de ergste Soa vonden, omdat zij foto's van deze ziekten hebben gezien.

Klachten en gevolgen

Iets minder dan de helft van de respondenten (n=15) dacht dat een Soa altijd gepaard moet gaan met klachten. Volgens een derde van deze respondenten kan het echter wel een paar maanden duren voordat de klachten komen. De overige respondenten wisten dat een Soa niet altijd klachten geeft. In Tabel 10 wordt een overzicht weergegeven van de klachten en gevolgen op lange termijn die de respondenten hebben genoemd.

Tabel 10. overzicht van de klachten gevolgen op lange termijn bij een Soa, genoemd door de respondenten (N=38)

| Klachten | N | Gevolgen | N |
|----------------------------------|----------|--------------------------|----------|
| Afscheiding | 19 | Overlijden | 25 |
| - Verkleuring | 12 | - Alleen aan Aids of HIV | 23 |
| - Anders ruiken | 4 | Onvruchtbaarheid | 19 |
| - Meer dan normaal | 3 | Ontstekingen | 6 |
| Jeuk | 18 | - Baarmoeder/eileider | 3 |
| Pijn | 18 | Verminderde werking | 4 |
| - Tijdens het plassen | 7 | afweersysteem | |
| - In de onderbuik | 6 | | |
| - Bij de vagina | 2 | Ziek (griepig) | 7 |
| Blaasjes, bultjes, puistjes | 16 | Chronisch | 4 |
| Branderig gevoel bij het plassen | 10 | Aids | 4 |
| Geïrriteerdheid | 8 | | |
| Wratten | 6 | | |
| Uitslag | 5 | | |
| Bloedverlies | 1 | | |

De meest voorkomende klachten die de respondenten zijn genoemd, waren (abnormale) *afscheiding* uit de penis of vagina (n=19), *jeuk* (n=18), *pijn* (n=18) en *blaasjes/bultjes* rond de geslachtsdelen (n=16). Vrouwen blijken over de klachten meer kennis te bezitten dan de mannen. Zij wisten over het algemeen meer klachten te noemen van een Soa en dat een Soa niet altijd klachten geeft. Hetzelfde verschil is gevonden bij de vergelijking tussen de culturele groepen. Hier bezitten de Nederlanders en Surinamers/Antillianen meer kennis over de klachten van een Soa dan de Turken/Marokkanen.

Bij gevolgen op lange termijn hebben de meeste respondenten het *overlijden* aan Aids of HIV (n=23) genoemd; twee dachten ook aan andere Soa's te kunnen overlijden. *Onvruchtbaarheid* is door de helft van de respondenten genoemd (n=19). Verder zijn *ontstekingen* (n=6) en *verminderde werking van het afweersysteem* (n=4) genoemd. Sommige respondenten (n=7) dachten ook dat iemand zich *griepig* kan voelen als hij/zij een Soa heeft; met name vermoeidheid en spierpijn speelt dan een rol. Daarnaast bestond de opvatting bij enkele respondenten dat Soa *chronisch* kan worden (n=4) of dat een Soa kan *overgaan in Aids* (n=4).

Ontdekking van Soa

Bijna alle respondenten (n=36) hebben geantwoord dat iemand achter zijn Soa-status kan komen door zich te laten testen. Zestien van deze respondenten hebben gezegd dat iemand eerst klachten moet hebben, voordat diegene zich moet testen. Eén respondent

heeft gezegd er achter te kunnen komen door een zelfonderzoek en één respondent had geen idee.

Samenvatting kennis over Soa

Alle respondenten wisten dat iemand een Soa kan krijgen door seksueel contact, met name geslachtsgemeenschap, en dat een Soa kan worden voorkomen door het gebruik van een condoom. Overige manieren van besmetten of voorkomen zijn nauwelijks genoemd. De respondenten waren voornamelijk bekend met de Soa's Chlamydia en Aids/HIV; zij dachten ook dat deze respectievelijk de meestvoorkomende en de ergste Soa's zijn. De overige Soa's zijn minder vaak genoemd. Wat betreft de klachten, dacht iets minder dan de helft van de respondenten dat een Soa altijd klachten met zich meebrengt. De klachten zijn volgens hen abnormale afscheiding, jeuk, pijn en blaasjes of bultjes. De gevolgen van een Soa die het vaakst zijn genoemd door de respondenten, zijn het overlijden aan een Soa, met name aan Aids/HIV en onvruchtbaarheid bij Chlamydia. Tenslotte wisten alle respondenten dat een Soa ontdekt kan worden door zich te laten testen.

4.4.3 Kennis over Soa-testen

Over de procedure van een Soa-test heeft de meerderheid van de respondenten (n=23) gezegd dat er bloed wordt afgenomen. Daarnaast dacht iets meer dan een derde (n=14) dat een uitstrijkje wordt gedaan. De urinetest is minder vaak door de respondenten genoemd (n=8). De plaats waar iemand zich kan laten testen is volgens driekwart van de respondenten (n=27) bij de huisarts. De Soa-polikliniek bij het Erasmus MC is door een derde van de respondenten genoemd, de Soa-polikliniek bij het Havenziekenhuis geen enkele keer. Het ziekenhuis is ook door een aantal respondenten (n=7) genoemd, maar uit hun antwoord bleek dat zij het ziekenhuis in het algemeen bedoelden en niet specifiek de Soa-polikliniek. Een opvatting die bijna de helft van de respondenten had, is dat bij de GGD in Rotterdam een Soa-test kan worden afgenomen. Ook dachten drie respondenten dat bij de Rutgerstichting of een organisatie voor vrouwen die ongewenst zwanger zijn, de mogelijkheid bestaat je te laten testen. Eén respondent ging er vanuit dat er een nationale screeningsdag bestaat:

“Ja, misschien bij van die gemeentelijke instellingen ofzo, volgens mij zijn er wel eens van die nationale testdagen ofzo, weet ik veel, daar heb je van die hokjes die de gemeente neerzetten en dan kan je je laten testen ofzo.” (Man, 19 jaar)

De respondenten is gevraagd of een Soa aantoonbaar is in het lichaam als zij zich gelijk laten testen na een onveilig seksueel contact. Iets meer dan een kwart (n=11) was op de hoogte van het bestaan van de windowperiode af. Vier van deze respondenten konden echter niet precies zeggen hoe lang deze periode duurt. Drie respondenten

wisten dat twee weken moet worden gewacht voor een Soa-test een betrouwbare uitslag geeft en vier wisten dat dit bij een HIV-test drie maanden is. De meeste respondenten waren echter van mening dat iemand de dag na het onveilige contact op een Soa getest kan worden:

“Als je patsboem met iemand balt, dan heb je ook gelijk patsboem Aids, weet je. Het is niet dat het pas na een paar weken in je lichaam, je krijgt het gelijk.” (Vrouw, 17 jaar)

De meeste respondenten hadden geen idee wat een Soa-test kost. Iets minder dan de helft dacht dat het gratis is (n=9) of dat het vergoed wordt door de verzekering (n=9). Hoe lang moet worden gewacht op de uitslag van de test, wist een derde van de respondenten. De overige respondenten wisten dit niet of gaven het verkeerde antwoord. Tenslotte gingen veel respondenten er vanuit dat op alle Soa's kan worden getest, wanneer iemand een Soa-test doet. Zij wisten bijvoorbeeld niet dat iemand ervoor kan kiezen zich alleen te laten testen op HIV of een andere specifieke Soa.

Binnen deze respondentengroep blijken de Surinaams/Antilliaanse en de Turks/Marokkaanse groep meer kennis te bezitten over de Soa-testen dan de Nederlandse groep.

Samenvatting kennis over Soa-testen

Wat betreft de procedure wisten de meeste respondenten met name dat bloed wordt afgenomen; iets minder respondenten wisten dat een uitstrijkje wordt gedaan en nog minder zijn bekend met de urinetest. De plaats waar iemand zich kan laten testen is, volgens de respondenten, voornamelijk de huisarts, gevolgd door de opvatting dat bij de GGD een Soa-test kan worden gedaan. De Soa-polikliniek bij het Erasmus MC is door een derde van de respondenten genoemd. De windowperiode was bij bijna niemand bekend. De respondenten dachten over het algemeen dat na een onveilig seksueel contact een Soa gelijk is te zien in het lichaam. Wat betreft de kosten wist de helft dat de Soa-test gratis is of wordt vergoed door de verzekering. Ten slotte heeft een derde van de respondenten aangegeven dat iemand één tot twee weken moet wachten voordat hij/zij de uitslag krijgt.

4.5. Motivatie voor Soa-testen

In deze paragraaf worden de resultaten gegeven die betrekking hebben op het construct Motivatie van het IMB-model. Motivatie bestaat uit de determinanten Attitude, Sociale Norm, Risicoperceptie en Intentie.

4.5.1. Attitude ten opzichte van Soa-testen

Om na te gaan wat de attitude van de respondenten ten opzichte van Soa-testen is, is hun gevraagd wat hun algemene mening is over Soa-testen en of zij enkele voor- en nadelen konden opnoemen van het doen van een Soa-test. De algemene mening van de

respondenten over Soa-testen was dat het goed is dat het bestaat: anders kan iemand er nooit achter komen of hij/zij geïnfecteerd is met een Soa.

Tabel 11. Voor- en nadelen van Soa-testen (N=38).

| Voordelen | N | Nadelen | N |
|--------------------------------------|----------|-------------------------------|----------|
| Behoeftte aan mentale rust | 37 | Angst | 29 |
| Symbolische waarde voor relatie | 17 | - Uitslag | 19 |
| Mogelijkheid tot testen bij klachten | 15 | - Stigmatisering | 15 |
| Test | 12 | - Test | 6 |
| - Anoniem | 4 | Test | 15 |
| - Gratis | 3 | - Pijnlijk | 6 |
| - Weinig tijd in beslag | 2 | - Eendebek | 3 |
| - Betrouwbaarheid | 2 | - Bloedprikken | 3 |
| - Locatie | 1 | - Locatie Soa-polikliniek | 2 |
| Voorkomen van verdere verspreiding | 12 | - Geen 100% betrouwbaarheid | 2 |
| Medische behandeling | 10 | - Kosten | 2 |
| Geen overdracht op ongeboren kind | 1 | - Aanwezigheid van assistent | 1 |
| | | - Gebrek aan sociale steun | 1 |
| | | Schaamte | 13 |
| | | - Dokter | 11 |
| | | - Informeren van sekspartners | 1 |
| | | - Informeren van omgeving | 1 |

Voordelen

De respondenten hebben verschillende voordelen genoemd van een Soa-test (zie Tabel 11). Het voordeel dat een belangrijke rol speelt, is de *behoefte aan mentale rust*. Bijna alle respondenten dachten dat het doen van een test voor zekerheid over de Soa-status zou zorgen met als gevolg mentale rust. Tien van de respondenten hebben ook aangegeven, dat dit een reden voor hen kan zijn zich te laten testen:

“Voor de zekerheid, ook al heb je niets, dan ben je toch getest. Dan kan je toch veiliger en lekkerder slapen, dat je weet ‘ik heb niets’, dan dat je slaapt met in je achterhoofd ‘misschien heb ik wel een Soa’.” (Man, 17 jaar)

De *symbolische waarde* van het doen van een Soa-test samen met de vaste partner werd door bijna de helft van de respondenten als voordeel gezien. Zij zagen dit als voordeel omdat zij op deze manier aan hun partner een teken van een serieuze en monogame relatie kunnen geven en zonder condoom kan worden gevreeën. Alle respondenten die deze reden gaven (n=17), hebben ook aangegeven dat dit voor hen een reden zou kunnen zijn zich te laten testen.

Een ander voordeel van een Soa-test is de *mogelijkheid tot testen bij klachten* (n=15). De achterliggende gedachte was dat met behulp van een Soa-test iemand die last heeft van klachten, er kan achterkomen wat hij/zij heeft en hoe het behandeld kan worden. Al deze respondenten gaven ook aan dat dit een reden voor hen zou kunnen zijn zich te laten testen.

Enkele aspecten van *de test zelf* (n=12) werden ook als voordeel gezien. Met name de anonimiteit, de kosteloze afname en eventuele behandeling, de snelheid waarmee de

test wordt afgenomen, de betrouwbare uitslag en de locatie van de Soa-polikliniek bij het Erasmus MC werden op prijs gesteld.

Daarnaast werden het *voorkomen van verdere verspreiding* (n=12) en de *medische behandeling* (n=10) van een Soa ook als een voordeel gezien door de respondenten. Met het voorkomen van verdere verspreiding bedoelden de respondenten dat de geïnfecteerde persoon zelf geen of veilige seks heeft met toekomstige sekspartners en dat vroegere sekspartners gewaarschuwd kunnen worden voor de eventuele infectie:

“Dat je zelf ook kan nadenken van ‘ik ga niet met die naar bed op dit moment, omdat ik een Soa heb of ik doe het niet zonder condoom, omdat ik dit heb’.” (Man, 19 jaar)

Het niet overgedragen van een Soa aan het ongeboren kind als iemand zwanger is, was voor één respondent een voordeel van het doen van een Soa-test.

Nadelen

In de rechterkolom van Tabel 11 is een overzicht te vinden van de nadelen van het doen van een Soa-test. Een nadeel dat vaak is genoemd, is *angst*. Deze angst kan bestaan uit angst voor de uitslag, voor stigmatisering of voor de test. Angst voor de uitslag is gebaseerd op de gedachte dat de uitslag positief kan zijn. De helft van de respondenten zag deze angst als een nadeel van het doen van een Soa-test en gaf ook aan dat deze angst ervoor zou kunnen zorgen dat ze de test een tijdje uitstellen of zelfs zou kunnen belemmeren te gaan.

Angst gestigmatiseerd te worden, is de tweede soort angst, dat als nadeel werd gezien. De respondenten die deze angst hadden, zijn met name bang door hun vrienden gestigmatiseerd te worden (n=9). Drie respondenten waren bang alleen door hun ouders gestigmatiseerd te worden en drie hadden deze angst bij beide groepen. Het stigma waar de respondenten bang voor zijn, is op te splitsen in twee soorten stigma's 'het krijgen van Soa gebeurt alleen als iemand met iedereen seks heeft' (n=10) of 'het hebben van Soa is vies' (n=5).

Angst voor de test komt voort uit onbekendheid met de test in combinatie met negatieve verhalen van anderen, die zich hebben laten testen. Dit speelde een rol bij enkele respondenten (n=4) die zich nooit eerder hebben laten testen, maar wel mensen uit hun directe omgeving kennen die zich hebben laten testen. Bij deze respondenten zou deze angst een belemmering kunnen zijn zich te laten testen. Twee respondenten hebben gezegd dat in het verleden deze angst een rol heeft gespeeld bij hun beslissing zich te laten testen, maar nadat zij zich eenmaal hadden getest deze angst geen belemmering meer is geweest:

“Toen ik voor de eerste keer ging, vond ik het ook doodeng, omdat je niet weet wat er precies gaat gebeuren en je hoort verhalen van mensen.” (Vrouw, 20 jaar)

De *Soa-test* zelf heeft, volgens een derde van de respondenten, ook enkele nadelen. Het afnemen van de test met de eendebek of het bloedprikken werd als pijnlijk ervaren door een aantal respondenten die ooit een *Soa-test* hebben gedaan (n=6). Voor drie respondenten zou dit een reden kunnen zijn zich de volgende keer niet te laten testen of de test uit te stellen. Daarnaast werd de locatie van de *Soa-polikliniek* als nadelig beschouwd, omdat de *Soa-polikliniek* van het Erasmus MC zich op een openbare plaats bevindt (n=2). Dit zou de kans vergroten dat iemand bekenden uit zijn/haar omgeving tegenkomt, waardoor iedereen het te weten kan komen dat diegene zich heeft laten testen. Twee respondenten twijfelden aan de betrouwbaarheid van de test, omdat zij dachten dat iets nooit 100% zeker kan zijn. Verder heeft een aantal respondenten die zich ooit hebben laten testen, een vervelende ervaring opgedaan tijdens het doen van een test. Eén respondent werd voor de afname van de test gevraagd of zij bezwaar had tegen de aanwezigheid van een assistent. Desondanks zij op dat moment aangaf geen bezwaar te hebben tegen de aanwezigheid, heeft zij er achteraf een vervelende herinnering aan over gehouden, omdat zij de afname van de test als erg persoonlijk heeft ervaren. Een andere respondent was de laatste keer alleen naar de *Soa-polikliniek* gegaan, maar merkte dat ze wel behoefte had aan sociale steun. Het heeft haar teleurgesteld dat niemand haar dat kon geven bij de *Soa-polikliniek*. Dit kan haar dit de volgende keer tegenhouden, tenzij een vriend(in) meegaat.

“Niet echt dat iemand met je komt praten van ‘hee, het komt allemaal wel goed’.... Dat zou mij inderdaad wel tegenhouden, want ik zet een hele grote stap om toch er achter te komen of ik een nare ziekte heb ofzo en voor mij is het al moeilijk om dat straks aan te horen en dan heb ik behoefte aan iemand die mij dan even troost, ook al komt het negatief uit, maar dan toch wel iemand die er voor je is.” (Vrouw, 19 jaar)

Twee mannen die geen ervaring hadden met het testen, gingen er vanuit dat het doen van een *Soa-test* geld kost. Dit beschouwden zij als een nadeel, met als gevolg dat één niet snel een *Soa-test* zou doen.

Het laatste nadeel ‘*schaamte*’ is door een derde van de respondenten genoemd. De *schaamte* is voornamelijk gebaseerd op *schaamte* voor de dokter of verpleegkundige (n=11). De respondenten zouden zich voor deze mensen schamen, omdat ze aan hen moeten vertellen dat ze zich willen testen en vervolgens hun geslachtsdelen moeten tonen:

“Ik kom haast nooit bij de dokter en dan kom je daar ineens en ‘ja, ik kom me laten testen op een Soa’. Ik ken die man al vanaf mijn geboorte. Ik denk dat hij dan wel opeens raar staat te kijken.”
(Vrouw, 18 jaar)

“Toen ik had besloten om een Soa-test te gaan doen, toen dacht ik ook van ‘oh my god, dan moet ik naar mijn huisarts en dan moet ik met mijn benen wijd liggen.”
(Vrouw, 21 jaar)

Daarnaast werd schaamte om vroegere sekspartners of mensen uit de directe omgeving te moeten informeren over de positieve uitslag als nadeel gezien bij enkele respondenten.

Samenvatting attitude

De algemene attitude van de respondenten over het doen van een Soa-test was positief. Met name de mentale rust die een persoon ervaart als hij/zij zekerheid heeft over de Soa-status, werd gezien als een groot voordeel. Verder beschouwden de respondenten de symbolische waarde voor een relatie, de mogelijkheid tot testen bij klachten, het voorkomen van verdere verspreiding en de medische behandeling als voordeel van het doen van een test. Het doen van een Soa-test heeft ook nadelen volgens de respondenten. Deze nadelen waren met name de angst en de schaamte die het doen van een test met zich meebrengt. Tenslotte vormden verschillende aspecten van de Soa-test zelf als voor- of nadeel.

4.5.2. Sociale Norm over Soa-testen

De respondenten hebben over het algemeen niet veel met mensen uit hun directe omgeving over Soa of Soa-testen gepraat. Een derde van de respondenten (n=13) zei zelfs nooit over het onderwerp te praten. Driekwart van de Turks/Marokkaanse respondenten hoort bij deze groep tegenover bijna geen Nederlanders (n=2). De voornaamste reden dat de respondenten niet of nauwelijks praten over Soa of Soa-testen, was dat het onderwerp geen rol speelt in hun leven (n=14): de respondenten gaven aan dat het voor hen geen interessant onderwerp is. Daarnaast vonden enkele respondenten (n=4) dat het een erg persoonlijk onderwerp is, wat niet zomaar met iedereen wordt besproken. Er zijn ook twee respondenten die hebben aangegeven, dat zij graag over het onderwerp zouden willen praten, maar dat zij niet genoeg kennis bezitten.

Als er wel wordt gepraat over het onderwerp, is hier meestal over gesproken met vrienden (n=19). Ouders of andere familieleden (n=6) en de vaste partner (n=5) zijn zelden een gesprekspartner geweest bij dit onderwerp. Tijdens de gesprekken zijn Soa en Soa-testen bijna even frequent aan bod gekomen. De gesprekken over Soa (n=12) bestonden uit wat iemand zou doen als hij/zij een Soa heeft en discussies/presentaties op school. Een enkele keer is het onderwerp ter sprake gekomen, omdat de respondent om advies werd gevraagd wanneer een vriend(in) last had van klachten. Twee meisjes zeiden dat ze wel eens over Soa praten, maar dat het dan geen serieuze gesprekken zijn, eerder grappige opmerkingen:

“Nee, over testen niet, maar ik maak wel eens een grapje over Soa. Ik zeg dan ‘kijk uit, je hebt toch geen Aids, ofzo’. Nee, maar voor de rest niet.” (Vrouw, 17 jaar)

De gesprekken over Soa-testen (n=11) gingen voornamelijk over mensen uit de directe omgeving die zich hebben laten testen of over de procedure van een Soa-test:

“Dat ik wel eens vraag van ‘hebben jullie dat wel eens gedaan?’ Of ik hoorde van een vriendin van mij die dat had laten doen, dus van ‘hoe ging dat in zijn werk?’. Gewoon een beetje hoe het in elkaar stak. En ook van waarom zij het had gedaan.” (Vrouw, 19 jaar)

Aan de hand van een aantal vragen is ook nagegaan wat de respondenten dachten wat mensen uit hun directe omgeving vinden van Soa en Soa-testen en welke waarde zij hieraan hechten. Iets meer dan de helft van de respondenten (n=21) heeft aangegeven de meeste waarde te hechten aan de mening van hun ouders. Een aantal van hen (n=6) heeft gezegd dat deze mening hen zelfs zou kunnen tegenhouden een test te gaan doen. Aan de mening van de vrienden en de vaste partner werd iets minder waarde gehecht dan aan die van de ouders. Echter, vijf respondenten hechtten genoeg waarde aan de mening van de vaste partner dat deze hen zou kunnen tegenhouden. Voor twee van deze respondenten vormden de ouders dezelfde belemmering.

Ouders

Over het algemeen wordt niet met de ouders over het onderwerp gepraat, maar de respondenten gingen er wel vanuit dat hun ouders het goed en verantwoordelijk zouden vinden als zij een Soa-test zouden doen. Een aantal respondenten (n=5) dacht dat hun ouders boos zouden worden of schrikken. Acht respondenten hadden geen idee wat hun ouders ervan zouden vinden. Verder bleek dat binnen deze respondentengroep Nederlanders gemakkelijker met hun ouders praten over Soa of Soa-testen dan Surinamers/Antillianen en Turken/Marokkanen. Uit de antwoorden van deze twee groepen kwam naar voren dat zij met name worden gehinderd door culturele opvattingen, zoals stigmatisering, of geloofsovertuigingen, zoals geen seks voor het huwelijk.

De reactie van de ouders op een positieve uitslag zou overal ongeveer hetzelfde zijn. De algemene verwachting is dat de ouders boos of teleurgesteld zouden zijn, maar dat ze (uiteindelijk) hun zoon of dochter wel zouden steunen. Enkele respondenten (n=6), voornamelijk van Surinaams/Antilliaanse afkomst, zijn ook bang dat ze gestigmatiseerd worden door hun ouders of familie:

“Ja, straks ben ik het familiesletje ofzo, daar ben ik altijd bang voor. Dat ze dan een vervelende mening over mij hebben en dat ze dan denken dat ik met iedereen loop te....Terwijl dat helemaal niet zo is.” (Vrouw, 18 jaar)

De reactie van de ouders zou een derde van de respondenten (n=13) kunnen tegenhouden hun ouders te vertellen als ze geïnfecteerd zouden zijn met een Soa. Hiervoor zijn verschillende redenen gegeven: schaamte, stigmatisering, ruzie of schande in de familie. Een aantal respondenten zouden het alleen vertellen als ze geïnfecteerd zijn met een ongeneeslijke Soa (n=3) of zouden het hun moeder wel vertellen, maar hun vader niet (n=2).

Vrienden

Over het algemeen verwachtten de respondenten dat hun vrienden positief zouden reageren als zij zich laten testen. Twee respondenten zouden het echter niet vertellen; zij vinden het doen van een test persoonlijk en privé.

De verwachting over de reactie van de vrienden op een positieve uitslag was verschillend. Een derde van de respondenten (n=14) dacht dat een groot deel van hun vrienden negatiever over hen zouden gaan denken en misschien iets meer afstand zou nemen. Het merendeel van deze groep (n=12) verwachtte zelfs gestigmatiseerd te worden. De respondenten verwachtten echter niet door al hun vrienden gestigmatiseerd te worden. Van goede vrienden werd verwacht dat zij de respondent zouden steunen. De overige respondenten (n=24) dachten dat hun vrienden het wel erg zouden vinden als blijkt dat zij een Soa zouden hebben, maar positiever zouden reageren en hun met name zouden steunen.

Bijna alle respondenten (n=30) zouden het een vriend of vriendin vertellen als blijkt dat zij een Soa hebben. Iets meer dan de helft van deze respondenten (n=16) zou het echter niet aan alle vrienden vertellen, maar aan één of twee die zij volledig vertrouwen. De belangrijkste reden hiervoor, was dat ze vinden dat de uitslag privé is of de angst dat hun vrienden het zouden doorvertellen aan anderen, met als gevolg dat mensen een negatief beeld zouden vormen over hem/haar:

“Mijn beste vriendin zou ik het wel zeggen.....Anderen niet, dan krijg je weer dat gebep en dan gaan ze gelijk zeggen van ‘zij heeft iets opgelopen’. Ik weet wel wie mijn echte vrienden zijn.”
(Vrouw, 18 jaar)

De respondenten die de positieve uitslag niet aan hun vrienden zouden vertellen (n=6), zouden dit niet doen omdat zij de uitslag persoonlijk en privé vinden. Op één respondent na, waren deze respondenten het ook niet van plan hun ouders te vertellen als zij een Soa blijken te hebben.

Vaste partner

De vraag hoe de vaste partner zou reageren op een positieve uitslag, is alleen gesteld aan de respondenten die op het moment van het interview een relatie hadden (n=18). Deze reactie kan, volgens de respondenten, uiteen lopen van boos en schrikken (n=11) tot het geven van steun (n=7). Voor de respondenten is het, ongeacht de reactie van de partner, vanzelfsprekend dat de positieve uitslag wordt verteld aan de partner. Een aantal respondenten (n=6), met name vrouwen, heeft aangegeven dat ze het wel moeilijk zouden vinden het aan hun partner te vertellen:

“Als je het hebt, dan moet hij het ook hebben als je gewoon trouw bent, maar je kan het natuurlijk ook gewoon hebben als jij vreemd bent gegaan, dat je het van een andere jongen hebt. Dan zou ik echt bang zijn. Je vertelt het natuurlijk wel, dat moet, maar ik zou wel zenuwachtig zijn.”
(Vrouw, 20 jaar)

Samenvatting sociale norm

Over het algemeen werd er door de respondenten niet veel gesproken over Soa of Soa-testen. Wanneer wel over één van deze twee onderwerpen werd gesproken, hebben zij dit voornamelijk gedaan met vrienden.

Aan de respondenten is ook gevraagd wat de mening van hun ouders, vrienden en eventuele vaste partner is over dit onderwerp. De respondenten dachten over het algemeen dat zij allemaal positief zouden staan tegenover het doen van een Soa-test. Van de reactie van de ouders en een groot deel van de vrienden op een positieve uitslag, verwachtten de respondenten dat zij in eerste instantie het erg zouden vinden, maar dat ze de respondent uiteindelijk wel zouden steunen. Een aantal respondenten verwachtte door hun ouders en/of vrienden gestigmatiseerd te worden. Op de vraag of de respondenten een positieve uitslag zouden vertellen, zei een groot deel van de respondenten dat ze het wel aan hun ouders of (één van) hun vrienden zouden vertellen. De respondenten die het niet vertellen, zouden dit niet doen vanwege de reactie op de positieve uitslag van de ouders, angst dat vrienden het doorvertellen, of omdat ze vinden dat een Soa-test erg persoonlijk en privé is. De reactie van de vaste partner op een positieve uitslag zou erg verschillend zijn, maar zou niemand kunnen tegenhouden de uitslag aan de partner te vertellen.

Verder is gevraagd aan welke mening de respondenten de meeste waarde hechten. Hieruit blijkt dat aan de mening van de ouders de meeste waarde werd gehecht, gevolgd door vrienden en vaste partner.

4.5.3. Risicoperceptie van Soa

De respondenten zijn gevraagd wat risicofactoren zijn voor een Soa. In tabel 12 is een overzicht gegeven van de risicofactoren voor een Soa die door de respondenten genoemd zijn.

Tabel 12. Overzicht van de risicofactoren van Soa (N=38).

| Risicofactoren | N |
|--------------------------------------|----------|
| Seks zonder condoom | 38 |
| Onbekendheid met partner | 34 |
| Geen vertrouwen in partner | 23 |
| Het hebben van meerdere sekspartners | 13 |
| Partner die vreemdgaat | 7 |
| Uiterlijk | 6 |
| Onverantwoord gedrag | 4 |
| Klachten | 4 |
| Media-aandacht | 3 |
| Andere vormen van seksueel contact | 3 |
| Kapot condoom | 3 |

Elke respondent wist dat *seks zonder condoom* een risico vormt voor Soa. Een extra risicofactor wat in bijna elk interview (n=34) naar voren kwam, is de *onbekendheid met de sekspartner*: hoe bekender de sekspartner is, des te minder de respondent vindt

dat hij/zij risico loopt op een Soa. Onveilige seks met een onbekende partner zou voor een derde van deze respondenten ook een reden kunnen zijn zich te laten testen voor een Soa.

Tweederde van de respondenten (n=23) zei dat het *vertrouwen in hun sekspartner* de risicoperceptie kan beïnvloeden. Dat wil zeggen, de respondenten voelen zich kwetsbaarder voor een Soa, naarmate zij hun partner minder vertrouwen. Ongeacht de respondent een relatie had op het moment van het interview of niet, het vertrouwen in de partner lijkt bij beide groepen een rol te kunnen spelen. Met name bij mannen (70%) lijkt het vertrouwen van invloed te zijn bij de risicoperceptie. Een aantal respondenten (n=8) heeft aangegeven dat het vertrouwen in hun partner hen ook zou kunnen tegenhouden een Soa-test te gaan doen.

Het hebben van meerdere sekspartners (n=13), in dezelfde periode of opeenvolgend, werd ook gezien als een extra risicofactor. Bij bijna de helft van deze respondenten (n=6) zou dit ook een reden kunnen zijn een Soa-test te doen. De respondenten vonden dat het risico van een Soa stijgt naarmate een persoon of zijn huidige sekspartner meerdere sekspartners heeft gehad in het verleden.

Het *uiterlijk* en het *gedrag* van een persoon lijken ook een rol te spelen bij de risicoperceptie van de respondenten. Een aantal respondenten dacht aan mensen te kunnen zien of zij een risico zouden lopen op een Soa op grond van hun kleding of gedrag in het dagelijks leven of tijdens een avondje stappen:

“...Meisjes die er leuk uitzien, verzorgd uitzien, die zou ik minder denken van ‘die loopt het op’, dan meisjes die met korte rokjes lopen, van die zou ik wel denken van ‘die zou wel eens....’.”

(Vrouw, 19 jaar)

“Ik zou eerst naar diegene kijken en als ik denk dat het in orde is.....Wat ik al zei, als het een meisje is dat met veel jongens gaat. Ik kijk een beetje hoe ze zich die avond gedraagt...” (Man,

20 jaar)

Daarnaast hebben een *partner die vreemd gaat, klachten, media-aandacht, andere vormen van seksueel contact*, zoals anale seks of ‘droogneuken’, en een *kapot condoom* invloed op de risicoperceptie van enkele respondenten. Deze factoren doen niet alleen het gevoel van risico stijgen bij deze respondenten, maar zouden ook gelijk een motivatie zijn zich te laten testen.

Risicoperceptie van het eigen gedrag

Uit de interviews blijkt dat tweederde van de respondenten (n=26) vond dat ze geen of weinig risico hebben gelopen voor een Soa; de overige respondenten (n=12) dachten dat ze misschien risico hebben gelopen.

De voornaamste redenen die de respondenten gaven voor hun lage risico-inschatting, is dat ze vertrouwen hebben in hun partner (n=13), de partner of de

respondent zelf getest is op één of meerdere Soa's (n=11) en of dat ze overtuigd zijn dat ze altijd veilig hebben gevreeën (n= 9). Een aantal respondenten voelde geen risico, omdat hun partner(s) of zijzelf nog maagd waren, voordat zij geslachtsgemeenschap hebben gehad met elkaar (n=6), of omdat zij nog geen of weinig geslachtsgemeenschap hebben gehad (n=5). Daarnaast speelde ontkenning ook een rol bij een aantal respondenten (n=7):

“Omdat toen ik geen condoom heb gebruikt, heb ik mij ook niet laten testen, omdat ik dacht ‘dat overkomt mij toch niet’.” (Vrouw, 18 jaar)

Van de respondenten die dachten misschien risico te hebben gelopen, waren voornamelijk het hebben van een onveilig seksueel contact of gebrek aan vertrouwen in de partner de redenen te denken dat zij zelf misschien wel risico hebben gelopen. Zij zagen dit echter niet als een groot risico.

Waargenomen kwetsbaarheid

De respondenten zijn tevens gevraagd of zij kunnen inschatten hoe groot de kans is dat zij een Soa krijgen als zij die avond seks zonder condoom zouden hebben. De meeste respondenten (n=16) schatten deze kans laag in, omdat zij niet vaak werden geconfronteerd met Soa (n=9) in hun directe omgeving of in de media, of omdat zij overtuigd waren dat zij aan de hand van het gedrag of uiterlijk van een persoon kunnen inschatten of diegene een Soa heeft (n=6).

“Nou, als het echt heel erg was geweest, dan was het wel bekend geweest. Als het goed gaat, dan hoor je er niets over. Als het niet goed gaat, dan hoor je er juist wel wat over”.

(Man, 19 jaar)

Een aantal respondenten (n=8) kon geen duidelijke schatting maken, omdat zij vonden dat het risico erg afhankelijk is van het seksverleden van de persoon waarmee iemand naar bed gaat.

Op de vraag hoe groot de kans is dat een medescholier een Soa krijgt in dezelfde situatie, vond een grote meerderheid dat deze kans even groot is als hun eigen kans op een Soa. Een aantal respondenten (n=6) voelde zich echter kwetsbaarder dan een medescholier voor een Soa, vanwege vertrouwen in de partner of de angst voor een Soa. Drie respondenten schatten hun eigen risico op een Soa lager in, dan het risico van hun medescholieren, als zij die avond seks zonder condoom zouden hebben. Zij hadden vertrouwen in hun eigen keuze wat betreft sekspartners.

Risicogroepen voor Soa

Wanneer er gevraagd werd voor wie een Soa-test van toepassing kan zijn, wist ongeveer tweederde van de respondenten (n=28) specifieke risicogroepen te noemen. Met name jongeren (n=20) werden als een risicogroep gezien. Echter, de meeste respondenten

(n=14) definieerden deze groep op een zodanige manier dat de respondent zelf niet tot de groep kon worden gerekend. Ze noemden bijvoorbeeld een bepaalde leeftijdscategorie of een culturele groep, waar ze niet toe behoren. Jongens werden met name door de vrouwelijke respondenten gezien als risicogroep:

"...de categorie van 15, want dan zijn ze (jongens) al rijp, weet je wel, dan zijn ze al aan het zoeken, tot en met 30... en meisjes ook, maar die zijn meer voorzichtiger dan wat jongens betreft als ik eerlijk moet zijn. Jongens zijn wat losser. Meisjes worden nog wat tegengehouden thuis, door ouders enzo." (Vrouw, 19 jaar)

Zes respondenten definieerden jongeren als risicogroep op een zodanige manier dat zij zelf ook binnen de definitie vielen. Daarnaast zijn prostituees (n=11), drugsverslaafden (n=5), homo's (n=4), buitenlanders (n=3) en zwervers (n=2) als een risicogroep genoemd. De overige respondenten (n=10) vonden niet dat er specifieke risicogroepen bestaan, maar dat voor iedereen die een bepaald gedrag vertoont, het risico geldt:

"...Of je nou 3 miljoen op je bank hebt staan of 1 euro, als je toch met dezelfde partner gaat, dan heb je dezelfde kans om het te krijgen, dus dat maakt niets uit." (Man, 16 jaar)

Samenvatting risicoperceptie

Alle respondenten zeiden dat seks zonder condoom een risico is voor een Soa. Daarnaast hadden met name de factoren onbekendheid met de sekspartner, gebrek aan vertrouwen in de partner en het hebben van meerdere sekspartners invloed op de risicoperceptie van de respondenten. Over het algemeen vonden de respondenten, op grond van hun eigen gedrag, dat zij zelf geen risico lopen op een Soa. Zij schatten daarnaast de kans dat zij een Soa krijgen tijdens een onveilig seksueel contact laag in. Zij dachten echter niet dat zij meer of minder risico lopen op een Soa dan hun medescholieren.

Tenslotte is aan de respondenten gevraagd voor wie een Soa-test van toepassing is. Over het algemeen zijn specifieke groepen genoemd, waaronder met name de groep jongeren. De groep jongeren werd echter door een groot deel op zodanige manier geformuleerd door de respondenten dat de definitie niet van toepassing is op henzelf.

4.5.4. Intentie tot het doen van een Soa-test

De intentie tot het doen van een Soa-test van de respondenten is met behulp van drie situaties onderzocht: de intentie als de respondent seks heeft gehad zonder condoom en klachten krijgt, een one-night-stand heeft met een onbekende zonder condoom en seks heeft met een bekende zonder condoom.

Klachten

Uit de interviews bleek dat alle respondenten (n=38) de intentie hebben zich te laten testen, zodra ze klachten krijgen na een onveilig seksueel contact. Ongeveer een derde van de respondenten (n=12) zou wel eerst een tijdje wachten, maar zou zich uiteindelijk wel laten testen. De voornaamste reden hiervoor was dat ze eerst advies willen vragen aan hun dokter, ouders of vrienden (n=8).

One-night-stand

Driekwart van de respondenten (n=24) zou zich gelijk laten testen als ze een one-night-stand zonder condoom hebben gehad met iemand, die ze die avond voor het eerst hebben ontmoet. Het niet kennen van sekspartner speelde bij allemaal de grootste rol. Enkele respondenten (n=3) zouden nog een week wachten om er over na te denken, maar zouden het uiteindelijk toch wel doen.

Negen respondenten dachten niet dat ze zich zouden testen. De belangrijkste reden was dat ze het testen pas nodig vinden, zodra ze klachten zouden krijgen (n=6). Deze respondenten zouden zich niet eerder gaan testen, omdat ze er vanuit gaan dat een Soa hen toch niet overkomt (n=3), niet meer over het onveilige contact nadenken of geen zin hebben om de test te gaan doen.

“Zo snel laat ik mij niet testen, denk ik. Ik zeg wel testen, testen, testen, maar het is leuk geweest, het is lekker geweest, maar daarna ga je er niet meer aandenken.....Nee, ik zou me pas gaan testen als ik klachten heb.” (Man, 21 jaar)

De overige drie respondenten hebben aangegeven eerst te willen praten met hun sekspartner over zijn/haar seksverleden. Eén respondent twijfelde nog of ze zich zou laten testen, omdat ze aan de ene kant dacht dat ze het toch wel niet zou hebben, maar aan de andere kant wel zekerheid zou willen. Een andere respondent heeft gezegd dat deze situatie haar nooit zou overkomen.

“Je kent haar net, dan spreek je de dag erna met haar af. Dan heb je het er over gehad over watvoor relatie zij heeft gehad en wat jij hebt gehad en over haar seksleven. Dat speelt wel mee of ik het wel of niet zou doen. Maar als zij zegt dat bijvoorbeeld ‘één keer in de week pak ik wel iemand’, dan zou ik me wel laten testen, ja.” (Man, 19 jaar)

Seks met een bekende

Op de vraag of de respondenten zich zouden testen, nadat ze een onveilig seksueel contact hebben gehad met een bekende van hen, antwoordde minder dan de helft (n=17) dat zij zich laten testen. Een aantal respondenten (n=7) gaf aan dat ze zich niet gelijk zouden testen. Dit komt voornamelijk omdat de respondenten eerst willen praten met hun sekspartner, dit gesprek zou hen echter niet kunnen tegenhouden (n=4).

De overige respondenten (n=21) zouden zich niet testen als zij een onveilig seksueel contact hebben gehad met een bekende. De meeste respondenten (n=17) dachten de bekende goed genoeg te kennen, waardoor ze erop zouden vertrouwen dat die persoon geen Soa heeft. Zij zouden zich alleen gaan testen als zij klachten krijgen. Vier respondenten zouden de bekende niet helemaal vertrouwen, maar zouden eerst met diegene praten over zijn/haar seksverleden, voordat zij een beslissing maken over het doen van een Soa-test. Eén meisje gaf aan te weten dat in alle situaties het risico van een Soa even groot is, maar dat alleen het hebben van klachten haar bewust zou maken van het risico:

“Bij de eerste vraag (klachten), dan heb je in ieder geval het idee dat je het zou kunnen hebben. Bij die anderen heb je zoiets van ‘zolang ik het niet merk, dan zal ik het wel niet hebben’... Het komt dan niet bij me op.” (Vrouw, 18 jaar)

Samenvatting intentie

Alle respondenten hadden de intentie zich te laten testen, zodra zij klachten krijgen na een onveilig contact. Ongeveer driekwart van de respondenten had ook deze intentie bij de one-night-stand Tenslotte had minder dan de helft van de respondenten de intentie zich te laten testen als ze een onveilig contact hebben gehad met een bekende.

Scenario's

Om een indruk te krijgen van de intentie tot testen van de respondenten in de verschillende risicosituaties, zijn een aantal scenario's aan hen voorgelegd.

Scenario 'vreemdgaan'

Scenario 'vreemdgaan' was het eerste scenario dat de respondenten is voorgelegd:

“Ik heb al drie jaar dezelfde vriend. Ik hou zielsveel van hem, we hebben geweldige seks en na de zomer zouden we gaan trouwen. Alleen nu ben ik er achter gekomen dat hij vreemd is gegaan, met meerdere meisjes zelfs. Wat moet ik nou doen?”

Tabel 13. Overzicht van de verdeling over de stadia van het PAPM bij scenario 'vreemdgaan' (N=38).

| Stadium | 1:Onbewust van risico | 2:Bewust van risico | 3:Actie wordt overwogen | 5:Intentie tot actie | 4:Geen actie |
|---------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| Scenario Vreemdgaan | 34 | 2 | 1 | 1 | - |

De meeste respondenten (n=34) bevonden zich hier in stadium 1 (Onbewust van het risico). De algemene reactie op het scenario was dat de relatie verbroken zou worden met hun partner als de respondenten in een dergelijke situatie terechtkomen. Vier respondenten, allemaal van Surinaams/Antilliaanse afkomst, zaten in een hoger stadium. Twee respondenten, waarvan één na doorvragen, zagen het risico van een Soa,

maar overwogen geen verdere actie (stadium 2). Na doorvragen is één respondent een Soa-test gaan overwegen (stadium 3), maar haar beslissing zou afhankelijk zijn van het antwoord van haar partner op de vraag of hij veilig heeft gevreeën. De eerste reactie van de respondent die zich in stadium 5 bevond, was:

“Laten testen, omdat je never know. Misschien heeft ze het wel met een andere jongen gedaan zonder condoom en dat jij dan een ziekte kan oplopen. Het allereerste wat je moet doen, is gaan testen. Dat is zeker wat je moet gaan doen, dat staat vast.” (Stadium 5, man, 17 jaar)

Scenario ‘one-night-stand’

Het tweede scenario dat de respondenten is voorgelegd, gaat over een persoon die regelmatig one-night-stands heeft:

“Ik doe al jaren seks. Ik heb nog geen vaste vriend, dat wil ik ook niet: er lopen teveel leuke jongens rond. Als een leuke jongen interesse toont, is hij die avond van mij en meestal gaan we dan ook all the way, als je begrijpt wat ik bedoel. Meestal gebruik ik wel een condoom, omdat die jongen hem dan toch bij zich heeft. Van mij hoeft het niet per se, ik ben toch aan de pil.”

Tabel 14. Overzicht van de verdeling over de stadia van het PAPM bij scenario ‘one-night-stands’ (N=38)

| Stadium | 1:Onbewust van risico | 2:Bewust van risico | 3:Actie wordt overwogen | 5:Intentie tot actie | 4:Geen actie |
|-----------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| Scenario | | | | | |
| One-night-stand | 5 | 33 | - | - | - |

Zoals te zien is in Tabel 14 bevonden de meeste respondenten (n=33) zich in stadium 2: zij zagen het risico van een Soa. Zij keurden over het algemeen het vertoonde gedrag in het scenario af en zouden zelf dit gedrag nooit vertonen. Als het toch zou gebeuren dat zij een one-night-stand hebben, dan zou iedereen wel een condoom gebruiken. Vijf respondenten zagen het risico van een Soa niet (stadium 1), dit waren allemaal mannen. Twee van hen zagen wel het risico van een zwangerschap; de anderen vonden dat de persoon in het scenario voldoende aan veilig vrijen deed:

“Meestal dat hij een condoom gebruikt, vind ik ook goed. Hij doet het veilig, zeker. Tof!” (Stadium 1, man, 20 jaar)

Scenario ‘seks met beste vriend’

Een one-night-stand zonder condoom met de beste vriend(in) is besproken in het derde scenario:

“Ik ken John al jaren, sinds de kleuterklas. Hij is mijn beste vriend, we vertellen elkaar alles, écht alles!. Afgelopen weekend hadden we allebei iets te veel gedronken en zijn we bij elkaar in bed beland. Dat was nog nooit eerder gebeurd. We hebben het niet veilig gedaan. Ik weet dat John niet altijd met condoom heeft gevreeën, maar ik vertrouw hem voor 100%. Hij is tenslotte mijn beste vriend”

Tabel 15. Overzicht van de verdeling over de stadia van het PAPM bij scenario 'seks met de beste vriend' (N=38).

| Stadium | 1:Onbewust van risico | 2:Bewust van risico | 3:Actie wordt overwogen | 5:Intentie tot actie | 4:Geen actie |
|--------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| Scenario | | | | | |
| Beste vriend | 3 | 8 | 10 | 16 | - |

Bijna iedereen (n=32) was zich bewust van het risico van een Soa (zie Tabel 15). Drie respondenten waren zich onbewust van het risico (stadium 1). De respondenten die alleen bewust waren van het risico, zonder verdere actie te overwegen (stadium 2, n=8), zouden hun beste vriend(in) vertrouwen en zouden er vanuit gaan dat hij/zij het wel zou zeggen als hij/zij is geïnfecteerd met een Soa.

Door toevoeging van de zin "Ik weet dat Denise/John niet altijd met condoom heeft gevreeën", zijn meer respondenten (n=26) gaan nadenken over een eventuele actie, namelijk het doen van een Soa-test. Bij bijna tweederde van de respondenten die een test overwegen (n=16) bleef het niet bij nadenken: zij hadden ook de intentie om een Soa-test te gaan doen (stadium 5). Tijdens vijf interviews was dit ook de eerste reactie geweest van de respondenten; bij de overigen werd de intentie later in het antwoord duidelijk. In dit stadium zaten alle respondenten die zich ooit hadden laten testen, op één na, die bevond zich in stadium 3. De meeste respondenten (n=7) die het testen alleen overwogen (stadium 3), zouden eerst een gesprek hebben met hun beste vriend(in) over hun seksverleden. Aan de hand van dat gesprek, zouden zij beslissen of een test nodig is. De overige drie respondenten in stadium 3 laten hun beslissing niet afhangen van een gesprek met hun beste vriend(in), maar zouden er nog wel eerst even over nadenken. Opvallend is dat alle Surinaams/Antilliaanse respondenten, op één na, zich bevonden in Stadium 3 en 5, terwijl de Nederlandse en Turks/Marokkaanse respondenten meer gelijkmatig verdeeld zijn over de stadia.

"Als je elkaar al jaren kent en je vertelt elkaar alles, dan zou hij dat ook wel vertellen als dat je beste vriend is. Dan zou hij je ook wel vertellen van 'joh, ik heb dit of ik heb dat'."

(Stadium 2, vrouw, 19 jaar)

"En gewoon een test of je HIV...nee, nee, dat vind ik gelijk ook weer overdreven dat je gelijk naar de dokter rent om een HIV-test...ik zou het een beetje dat gesprek aankaarten van 'met hoeveel mensen heb je het gedaan?'. Als je dan heel erg ongerust bent, waarom ga je dan geen test doen?"

(Stadium 3, vrouw, 17 jaar)

Scenario 'serieuze relatie en testen'

De vierde scenario betreft een situatie waar een persoon graag zonder condoom wilt vrijen met zijn/haar vaste partner, maar eerst een Soa-test wilt doen:

"Mijn vriend en ik zijn al een tijdje samen, bijna een jaar. We vrijen nog wel met condoom, maar daar willen we vanaf, want zonder is toch veel lekkerder. Voor de zekerheid wil ik samen met mijn vriend een Soa-test doen, voordat we stoppen met het condoom. Alleen hij weigert, omdat hij vindt dat je zoiets alleen doet als je elkaar niet vertrouwt. Ik wil niet dat hij denkt dat ik hem niet vertrouw, wat moet ik nou doen?"

Tabel 16. Overzicht van de verdeling over de stadia van het PAMP bij scenario 'serieuze relatie en testen' (N=38).

| Stadium | 1:Onbewust van risico | 2:Bewust van risico | 3:Actie wordt overwogen | 5:Intentie tot actie | 4:Geen actie |
|------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| Scenario | | | | | |
| Serieuze relatie | - | 3 | 3 | 29 | 3 |

In dit scenario was de intentie al aanwezig. Driekwart van de respondenten (n=29) bleef deze intentie houden (stadium 5). Ze zouden er met hun partner over praten en de partner proberen over te halen toch te gaan testen. Als hij/zij blijft weigeren, dan zouden ze het condoom blijven gebruiken tot de partner zich laat testen. Enkele respondenten overwogen zelfs de relatie te verbreken. Drie vrouwelijke respondenten gaven toe dat zij door hun partner over te halen zijn, zonder Soa-test, toch zonder condoom te gaan vrijen. Door hun partner zouden ze de actie opnieuw gaan overwegen en zouden ze besluiten tot geen actie (stadium 4).

Drie respondenten zouden de actie opnieuw overwegen (stadium 3): twee respondenten zouden eerst praten met hun partner over elkaars seksverleden en beslissen op basis van dat gesprek of een Soa-test echt nodig is. De laatste drie respondenten bevonden zich in stadium 2. Zij waren zich wel bewust van het risico van een Soa, maar zouden hun partner vertrouwen dat hij/zij geen Soa heeft en zouden in eerste instantie de Soa-test niet eens overwegen. Daarnaast valt op dat zes van de negen respondenten die in stadia 2, 3, of 4 zitten, van Nederlandse afkomst zijn.

"Dat is ook lullig voor haar natuurlijk. Je moet haar gewoon vertrouwen in principe, ik bedoel, anders ga je toch niet verder met haar....Na een jaar en dan zoiets vragen, is hetzelfde als een maagdentest, of ze nog maagd is, ja of nee, voordat je gaat trouwen. Dat komt ook hard aan, als je dat aan een meisje vraagt". (Stadium 2, man, 21 jaar)

"Ik ben wel zo iemand die makkelijk over te halen is. In mijn situatie zou ik het, denk ik, ook gewoon zonder doen...Ik zou er wel flink van balen." (Stadium 4, vrouw, 18 jaar)

Scenario 'ex met Soa'

Het laatste scenario dat is voorgelegd aan de respondenten, gaat over een persoon die is gebeld door een sekspartner uit het verleden, die vertelt dat hij Chlamydia heeft:

“Ik ben vorige week gebeld door mijn ex. Minstens een jaar geleden hebben we maar een paar weken iets gehad. Hij vertelde mij dat hij Chlamydia heeft en dat ik mij moet laten testen. Nou, ik denk niet dat dat nodig is, hoor. Het is al meer dan een jaar geleden en ik heb helemaal geen klachten. Trouwens, ik heb een paar meisjes gezien waar hij na mij nog mee is geweest en die zagen er niet echt fris uit ofzo....”

Tabel 17. Overzicht van de verdeling over de stadia van het PAPM bij scenario ‘ex met Soa’ (N=38).

| Stadium | 1:Onbewust van risico | 2:Bewust van risico | 3:Actie wordt overwogen | 5:Intentie tot actie | 4:Geen actie |
|------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| Scenario | | | | | |
| Ex met Soa | - | - | 2 | 34 | 2 |

De persoon uit het scenario zat te overwegen zich niet te laten testen. Zoals in Tabel 17 te zien is, zaten bijna alle respondenten (n=34) in stadium 5. Zodra zij gebeld zouden worden door een ex die verteld dat hij/zij een Soa heeft, dan zouden zij zich laten testen op een Soa, zelfs wanneer het een jaar geleden is en als ze nog geen klachten hebben. Dat de ex nog met ‘onfrisse meisjes/jongens’ heeft gevreeën, zou voor vijf respondenten alleen een extra motivatie zijn zich te laten testen.

Twee respondenten zouden het doen van een Soa-test in overweging nemen (stadium 3). Eén respondent zou eerst van haar ex willen weten wanneer hij Chlamydia heeft opgelopen. De andere respondent zou eerst informatie gaan zoeken op Internet over Chlamydia. Als de klachten overeenkomen met wat zij zou voelen, zou ze zich laten testen. De overige twee respondenten bevonden zich in stadium 4. Ze zouden besluiten geen test te doen, omdat zij na een jaar nog geen klachten hebben. Zij gingen er daarom vanuit dat ze geen Chlamydia kunnen hebben.

“Ik zou sowieso eerst boos op hem worden, want dan wil ik wel weten wanneer dat is gebeurd. En precies wanneer, als dat in de tijd is dat we samen gingen, dan ga ik wel een test doen.” (Stadium 3, vrouw, 17 jaar)

“Nou, ik zou niet testen. Nee, als ik nog nergens last van heb en het al zolang geleden is....Misschien dat ik het heel eventjes overweeg, maar ik zou het niet doen.” (Stadium 4, man, 16 jaar)

Samenvatting scenario's

In Tabel 18 is per scenario af te lezen in welk stadium van het PAPM alle respondenten zich bevonden. Daarnaast is in bijlage 5 is een overzicht gegeven van hoe elke respondent apart zich beweegt door de stadia.

Tabel 18. Verdeling van de respondenten (N=38) over de verschillende stadia van het PAM bij de scenario's

| Stadium | 1:Onbewust van risico | 2:Bewust van risico | 3:Actie wordt overwogen | 5:Intentie tot actie | 4:Geen actie |
|------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| Scenario | | | | | |
| Vreemdgaan | 34 | 2 | 1 | 1 | - |
| One-night-stand | 5 | 33 | - | - | - |
| Beste vriend | 3 | 8 | 10 | 16 | - |
| Serieuze relatie | - | 3 | 3 | 29 | 3 |
| Ex met Soa | - | - | 2 | 34 | 2 |

In Tabel 18 wordt duidelijk dat de respondenten zich niet in één bepaald stadium bevonden. Het stadium waar de respondenten zich in bevonden, was voor een groot deel afhankelijk van de situatie die werd voorgelegd. Bij de scenario's 'vreemdgaan' en 'one-night-stand' was de intentie tot testen niet of nauwelijks aanwezig; bij de scenario's 'seks met beste vriend', 'serieuze relatie en testen' en 'ex met Soa' had een groot deel van de respondenten wel de intentie tot testen. Het valt op dat de eerste twee scenario's, waar de intentie nauwelijks een rol speelde, situaties beschrijven die naar alle waarschijnlijkheid vaker voorkomen in het leven van de respondenten, dan de laatste drie scenario's, waar de meeste respondenten wel de intentie tot testen hadden.

4.6. Vaardigheden voor het doen van een Soa-test

Aan de respondenten is gevraagd wat hen op het laatste moment nog kan tegenhouden een Soa-test te doen, afgezien van alle overwegingen die zij eerder al hebben genoemd. Meer dan de helft (n=22) heeft gezegd dat als ze eenmaal hebben besloten een Soa-test te gaan doen, dat niets hen nog kan tegenhouden.

De situaties die de overige respondenten noemden, zouden hen niet per se tegenhouden een test te gaan doen, maar ze zouden er wel voor kunnen zorgen dat de test een tijdje wordt uitgesteld. Deze situaties waren bijna allemaal verschillend, maar hadden wel één overeenkomst (de mate waarin de situatie door de respondent kan worden beïnvloed) waardoor er twee groepen zijn ontstaan: de interne situaties (n=8) en externe situaties (n=7). De externe situaties zijn situaties waar de respondent geen enkele invloed op kan uitoefenen om de situatie te kunnen veranderen, waarbij zijn genoemd: familieomstandigheden (n=3), staking in het openbaar vervoer, een examen of dat de dokter of Soa-polikliniek is gesloten.

Interne situaties zijn situaties die binnen de macht van de respondent liggen om ze te veranderen, zodat hij/zij zich toch kan laten testen. Voorbeelden die door de respondenten zijn genoemd, zijn afspraken met vrienden, zoals uitgaan, de aanwezigheid van een bekende bij Soa-polikliniek of zich verslapen:

"Als ik een paar meter voordat ik er ben iemand zie waarvan ik denk 'wow, die ken ik'. Dan zou ik wel teruggaan naar de bus, hoor." (Vrouw, 21 jaar)

“Als ik misschien die test zou gaan doen en misschien wil ik naar een feest ofzo en dan ‘nee, de volgende keer’. Dus uitgaan of iets anders.” (Vrouw, 17 jaar)

Samenvatting Vaardigheden

Meer dan de helft van de respondenten heeft aangegeven dat als zij eenmaal besluiten zich te laten testen dat niets hen meer kan tegenhouden. De situaties die er voor kunnen zorgen dat de overige respondenten, zijn verdeeld in twee groepen: situaties die buiten de macht van de respondent ligt (externe situaties), zoals een staking in het openbaar vervoer, en situaties die binnen de macht van de respondent ligt om te veranderen (interne situaties), zoals zich verslapen.

4.7. Percepties van HIV en Soa

Als laatste is onderzocht of de respondenten een andere houding hebben tegenover het doen van een HIV-test versus het doen van een Soa-test. Allereerst is gekeken in hoeverre de perceptie van HIV verschilt van die van de overige Soa's. Alle respondenten zagen HIV als een ernstigere ziekte dan de overige Soa's, omdat deze ongeneeslijk is. Hun reactie zou hierdoor ook heftiger zijn dan wanneer iemand een andere Soa heeft:

“Ik zou van die andere Soa's niet echt wakker liggen, maar van Aids echt...wow!...” (Vrouw, 19 jaar)

Iets meer dan de helft van de respondenten (n=20) zou zich niet anders gaan gedragen of anders gaan denken over een persoon als hij/zij HIV, in plaats van een andere Soa, zou hebben. Van de overige respondenten zou de meerderheid zich waarschijnlijk anders gaan gedragen ten opzichte van de met HIV-geïnfekteerde persoon: een aantal zou de neiging hebben meer afstand te nemen van de geïnfekteerde persoon (n=6), anderen zouden de geïnfekteerde persoon steunen (n=5) of meer tijd met diegene doorbrengen (n=2):

“Ja, ik zou wel een beetje afstand houden, vooral met Aids. Ik zou het niet echt laten merken, want dat is zelig voor diegene, maar ik zou het wel een beetje zo doen.... Misschien krijg jij het ook wel.” (Man, 16 jaar)

Enkele respondenten (n=3) zouden zich niet anders gaan gedragen, maar zouden wel negatiever beeld gaan vormen, als iemand HIV heeft in plaats van een andere Soa (stigmatisering):

“Ik denk dan gelijk zo van ‘wat heeft die allemaal uitgespookt?’. Het kan natuurlijk ook door drugs komen ofzo, geen schone naald, maar mijn gedachte is dan eerder bij seks.” (Vrouw, 18 jaar)

Perceptie HIV- en Soa-testen

Tijdens het interview is de respondenten ook gevraagd of zij situaties kunnen bedenken waar zij eerder een HIV-test dan een Soa-test zouden doen of andersom. De meeste

respondenten wisten echter niet dat HIV apart getest kan worden van Soa. Daarbij komt dat ongeveer driekwart van de respondenten (n=28) ook geen reden zag de ene test wel te doen en de andere test niet, met andere woorden zij zouden zich op alle Soa's laten testen als dit nodig is. Een aantal respondenten (n=8) kon zich wel voorstellen dat andere mensen een HIV-test niet doen vanwege angst voor een positieve uitslag. Eén respondent heeft ook gezegd dat de windowperiode voor HIV erg lang duurt, waardoor mensen ook minder snel een HIV-test zouden doen. Dit zou hem echter niet kunnen belemmeren.

Zeven respondenten hebben gezegd dat zij meer moeite zouden hebben met het doen van een HIV-test in vergelijking met een Soa-test. De angst voor een positieve uitslag van HIV speelde bij meer dan de helft een belangrijke rol. Twee vrouwen dachten dat zij zich niet zo snel op HIV zouden testen als ze één keer een onveilig seksueel contact hebben gehad, omdat zij ervan uit gaan dat Soa veel vaker voorkomt dan HIV:

“Ik denk als je met iemand naar bed bent geweest dat je niet zo gauw aan Aids denkt ofzo...Ik denk dat je het toch meer over die soa's dan hebt. Je hebt het er meer over, je hoort er vaker over, waardoor je eerder een Soa-test zou doen dan een HIV-test.” (Vrouw, 21 jaar)

Er waren ook enkele respondenten die de voorkeur geven aan HIV-test in plaats van een Soa-test. Twee vrouwen hebben gezegd dat de ernst van de ziekte een reden zou zijn eerder een HIV-test te doen dan een Soa-test. Een andere respondent zou eerder een HIV-test doen als het onveilige seksuele contact een lange tijd geleden is:

“...dat je misschien een aantal jaren geleden onveilig seks hebt gehad en dat je helemaal geen klachten voor de rest hebt, maar dat je toch gewoon bang bent dat je misschien eventueel HIV hebt opgelopen, omdat je misschien verhalen hoort over zo'n persoon. En dat je dan alleen laat testen op HIV, omdat het toch al jaren geleden is en dat een andere soa wel uit zou zijn gekomen.”
(Vrouw, 19 jaar)

Samenvatting percepties HIV-Soa

De respondenten zagen over het algemeen HIV als een ernstigere ziekte in vergelijking met de overige Soa's. De meeste respondenten dachten dat zij geen ander beeld van een persoon zouden vormen of zich anders zouden gaan gedragen als een persoon HIV heeft in plaats van een andere Soa. Van de respondenten die dat wel zouden doen, zou de helft zich op een negatieve wijze gaan gedragen, ten opzichte van de geïnfecteerde persoon, en de andere helft op een positieve wijze.

Tenslotte is aan de respondenten gevraagd of zij situaties kunnen bedenken waar zij eerder een HIV-test zouden doen dan een Soa-test of andersom. Over het algemeen wisten de respondenten niet dat er verschil is tussen een HIV- en Soa-test en zien zij geen reden de ene test wel te doen en de andere niet. Van de respondenten die wel een reden konden verzinnen, zou de meerderheid eerder een Soa-test dan een HIV-test. De grootste reden hiervoor was angst voor de uitslag van de HIV-test.

5. Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk zullen de conclusies worden getrokken. In §5.1 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. De volgende paragraaf (§5.2) zal in teken staan van het bespreken van enkele beperkingen van het onderzoek (§5.3). Het hoofdstuk zal worden afgesloten met de aanbevelingen voor het kwantitatieve vervolgonderzoek van de GGD en een reflectie op het kwalitatieve onderzoek.

5.1. Conclusies en discussie m.b.t. de probleemstelling

Probleemstelling van het onderzoek was: *welke overwegingen kunnen een rol spelen bij de keuze van ROC-scholieren zich te laten testen op Soa?* Aan de hand hiervan werd een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Hieronder zal per onderzoeksvraag conclusies worden getrokken.

5.1.1. Seksueel risicogedrag

De eerste onderzoeksvraag was 'Wat is het seksueel risicogedrag van ROC-scholieren in Rotterdam met betrekking tot Soa?'. Het seksueel risicogedrag van de ROC-scholieren is hoog, in vergelijking met de gemiddelde Nederlander tot 25 jaar, waardoor ROC-scholieren in Rotterdam een risicogroep voor Soa lijken te zijn. Verder lijkt het seksueel risicogedrag van de ROC-scholieren af te hangen van de factoren geslacht en het hebben van een relatie. Op basis van de risicofactoren 'op vroege leeftijd beginnen met geslachtsgemeenschap', 'het hebben van meerdere sekspartners' en 'inconsistent condoomgebruik', is deze conclusie getrokken. De gemiddelde leeftijd waarop de ROC-scholieren zijn begonnen met geslachtsgemeenschap (15,6 jaar), is laag, in vergelijking met de gemiddelde leeftijd (16,6 jaar) van het landelijk onderzoek 'Seks onder je 25e' (Graaf et al, 2005). Het aantal sekspartners binnen de ROC-scholierengroep lijkt afhankelijk te zijn van het geslacht. In vergelijking met de resultaten van 'Seks onder je 25e' hebben de mannen relatief veel sekspartners gehad in hun leven; het aantal sekspartners van de vrouwen is gelijk. Het condoomgebruik van de ROC-scholieren lijkt consistent te zijn, zolang zij geen vaste relatie hebben. Zodra iemand een relatie heeft, lijkt het condoomgebruik inconsistent te worden.

Het seksueel risicogedrag van de scholieren is vergeleken met hun eigen testgedrag en de norm die de GGD hanteert voor Soa-testen (testen bij één onveilig seksueel contact als de sekspartner of de persoon zelf minstens één andere sekspartner heeft gehad). Op basis van deze vergelijking is bepaald of de ROC-scholier op het moment van het interview zich moest laten testen. Uit deze analyse is naar voren gekomen dat 15 ROC-scholieren (40%) risico hadden gelopen en zich zouden moeten testen; 16 ROC-scholieren hebben geen risico gelopen. Bij de overige ROC-scholieren (n=7) is het moeilijk te bepalen of zij risico hadden gelopen.

Het is niet duidelijk of deze conclusies specifiek gelden voor ROC-scholieren of dat deze gelden voor jongeren in de regio Rotterdam. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre deze conclusies generaliseerbaar zijn naar alle ROC-scholieren of naar alle jongeren in Rotterdam.

5.1.2. Sociaal-psychologische determinanten

Bij de tweede onderzoeksvraag is ingegaan op welke sociaal-psychologische gedragsdeterminanten een rol kunnen spelen bij de keuze van ROC-scholieren in Rotterdam zich te laten testen op een Soa. Hierbij is gebruik gemaakt van het Information-Motivation-Behavioral Skills-model, waarin de volgende determinanten worden onderscheiden: kennis, attitude, sociale norm, risicoperceptie, intentie, ervaring en vaardigheden. Hieronder zal per determinant worden besproken wat de uitkomsten van het onderzoek zijn. Vervolgens zullen de uitkomsten per determinant ter discussie worden gesteld en zullen er aanbevelingen voor het kwantitatieve vervolgonderzoek van de GGD worden gedaan. Tot slot zal een conclusie worden getrokken over de situationele factoren die met behulp van de scenario's en PAPM zijn onderzocht.

Kennis

Binnen de ROC-scholierengroep is de kennis over veilig vrijen vrij hoog. Wat betreft het kennisniveau met betrekking tot Soa, is de kennis bij de ROC-scholieren redelijk. Dat blijkt uit het feit dat zij wel weten dat een Soa kan worden gekregen door geslachtsgemeenschap en kan worden voorkomen door condoomgebruik. Echter, veel ROC-scholieren hebben met name de verkeerde opvatting dat een Soa altijd gepaard gaat met klachten, met als gevolg dat zij pas een test zullen overwegen als zij klachten zullen krijgen.

Tenslotte valt op dat het kennisniveau met betrekking tot Soa-testen laag is. De meeste ROC-scholieren weten weinig meer dan dat de procedure van de test voornamelijk het afnemen van bloed inhoudt en dat de test kan worden gedaan bij de huisarts. Een verkeerde opvatting die bij veel ROC-scholieren leeft, is dat een Soa-test bij de GGD kan worden afgenomen. Verder is de kennis over de windowperiode, de kosten en de uitslag laag.

In vergelijking met de literatuur over kennis (Mikolajczak et al, 2003; Siegel et al, 1998), komt het lage kennisniveau met betrekking tot Soa-testen overeen met dit onderzoek. Echter, wat betreft het kennisniveau met betrekking tot Soa is een verschil te vinden; uit de literatuur komt naar voren dat het kennisniveau over het algemeen hoog is (Bakker et al, 2003; Banikarim et al, 2003; Boyer et al, 2000). Uit het onderzoek van Banikarim et al (2003) blijkt, bijvoorbeeld, dat 80% van de respondenten weet dat een Soa niet altijd klachten hoeft te geven, in tegenstelling tot ongeveer 50% in dit onderzoek. Kantekening hierbij is dat de doelgroep van het onderzoek van Banikarim et al (2003) alleen uit vrouwen bestond. De vrouwelijke respondenten in dit onderzoek weten weliswaar vaker dat een Soa

geen klachten hoeft te geven dan de mannelijke respondenten, maar dit percentage blijft nog relatief laag in vergelijking met Banikarim et al (2003).

Aanbeveling voor vervolgonderzoek is te onderzoeken op welke manier het gebrek aan kennis over de klachten invloed heeft op het testgedrag. De scholieren die overtuigd zijn altijd klachten te krijgen als ze een Soa hebben, kunnen door deze opvatting indirect, via risicoperceptie, maar ook direct beïnvloed worden in hun testgedrag. Een andere aanbeveling betreft het vermoeden van een verband tussen het kennisniveau en de ervaring met testen. Uit de resultaten blijkt dat scholieren die zich een keer hebben laten testen over meer kennis beschikken dan scholieren die een test nog nooit hebben overwogen. Een aanbeveling is niet alleen te onderzoeken of iemand die zich ooit heeft laten testen, een hoger kennisniveau met betrekking tot Soa-testen heeft, maar ook of iemand zich misschien pas laat testen als hij/zij een hoog kennisniveau over dit onderwerp heeft.

Attitude

De algemene attitude over het doen van een Soa-test is positief. Het voordeel dat een grote rol speelt, is de mentale rust als men zekerheid heeft over zijn Soa-status. Daar tegenover staat met name het nadeel angst. Deze angst heeft voornamelijk betrekking op de uitslag en stigmatisering, maar ook op de test zelf. De mentale rust en angst lijken echter weinig invloed te hebben op de intentie tot testen.

Onderzoeken van Bakker et al (2003), Lupton et al, (1995), Meiberg (2005) en Mikolajczak et al (2003) bevestigen de rol die mentale rust kan spelen. Daarnaast worden de voordelen, die bij deze onderzoeken zijn gevonden, zoals 'symbolische waarde voor de relatie' en 'de mogelijkheid tot testen bij klachten', bevestigd door dit onderzoek. Deze voordelen lijken echter een kleinere rol te spelen in vergelijking met de mentale rust. Het voordeel dat een Soa niet kan worden overgedragen op het ongeboren kind tijdens een zwangerschap, dat in onderzoeken van Ellen et al (2000), Lupton et al (1995) en Rotheram-Borus et al (1997) naar voren komt, is niet bevestigd in dit onderzoek. Slechts één ROC-scholier ziet dit als een voordeel. Nieuwe bevindingen in dit onderzoek zijn de voordelen 'voorkomen van verdere verspreiding' en 'medische behandeling'. Deze voordelen zijn nog niet eerder gevonden; zij lijken ook geen grote rol te spelen in dit onderzoek.

In veel verschillende onderzoeken is de rol die angst kan spelen in dit onderzoek, bevestigd (Awad et al, 2004; Fennema et al, 1999; Manhart et al, 2000; Meiberg, 2005; Mikolajczak et al, 2003; Myers et al, 1993; Rotheram-Borus et al, 1997; Simon et al, 1996; Tebb et al, 2004). De angst gestigmatiseerd te worden door mensen uit de directe omgeving heeft bij verschillende onderzoeken (Cunningham et al 2002, Fortenberry et al, 2002, Kalichman & Simbayi, 2003; Meiberg, 2005) een grote rol gespeeld bij de keuze een Soa-test te doen; in dit onderzoek wordt deze angst slechts voor een klein deel bevestigd. De angst voor een stigma lijkt enigszins invloed te hebben, maar lijkt niet bepalend te zijn voor het testgedrag. Kanttekening hierbij is dat de bovenstaande onderzoeken met name zijn uitgevoerd bij een mensen van negroïde afkomst. Vergeleken met de culturele groepen uit het onderzoek, blijkt

dat de angst gestigmatiseerd te worden door de ouders, hier ook voornamelijk een rol speelt bij de negroïde (Antilliaanse/Surinaamse) scholieren. Angst gestigmatiseerd te worden door vrienden lijkt echter niet afhankelijk te zijn van culturele afkomst. In tegenstelling tot de bevindingen uit de literatuur speelt de mogelijkheid dat de vertrouwelijkheid wordt geschonden, bij dit onderzoek nauwelijks een rol. De kleine invloed van het nadeel schaamte, dat tijdens het onderzoek naar voren kwam, wordt bevestigd door het onderzoek van Fortenberry et al (2002) over stigmatisering en schaamte bij het doen van een Soa-test.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek is te kijken naar een verband tussen ervaring, sociale norm en attitude. Opvallend is dat scholieren die angst hebben voor de test zelf, geen ervaring met testen hebben, maar wel vrienden kennen die zich ooit hebben laten testen. Het lijkt dat zij bang zijn gemaakt door de verhalen over testen van vrienden. Het is interessant te onderzoeken in hoeverre deze echt invloed heeft. Verder zou onderzocht kunnen worden of angst voor stigma afhankelijk is van culturele afkomst. Daarnaast bestaat ook het vermoeden dat de angst gestigmatiseerd te worden afhankelijk kan zijn van een negatieve attitude over Soa van de scholier zelf. Tenslotte kan worden gekeken in welke mate het voordeel mentale rust en het nadeel angst invloed heeft op de intentie en het uiteindelijke testgedrag.

Sociale norm

Soa of Soa-testen spelen geen rol in het leven van de ROC-scholieren, met als gevolg dat nauwelijks over dit onderwerp wordt gepraat. Wanneer er wel over wordt gepraat, wordt dit met name gedaan met vrienden. Opmerkelijk is dat met de ouders nauwelijks over Soa of Soa-testen wordt gepraat, maar dat zij wel een grote invloed lijken te hebben op de keuze van de ROC-scholieren een Soa-test te doen. Vrienden of de vaste partner van de scholier lijken haast geen invloed te hebben. Dit is tegenstrijdig met de bevindingen uit een recent onderzoek van Lowery et al (2005). Bij dat onderzoek komt naar voren dat niet de ouders, maar de vrienden een belangrijke plaats innemen bij het beslissingsproces een Soa-test te doen. De invloed van de ouders wordt wel bevestigd door de bevindingen van 'Seks onder je 25e' (Graaf et al, 2005); deze bevindingen hebben echter betrekking op het seksueel risicogedrag van jongeren, niet op het testgedrag.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek is onderzoek naar de invloed van de ouders op de keuze een Soa-test te gaan doen. Rekening moet worden gehouden met culturele invloeden. Er is weliswaar geen verschil in culturele afkomst gevonden wat betreft de mate waarin sociale druk wordt gegeven, maar er bestaat het vermoeden dat de sociale druk gebaseerd is op verschillende culturele gewoonten of gedachtegangen. Een voorbeeld kan zijn dat Nederlanders zich laten tegenhouden door de mening van hun ouders vanwege de hechte band met hun ouders, maar dat Surinamers/Antillianen zich laten tegenhouden door deze mening vanwege de angst gestigmatiseerd te worden.

Voor verbanden met andere determinanten, wordt aanbevolen te kijken naar een eventueel verband met kennis of risicoperceptie. ROC-scholieren hebben aangegeven nauwelijks over

Soa of Soa-testen te praten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zij over onvoldoende kennis beschikken of dat zij geen risico voelen. Tijdens het onderzoek waren aanwijzingen voor beide verklaringen te vinden.

Risicoperceptie

Met betrekking tot de risicoperceptie valt op dat de meeste ROC-scholieren hun eigen risico van een Soa laag inschatten, terwijl meer dan 40% risico loopt. Een erg belangrijke rol bij de risicoperceptie van deze ROC-scholieren is de bekendheid met en het vertrouwen in de sekspartner. Uit het onderzoek blijkt naarmate iemand de sekspartner beter kent en/of meer vertrouwen heeft in de sekspartner, de risicoperceptie daalt. Daarbij komt dat veel ROC-scholieren ten eerste denken dat zij niet tot een risicogroep behoren en ten tweede er vanuit gaan dat iemand niet snel een Soa zal krijgen na een onveilig seksueel contact. Tenslotte komt uit de scenario's naar voren dat de scholieren het risico van een Soa lijken te voelen zodra er onveilig wordt gevreeën, maar dat een Soa-test pas wordt overwogen naarmate de scholier meer bewust wordt gemaakt van verschillende risicofactoren in de scenario's.

In vergelijking met de bevindingen uit de literatuur, valt de grote rol op die de bekendheid met de sekspartner speelt in dit onderzoek. Deze factor is geen enkele keer genoemd in de gevonden literatuur. Kanttekening hierbij is in hoeverre de bekendheid met de partner overeenkomt met het vertrouwen in de partner. In dit onderzoek zijn deze twee factoren als verschillend waargenomen, maar het zou kunnen dat bij andere onderzoeken deze twee factoren als hetzelfde werden gezien. Aanbeveling voor het vervolgonderzoek is onderzoek te doen naar dit verschil. De overige factoren die een rol spelen bij de risicoperceptie, worden wel bevestigd in de literatuur (Bakker et al, 2003; Banikarim et al, 2003; Boyer et al, 2000; Crosby et al, 2001; Slonim et al, 2005). In de literatuur komt ook naar voren dat de risicoperceptie beïnvloed wordt door de gedachte dat iemand zich resistent voor een Soa kan voelen door herhaald seksueel risicogedrag (Crosby et al, 2003), zoals vrijen zonder condoom, maar is niet bevestigd door dit onderzoek.

Naast de aanbeveling onderzoek te doen naar het verschil tussen de factoren 'bekendheid' en 'vertrouwen', wordt ook aanbevolen het verband tussen ervaring met testen en risicoperceptie verder te onderzoeken. Ervaring lijkt weliswaar geen invloed te hebben op de risicoperceptie, maar dit vermoeden is niet uitgesloten tijdens dit onderzoek. Verder lijkt de risicoperceptie van grote invloed te zijn op de intentie van de ROC-scholieren.

Intentie

De intentie een Soa-test te doen na een onveilig seksueel contact neemt af naarmate risicofactoren, zoals klachten en onbekendheid met de sekspartner, bij de ROC-scholier wegvallen. De intentie tot testen lijkt erg afhankelijk te zijn van het hebben van klachten en situationele factoren. Opmerkelijk is de rol die klachten spelen. Veel scholieren lijken hun beslissing zich te testen, te laten afhangen van het wel of niet hebben van klachten. Een

verklaring hiervoor kan zijn dat veel scholieren niet weten, dat een Soa niet altijd gepaard gaat met klachten.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek is dan ook de invloed van kennis op de intentie verder te onderzoeken en de rol van klachten daarin. Daarnaast zou angst, mentale rust en de invloed van vrienden en ouders een rol kunnen spelen bij de intentie.

Ervaring

Binnen de ROC-scholierengroep is de ervaring met een Soa-test hoog. Uit de resultaten van het onderzoek 'Seks onder je 25^e' blijkt dat ongeveer 10% van de Nederlandse jongeren zich ooit heeft laten testen (Graaf et al, 2005). Bij dit onderzoek was dit ongeveer 25%. De ervaring met een Soa-test lijkt geen directe invloed te hebben op het testgedrag, maar zou wel een indirecte invloed kunnen hebben. Deze invloed zou met name via de determinanten attitude en kennis gaan. Deze invloed wordt deels bevestigd in de literatuur (Kalichman & Simbayi, 2003; Meiberg, 2005). Opvallend is dat, in tegenstelling tot bevindingen van Crosby et al (2001), ervaring geen invloed lijkt te hebben op de risicoperceptie.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek is de determinant ervaring als toevoeging aan het IMB-model te houden. Ondanks ervaring geen directe invloed heeft op het testgedrag, bestaat het vermoeden dat ervaring met een Soa-test wel invloed kan hebben op andere determinanten. Aanbeveling hierbij is met name de invloed van ervaring op attitude, kennis en risicoperceptie te onderzoeken. Ervaring leek weliswaar geen invloed te hebben op de risicoperceptie, maar dit onderzoek heeft de bevindingen van Crosby et al (2001) nog niet uitgesloten.

Vaardigheden

De ROC-scholieren laten zich over het algemeen niet meer tegenhouden als zij eenmaal hebben besloten zich te laten testen. De situaties die ervoor kunnen zorgen dat zij zich toch niet testen, zijn situaties die barrières kunnen vormen, maar ook situaties die binnen de vaardigheden van de respondenten liggen. Deze situaties lijken echter geen rol te spelen bij het testgedrag.

In de gevonden literatuur is niet eerder onderzoek gedaan naar de vaardigheden met betrekking tot het testgedrag, waardoor deze bevindingen moeilijk te zijn vergelijken. Tijdens de interviews zijn met name praktische vaardigheden genoemd door de ROC-scholieren. Een verklaring hiervoor kan zijn dat antwoorden gegeven bij de vraagstelling over vaardigheden, vergeleken zijn met eerdere antwoorden in het interview. Indien een antwoord overeenkwam met een eerdere overweging, is deze niet betrokken bij de analyse van de vaardigheden. Het zou echter kunnen dat deze overwegingen, met name emotionele overwegingen, op het laatste moment weer een rol kunnen spelen bij het uitvoeren van het testgedrag. Een aanbeveling voor het vervolgonderzoek is bij het onderzoeken van vaardigheden ook te richten op deze emotionele vaardigheden. Een voorbeeld van een emotie die op het laatste moment weer kan opspelen, is de schaamte om te vertellen waarom een Soa-test nodig is.

Situationele factoren

Met behulp van scenario's is gekeken in welke stadium van het PAPM de ROC-scholieren zich bevinden. Het is echter niet mogelijk een conclusie te trekken in welk stadium de ROC-scholieren zich bevinden. Uit de resultaten blijkt dat het stadium waarin de ROC-scholier zich bevindt, afhankelijk is van de situatie die zich voordoet. Met andere woorden, als ROC-scholieren in een situatie komen waar ze het risico hoog inschatten, dan komen ze in de actie; als ze in een situatie komen waar ze dit risico laag inschatten, komen ze niet in actie. Daarnaast lijkt de intentie tot testen afhankelijk te zijn van de kans dat de situatie in het leven van de scholier zich kan voordoen.

De waarde van het PAPM wordt door deze bevindingen ter discussie gesteld. Uit het onderzoek blijkt dat het van de situatie afhankelijk is in welke stadium iemand zich bevindt. Er kan niet vanuit worden gegaan dat één persoon zich in verschillende situaties in één specifiek stadium bevindt. Deze bevinding is in strijd met de bevindingen van Weinstein en Sandman (2001).

Voor vervolgonderzoek kan het PAPM van betekenis zijn als de concentratie op één specifieke situatie zou liggen. Een aanbeveling zou hierbij zijn de scenario's 'vreemdgaan' en 'one-night-stand' te gebruiken voor een voor- en nameting. Deze twee scenario's beschrijven situaties die naar alle waarschijnlijkheid het meest voorkomen bij de ROC-scholieren. Met behulp van een voor- en nameting kan gekeken worden of de scholieren zich naar een later stadium bewegen als gevolg van de interventie. Een tweede aanbeveling heeft betrekking op de ontwikkeling van de toekomstige interventie. Bij deze ontwikkeling wordt aanbevolen met name in te spelen op de risicoperceptie van de ROC-scholieren, omdat het vermoeden is ontstaan dat risicoperceptie in elk stadium de voornaamste barrière vormt bij ROC-scholieren zich naar een volgend stadium te bewegen.

5.1.3. Demografische variabelen

De derde vraag waar onderzoek naar is gedaan, is: 'Welke demografische variabelen spelen een rol bij de keuze van ROC-scholieren in Rotterdam om zich te laten testen op een Soa?'. Voor het beantwoorden van de vraag is gekeken of de demografische variabele 'culturele afkomst' en 'geslacht' van invloed zouden kunnen zijn op het testgedrag.

Culturele afkomst

Een demografische variabele die een grote rol lijkt te spelen, is de culturele afkomst. Opmerkelijk is dat alle Surinamers/Antillianen zich ooit hebben laten testen of in ieder geval ooit een test hebben overwogen, in tegenstelling tot de Nederlanders en Turken/Marokkanen, die zich nauwelijks hebben laten testen en zelden een test overwogen. De Surinaams/Antilliaanse groep lijkt daarnaast het risico van een Soa sneller in te zien dan de andere twee culturele groepen. Het algehele kennisniveau van deze groep lijkt ook

hoger te zijn. Kortom, er bestaat het vermoeden dat Surinamers/Antillianen sneller de intentie hebben zich te laten testen, omdat zij over een hoger kennisniveau beschikken, het risico van een Soa sneller inzien en meer ervaring hebben met testen.

Deze bevindingen zijn relatief nieuw, omdat het verschil tussen culturele groepen met betrekking tot het testgedrag nog niet eerder is onderzocht. Wel worden de bevindingen bevestigd door het onderzoek 'Seks onder je 25e' (Graaf et al, 2005), waaruit blijkt dat meer Surinaams/ Antilliaanse meisjes zich hebben laten testen in vergelijking met Nederlandse en Turks/Marokkaanse meisjes. Dit verschil geldt niet voor de jongens, bij dit onderzoek echter wel. Voor het vervolgonderzoek wordt aanbevolen verder uit te zoeken in welke mate de culturele afkomst invloed heeft op de intentie, kennisniveau en risicoperceptie.

Over seksueel risicogedrag bij verschillende culturen is meer bekend in de literatuur. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat mensen uit de Nederlandse Antillen, Suriname, Kaapverdië en Marokko een groter seksueel risicogedrag vertonen dan mensen uit Westerse landen, zoals Nederland (Dorst, 2003; Harawa et al, 2003; Kalwij, 2000; Manhart et al, 2000; Silva et al, 2003). Deze bevindingen worden echter niet bevestigd door dit onderzoek. Het vertoonde seksueel risicogedrag van de culturele groepen lijkt nagenoeg gelijk te zijn. Een verklaring kan zijn dat respondenten van dit onderzoek bijna allemaal in dezelfde omgeving zijn opgegroeid en regelmatig met elkaar in aanraking komen. Hierdoor kunnen opvattingen en gewoonten van elkaar zijn overgenomen.

Geslacht

De demografische variabele geslacht lijkt niet veel invloed te hebben op het testgedrag. De bevindingen van Lupton et al (1995) dat vrouwen zich eerder laten testen dan mannen, wordt niet bevestigd bij dit onderzoek. Wel is op te merken dat vrouwen een hoger kennisniveau lijken te hebben dan mannen met betrekking tot het onderwerp Soa. Daarnaast valt het op dat vrouwen meer moeite hebben met hun sekspartner te communiceren over seks en Soa. Tenslotte lijken mannen vaker dan vrouwen hun risico-inschatting te baseren op het vertrouwen in de sekspartner. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of deze vermoedens kloppen.

5.1.4. Percepties HIV en Soa

De laatste onderzoeksvraag had betrekking op het verschil in de percepties over Soa en HIV van ROC-scholieren in Rotterdam. Doel van deze vraag was te onderzoeken of bij een toekomstige interventie rekening moet worden gehouden met het eventuele verschil in percepties. De ROC-scholieren lijken geen verschil te hebben in hun percepties over HIV en Soa. HIV wordt weliswaar als een ernstigere ziekte gezien dan de overige Soa's, maar de scholieren vinden wel dat HIV tot Soa behoort. Zij gaan er ook vanuit dat wanneer iemand een Soa-test doet, HIV ook automatisch wordt meegenomen in de test, waardoor zij ook niet weten dat HIV apart kan worden getest van Soa. De scholieren zien dan ook geen reden de

ene test wel te doen en de andere niet. Van de respondenten die wel een reden konden verzinnen, zou de meerderheid eerder een Soa-test dan een HIV-test. De grootste reden hiervoor is angst voor de uitslag van de HIV-test.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek is HIV niet te onderscheiden van de overige Soa. Tijdens dit onderzoek is niet dieper ingegaan op de attitude ten opzichte van Soa in het algemeen, maar het vermoeden is ontstaan dat het wel een rol zou kunnen spelen. Het is een aanbeveling te onderzoeken wat de perceptie van de ROC-scholieren is over Soa in het algemeen en welke rol dat kan spelen bij het uiteindelijke gedrag, maar bijvoorbeeld ook bij stigmatisering en risicoperceptie.

5.2. Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Een eerste beperking heeft betrekking op de *dataverzameling en -verwerking*. Het doen van kwalitatief onderzoek is een subjectief proces, omdat altijd moet worden afgevraagd in hoeverre de resultaten gekleurd zijn door ervaringen en kennis van de onderzoeker. Een beperking hierbij is de betrouwbaarheid van de dataverwerking. Deze betrouwbaarheid is te controleren door de interviewprotocollen voor te leggen aan verschillende onderzoekers om te kijken of zij de data op dezelfde manier zouden interpreteren en coderen. Door tijdsdruk is deze controle echter niet mogelijk geweest bij dit onderzoek.

In dit onderzoek is getracht de betrouwbaarheid van de dataverzameling te waarborgen door alle interviews af te laten nemen door dezelfde persoon, zodat de formulering van de vragen en het verloop van elk interview ongeveer hetzelfde is geweest. Tevens zijn de interviews opgenomen op audiotape. Op deze manier is voorkomen dat uitspraken van de respondenten verkeerd of helemaal niet zijn genoteerd. Een beperking is echter de kans dat respondenten, met name mannen, sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Een voorbeeld hiervan is het aantal sekspartners. Het kan zijn dat de jongens zich macho wilden gedragen, waardoor zij een hoger aantal sekspartners hebben genoemd dan in werkelijkheid is.

Ten tweede is het niet mogelijk de resultaten te generaliseren door de *samenstelling van de steekproef*. Door het lage aantal respondenten in de steekproef, is het niet mogelijk uitspraken te doen over alle ROC-scholieren in Rotterdam en moet genoeg worden genomen met vermoedens. Dit heeft met name betrekking op de subgroepen binnen de steekproef, die op basis van geslacht en culturele afkomst waren gecreëerd. Een andere factor wat de generaliseerbaarheid moeilijk maakt, is de opleiding die de respondenten volgden. De respondenten volgden bijna allemaal een studie met een gezondheidsgerelateerde achtergrond. Als gevolg van presentaties en discussies op school over het onderwerp, bestaat de mogelijkheid dat zij meer kennis over Soa bezitten en hun risicoperceptie beter is dan de gemiddelde ROC-scholier.

Tenslotte kan een kanttekening gemaakt worden bij een mannelijke respondent van Surinaamse afkomst. Deze man had een jaar geleden meegedaan aan een interventie van de GGD, wat van invloed kan zijn geweest op zijn antwoorden. Tijdens deze interventie is voorlichting gegeven over veilig vrijen en Soa en aan het einde van de voorlichting is de mogelijkheid gegeven tot het doen van een Soa-test met behulp van een urinetest. Uit de antwoorden van deze respondent blijkt dat hij erg gefocust is op het doen van een Soa-test, terwijl dit in het verleden nauwelijks een rol heeft gespeeld bij hem.

Een andere beperking heeft betrekking op de *werving* van de respondenten. Tijdens de werving is aan de scholieren uitgelegd dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is, wat als gevolg kan hebben gehad dat alleen scholieren hebben meegedaan die het onderwerp interessant vinden of zich zelfverzekerd voelden over het onderwerp. Daarnaast kan de werving in het bijzijn van anderen, zoals in de klaslokalen of kantine, tot gevolg hebben gehad dat introverte scholieren zich minder snel opgaven dan de extroverte scholieren.

Tijdens de afname van het interview kwamen ook enkele beperkingen met betrekking tot *het interviewprotocol* naar voren. Ten eerste duurde het interview relatief lang, namelijk ongeveer een uur, wat bij enkele respondenten heeft geleid tot vermoeidheid en kleine irritaties. Deze vermoeidheid en irritaties kunnen als gevolg hebben gehad dat de respondenten tegen het einde van het interview kortere antwoorden hebben gegeven en minder behoefte hebben gehad dieper op vragen in te gaan.

De tweede beperking heeft betrekking op de scenario's in het interview. De scenario's kunnen invloed hebben gehad op de antwoorden van de respondenten. Bijvoorbeeld, het scenario 'serieuze relatie en testen' heeft invloed gehad op de antwoorden van enkele respondenten in het vervolg van het interview. Het voordeel 'Symbolische waarde voor de relatie' is door enkele respondenten genoemd, maar bij het geven van het antwoord werd verwezen naar het scenario waar deze reden ook een rol speelde. Het is hierdoor moeilijk te bepalen of deze reden ook echt een rol speelt bij deze respondenten of dat ze door het scenario op het idee zijn gebracht:

“Bijvoorbeeld als je een relatie krijgt en je doet het gewoon met condoom en je wilt het zonder condoom gaan doen, net als in die situatie, en dan allebei laten testen voor de zekerheid, zodat je weet dat je het veilig kan doen.” (Vrouw, 19 jaar)

5.3. Aanbevelingen en reflectie

Tot slot van dit hoofdstuk zullen in deze paragraaf de aanbevelingen met betrekking tot het kwantitatieve vervolgonderzoek van de GGD op een rijtje worden gezet en zal in het kort een reflectie worden gegeven op de waarde van de kwalitatieve methode binnen dit onderzoek.

5.3.1. Aanbevelingen voor het kwantitatief vervolgonderzoek

Information-Motivation-Behavioral Skills Model

In dit onderzoek heeft het IMB-model gediend als leidraad om de determinanten van het testgedrag van ROC-scholieren te onderzoeken. Het model is waardevol gebleken voor dit onderzoek, omdat het rekening houdt met verschillende determinanten die van invloed kunnen zijn op het testgedrag. Uit bovenstaande conclusies blijkt dat bijna alle onderzochte determinanten van het IMB-model een rol zouden kunnen spelen op het testgedrag. Een aanbeveling voor het kwantitatieve vervolgonderzoek is het IMB-model te gebruiken voor onderzoek naar het verklaren van het testgedrag. Het vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen in welke mate deze determinanten direct of indirect, via andere determinanten, invloed hebben het testgedrag. Het model zou mogelijk nog verbeterd kunnen worden door ervaring en demografische variabelen als aanvullende componenten op te nemen.

Het genereren van items

Voor het genereren van items voor het kwantitatief onderzoek wordt aanbevolen om met behulp van het IMB-model met name te concentreren op de volgende onderwerpen:

1. Kennis

- Kennis over Soa: het hebben van klachten lijkt een grote rol te spelen in de intentie tot testen van de ROC-scholieren. Een verklaring hiervoor kan zijn dat veel scholieren over onvoldoende kennis beschikken over Soa en de klachten daarvan.
- Kennis over Soa-testen: het kennisniveau over Soa-testen lijkt laag te zijn. Een aanbeveling is dit vermoeden verder te onderzoeken en proberen te achterhalen of het kennisniveau van invloed is op het testgedrag.

2. Attitude

- Voordelen van het doen van een Soa-test: bij de ontwikkeling van de items van de voordelen is extra aandacht aanbevolen voor het voordeel 'mentale rust'.
- Nadelen van het doen van een Soa-test: angst heeft tijdens dit onderzoek een grote rol gespeeld. Aanbevolen wordt dan ook bij het genereren van de items van de nadelen de nadruk op te leggen op de verschillende soorten angst, met name angst voor de uitslag en angst voor stigmatisering.

3. Sociale norm

- Uit het onderzoek is de rol van de ouders naar voren gekomen als nieuwe bevinding. Aanbeveling is bij het vervolgonderzoek na te gaan of de rol van de ouders daadwerkelijk groter is dan de rol van de vrienden en de vaste partner. Daarnaast zal ook moeten worden onderzocht in welke mate en op welke manier de sociale druk van de ouders invloed hebben op het testgedrag.

4. Risicoperceptie

- Risicoperceptie lijkt de grootste rol te spelen bij het testgedrag van de ROC-scholieren. Aanbevolen wordt extra aandacht te besteden aan deze determinant. Bij

de ontwikkeling van de items zal met name rekening moeten worden gehouden met de bekendheid met en vertrouwen in de sekspartner.

- Een tweede aanbeveling betreft het verschil tussen de bekendheid met en het vertrouwen in de sekspartner. Bij de ontwikkeling van de items zal een duidelijk onderscheid tussen deze twee moeten worden gemaakt om te onderzoeken in hoeverre bekendheid met de sekspartner een nieuwe bevinding is.
- Uit het onderzoek komt naar voren dat het hebben van klachten met name van invloed kan zijn op de intentie. Ondanks het niet is bevestigd in dit onderzoek, bestaat toch het vermoeden dat deze factor ook van invloed is op de risicoperceptie. Aanbeveling is dit vermoeden te verwerken in de vragenlijst.

5. Intentie

- De intentie is in dit onderzoek gemeten door drie verschillende situaties voor te leggen. Een aanbeveling is deze situaties wederom te gebruiken in het vervolgonderzoek met toevoeging van enkele andere situaties. Suggesties hiervoor zijn de situaties die in de scenario's zijn gebruikt.

6. Vaardigheden

- Tijdens dit onderzoek werden voornamelijk praktische vaardigheden genoemd die iemand moet hebben zich te laten testen. Deze vaardigheden lijken echter niet van invloed te zijn op het testgedrag. Voor het vervolgonderzoek wordt aanbevolen ook aandacht te geven aan eventuele emotionele vaardigheden: de emotionele barrières die iemand moet overwinnen om daadwerkelijk bij de Soa-polikliniek of de dokter binnen te stappen en zeggen dat hij/zij zich wilt laten testen.

7. Demografische determinanten

- Een opvallende bevinding van dit onderzoek is het verschil tussen de culturele groepen. Het vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen in welke mate culturele verschillen invloed kunnen hebben op het testgedrag. Een aanbeveling is tijdens de ontwikkeling van de items rekening te houden met deze eventuele culturele verschillen.

Verbanden tussen determinanten

Naast de aanbeveling na te gaan welke invloed de determinanten direct op het testgedrag kunnen hebben, wordt ook aanbevolen te onderzoeken in welke mate verschillende determinanten invloed op elkaar kunnen hebben. Voor het kwantitatieve vervolgonderzoek wordt aanbevolen met name naar de volgende verbanden onderzoek te doen:

1. Risicoperceptie-intentie;
2. Risicoperceptie-sociale norm;
3. Kennis-gedrag;
4. Kennis-ervaring;
5. Kennis-sociale norm;
6. attitude-ervaring-sociale norm

7. culturele afkomst-risicoperceptie
8. culturele afkomst-ervaring
9. culturele afkomst-kennis

Precaution Adoption Process Model

Het PAPM heeft als doel gehad te meten in welk stadium de ROC-scholieren zich bevinden. Uit het onderzoek blijkt dat bij verschillende situaties een ander gedrag wordt getoond door de ROC-scholieren. Aanbeveling voor het vervolgonderzoek is hierdoor meer te concentreren op een specifieke situatie die regelmatig bij de ROC-scholieren voor zou kunnen komen, een suggestie is het scenario 'one-night-stand'. Door te onderzoeken in welk stadium de ROC-scholieren zich voor en na de interventie bevinden, kan worden onderzocht in hoeverre de interventie effectief is geweest. Verder wordt aanbevolen bij de ontwikkeling van de toekomstige interventie in te spelen op de risicoperceptie van de ROC-scholieren. Het vermoeden is ontstaan dat de risicoperceptie de voornaamste barrière vormt bij ROC-scholieren zich naar een volgend stadium te bewegen.

5.3.2. Reflectie

Dit onderzoek was gericht op het achterhalen van de determinanten van het testgedrag door middel van kwalitatief onderzoek en aanbevelingen te doen voor de itemgeneratie van het kwantitatief vervolgonderzoek. Kwalitatief onderzoek is, ondanks het erg tijdrovend is, een waardevolle manier gebleken om inzicht te verkrijgen in welke overwegingen een rol kunnen spelen bij de ROC-scholieren zich te laten testen. Het onderzoek heeft nieuwe cognities, die van invloed kunnen zijn op het testgedrag van ROC-scholieren, opgespoord en die wellicht bij gebruik van kwantitatief onderzoek niet naar voren waren gekomen, zoals de invloed van de ouders en de bekendheid met de sekspartner. Daarnaast heeft het onderzoek ook gezorgd voor bevestiging dat de bestaande cognities uit de literatuur ook bij ROC-scholieren een rol kunnen spelen. Hierdoor is gebleken dat kwalitatief onderzoek een vruchtbare methode is geweest voor dit onderzoek.

Literatuur

- Aarts, H., Verplanken, B. & Knippenberg, A. van (1998). Predicting Behavior From Actions In the Past: Repeated Decision Making or a Matter of Habit? *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1355-1374
- Awad, G.H., Sagrestano, L.M., Kittleson, M.J. & Sarvela, P.D. (2004). Development of a measure of barriers to HIV testing among individuals at high risk. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 115-125.
- Baars, J (2004). Hepatitis B vaccinatie: determinanten van gezondbeschermend gedrag. *Infectieziekten Bulletin*, 7(2), 5-7
- Bakker, F., Vanwesenbeeck, I. & Zimbile, F. (2003). Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Rutger Nisso Groep.
- Banikarim, C., M.D., Chacko, M.R., M.D., Wiemann, C.M., Ph.D. & Smith, P.B., Ph.D. (2003). Gonorrhea and Chlamydia Screening Among Young Women: Stage of Change, Decisional Balance and Self-efficacy. *Journal of Adolescent Health*, 32, 288-295
- Bergh, M.Y.W. von (2000). Veilig vrijen en condoomgebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Jongeren en Jongvolwassenen: een vergelijking met autochtone Nederlanders. Utrecht: NISSO.
- Bond, L., Lauby, J. & Batson, H. (2005). HIV testing and the role of individual- and structural- level barriers and facilitators. *AIDS Care*, 17(2), 125-140
- Boyer, C.B., Ph.D., Shafer, M.A., M.D., Wibbelsman, C.J., M.D., Seeberg, D., B.A., Teitle, E., N.P. & Lovell, N., B.S.W. (2000). Associations of sociodemographic, psychosocial, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients, *Journal of Adolescent Health*, 27, 102-111
- Boyer, C.B., Ph.D., Shafer, M.A., M.D., Shaffer, R.A., Ph.D, Brodine, S.K., M.D., Pollack, L.M., Ph.D., Betsinger, B.A., Chang, Y.J., M.S., Kraft, H.S., Ph.D. & Schachter, J, Ph.D. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women. *Preventive Medicine*, 40, 420-431.
- Brugman E, Goedhart H, Vogels T. & Zessen, G. van (1995). *Jeugd en Seks 95*. Utrecht: SWP.
- CBS (2005). <http://www.cbs.nl/nl/standaarden/begrippen/bevolking/begrippenlijst.htm> (18-07-2005)
- Crosby, R., Ph.D., DiClemente, R.J., Ph.D., Wingood, G.M., ScD, MPH, Sionéan, C, Ph.D., Harrington, MPH, MAEd, Davies, S.L., Ph.D., MPH, Hook, E.W., M.D. & Kim Oh, M., M.D. (2001). Psychosocial Correlates of Adolescents' Worry About STD Versus HIV Infection. *Sexually Transmitted Disease*, 28 (4), 208-213.
- Cunningham, S.D., Tschann, J., Gurvey, J.E., Fortenberry, J.D. & Ellen, J.M. (2002). Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 334-338
- Dorr, N., Krueckeberg, S., Strathman, A. & Wood, M.D. (1999). Psychosocial correlates of voluntary HIV antibody testing in college scholiers. *AIDS Education and Prevention*, 11(1), 14-27
- Dorst, A. van (2003). *Usa di kondon bou di Antiano i Arubano na Rotterdam: condoomgebruik onder Atillianen en Arubanen in Rotterdam*. Maastricht: Universiteit Maastricht (Intern rapport)
- Edelmann, R.J. (2000). *Psychosocial Aspects of the Health Care Process*. Harlow: Pearson Education Limited
- Ellen, J.M., Lane, M.A. & McCright, J. (2000). Are adolescents being screened for sexually transmitted diseases? A study of low income African American adolescents in San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases*, 76, 94-97
- Fennema, H., Hoek, A. van den, Heijden, J. van der, Batter,V. & Stroobant, A. (2000). Regional differences in HIV testing among European patients with sexually transmitted diseases: trends in the history of HIV testing and knowledge of current serostatus. *AIDS*, 14, 1993-2000
- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (2002). Hoofdstuk 3: The Information-Motivation-Behavioral Skilles Model. In DiClemente, R.J., Crosby, R.A. & Kegler, M.C., *Emerging Theories in*

- Health Promotion Practice and Research: Strategies for improving public health (derde druk)*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Fisher, J.D., Bryan, A.D., Fisher, W.A. & Misovich, S.J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychology, 21*(2), 177-186
 - Fisher, W.A., Williamsn, S.S., Fisher, J.D. & Malloy, T.E. (1999). Understanding AIDS Risk Behavior Among Sexually Active Urban Adolescents: An Empirical Test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS and behavior, 3*(1), 13-23
 - Fortenberry, J.D., M.D., M.S., McFarlane, M., Ph.D., Bleakley, A., M.P.H., Bull, S., Ph.D., Fishbein, M., Ph.D., Grimley, D.M., Ph.D., Malotte, C.K., Dr.P.H. & Stoner, B.P., M.D., Ph.D. (2002). Relationships of Stigma and Same to Gonorrhea and HIV Screening. *American Journal of Public Health, 92*(3), 378-381
 - Gezondheidsraad: Beraadsgroep Infectie en Immunitet (1999). *Herziening van het HIV-testbeleid*. Den Haag: Gezondheidsraad
 - Gezondheidsraad (2004). *Screenen op Chlamydia*. Adviesrapport aan de minister van VWS. Den Haag: Gezondheidsraad
 - GGD (2005). www.ggd.rotterdam.nl (01-04-2005)
 - Götz, H.M., Bergen, J.E.A.M. van, Veldhuijzen, I.K., Broer, J., Hoebe, C.J.P.A. & Richardus, J.H. (2005). A prediction rule for selective screening of Chlamydia trachomatis infection. *Sexual Transmitted Infections, 81*, 24-30.
 - Götz, H.M., Veldhuijzen, I.K., Ossewaarde, J.M., Wouters, L., Westeinde, A. van 't, Zwart, O. de & Richardus, J.H. (2005). *Community-based chlamydia screening in multi ethnic urban youth: a pilot in Rotterdam (Netherlands)*. Poster presentatie, 16th International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD) Congress, Amsterdam.
 - Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e: definitieve resultaten*. Utrecht: Rutger Nisso Groep/ Soa Aids Nederland.
 - Harawa, N.T, Ph.D., Greenland, S., Dr.P.H., Cochran, S.D., Ph.D., Cunningham, W.E., M.D. & Visscher, B., M.D., Dr.P.H. (2003). Do Differences in Relationship and Partner Attributes Explain Disparities in Sexually Transmitted Disease Among Young White and Black Women? *Journal of Adolescent Health, 32*, 187-191
 - Heaven, P.C.L. (2001). *The Social Psychology of Adolescence*. Tweede druk. Basingstoke: Palgrave
 - Horowitz, S.M., Ph.D., F.A.W.H.P. (2003). Applying the Transtheoretical Model to Pregnancy and STD Prevention: A Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion, 17*(5), 304-328
 - Jansen, J., Schuit, A.J. & Lucht, F. van der (2002). Tijd voor gezond gedrag: bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
 - Jaworski, B.C., M.S. & Carey, M.P., Ph.D. (2001). Effects of a brief, Theory-Based STD-Prevention Program for Female College Scholiers. *Journal of Adolescent Health, 29*, 417-425.
 - Kalichman, S.C. & Simbayi, L.C. (2003). HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. *Sexually Transmitted Infections, 79*, 442-447
 - Kalwij, M. (2000). *Amor i Salú: de seksuele gezondheid onder Antillianen en Arubanen in Rotterdam*. Maastricht: Universiteit Maastricht (Intern rapport).
 - Laar, M.J.W. van de (2005). SOA nemen opnieuw toe. *Infectieziekten Bulletin, 16*(04), 116-117.
 - Lee, R.M. (1993). *Doing research in sensitive topics*. London: SAGE Publications Ltd.
 - Leenaars, E (1994). *Prevention and Early Detection of Sexual Transmitted Diseases*. Amsterdam: Thesis Publishers
 - Lowery, L.M., Chung, S. & Ellen, J.M. (2003). Social support and sexually transmitted disease related healthcare utilisation in sexually experience African-American adolescents. *Sexually Transmitted Infections, 81*, 63-66
 - Lupton, D., McCarthy, S. & Chapman, S. (1995). 'Doing the right thing': The symbolic meanings and experiences of having an HIV antibody test. *Social Science Medicine, 41*(2), 173-180

- Manhart, L.E., Dialmy, A., Ryan, C.A. & Mahjour, J. (2000). Sexually transmitted diseases in Marocco: gender influences on prevention and health care seeking behavior. *Social Science & Medicine*, 50, 1369-1383
- Meertens, R., Schaalma, H., Brug, J. & Vries, N. de (2001). Hoofdstuk 4: Determinanten van gedrag. In Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M., & Molen, H.T. van der. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Tweede druk*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Meiberg, A.E. (2005). *Fear of HIV/AIDS-related stigma as a barrier to voluntary counselling and testing in Limpopo Province, South Africa*. Maastricht: Universiteit Maastricht
- Mikolajczak, J., Kesteren, N. van & Hospers, H. (2003). *Ik ben ervan overtuigd dat ik het niet heb: een kwalitatief onderzoek naar redenen om niet te testen bij Nederlandse mannen die seks hebben met mannen*. Maastricht: Universiteit Maastricht
- Myers, T., Ph.D., Orr, K.W., Locker, D., B.D.S, Ph.D., & Jackson, E.A., B.A. (1993). Factors Affecting Gay and Bisexual Men's Decision and Intentions to Seek HIV Testing. *American Journal of Public Health*, 83(5), 701-704
- Pajares (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html> (02-08-2005)
- Power, R (2002). The application of qualitative research methods to the study of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 87-89.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (2001). *Advies HIV-surveillance in Nederland*. Den Haag: RGO
- RIVM (2004). *HIV and Sexually Transmitted Disease in the Netherlands in 2003: An update 2004*. Bilthoven: RIVM
- Rosengard, C., Adler, N.E., Millstein, S.G., Gurvey, J.E. & Ellen, J.M. (2004). Perceived STD risk, relationship, and health values in adolescents' delaying sexual intercourse with new partners. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 130-137
- Rotheram-Borus, M.J., Ph.D., Gillis, J.R., Ph.D., Reid, H.M., M.A., Fernandez, M.I., Ph.D & Gwadz, M., M.A. (1997). HIV Testing, Behaviors, and Knowledge Among Adolescents at Risk. *Journal of Adolescent Health*, 20, 216-225.
- Schellens, P.J. (2000). Hoofdstuk 2: Probleemanalyse en vooronderzoek. In Schellens, P.J., Klaassen, R. & Vries, S. de. *Communicatiekundig ontwerpen: methoden, perspectieven, toepassingen*. Assen: Van Gorcum.
- Siegel, K., Raveis, V.H. & Gorey, E. (1998). Barriers and pathways to testing among HIV-infected women. *AIDS Education and Prevention*, 10(2), 114-127
- Silva, L.M., Zwart, O. de, Laar, M.J.W., van de, Mackenbach, J.P. (2005). Sexual (risk) Behaviour among Capeverdian migrants in Rotterdam; Occurrence, determinants and implications for interventions. *Article in Press*.
- Simon, P.A., Weber, M., Ford, W.L., Cheng, F. & Kerndt, P.R. (1996). Reasons for HIV antibody test refusal in a heterosexual sexually transmitted disease clinic population. *AIDS*, 10, 1549-1553
- Slomin, A.B., Ph.D., Roberto, A.J., Ph.D., Downing, C.R., B.S., Adams, I.F., B.A., Fasano, N.J., M.A., Davis-Satterla, L., M.S.A. & Miller, M.A., M.B.A. (2005). Adolescents' knowledge, beliefs, and behaviors regarding hepatitis B: Insights and implications for programs targeting vaccine-preventable diseases. *Journal of Adolescent Health*, 36, 178-186
- Soa Aids Nederland (2004). *Een kwetsbaar evenwicht: Stand van zaken hiv en soa in Nederland*. Amsterdam: Soa Aids Nederland.
- Soa Aids Nederland (2005). <http://www.soaids.nl> (01-08-2005)
- Soa-polikliniek Erasmus MC Rotterdam (2005). <http://www.erasmusmc.nl/soa-polikliniek> (01-08-2005).
- Stehouder, M., Jansen, C., Maat, K., Staak, J. van der, Vet, D. de, Witteveen, M. & Woudstra, E. (1999). *Leren Communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie (vierde druk)*. Groningen: Wolters-Noordhoff
- Stichting Soa-bestrijding (1998). *Handboek Soa: primaire en secundaire preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen*. Utrecht: Stichting Soa-bestrijding
- Tebb, K.P., Ph.D., Pauku, M.H., Ph.D., Pai-Dhungat, M.R., B.S., Gyamfi, A.A., B.S. & Shafer, M.B., M.D. (2004). Home STI-testing: The Adolescent Female's opinion. *Journal of Adolescent Health*, 35, 462-467.

- Veldhuijzen, I.K., Götz, H.M., M.P.H., Nuradini, B., Hoek, K. van den & Zwart, O. de, M.P.H. (2005). HIV-sneltest: een pilot met integratie in de reguliere praktijk van GGD Rotterdam. *Infectieziekten Bulletin*, 16(4), 123-129.
- Vries, H. de (1998). Hoofdstuk 8: determinanten van gedrag. In Damoiseaux, V., Molen, H.T. van der & Kok, G. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering (derde druk)*. Assen: Van Gorcum
- Weinstein, N.D. & Sandman, P.M. (2001). Chapter six: The Precaution Adoption Process Model. In Glanz, K., Rimer, B.K. & Lewis, F.M. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice (derde druk)*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Weinstein, N.D. & Sandman, P.M. (1992). A Model of the Precaution Adoption Process: Evidence from Home Radon testing. *Health Psychology*, 11(3), 170-180
- Wit, J.B.F. de, Stroebe, W, Vroome, E.M.M. de, Sandfort, T.G.M. & Griensven, G.J.P. van (2000). Understanding Aids Preventive Behavior with Casual and Primary Partners in Homosexual Men: The theory of planned behavior and the information-motivation-behavioral skills model. *Psychology and Health*, 15, 325-340.
- Yzer, M.C., Siero, F.W. & Buunk, B.P. (1999). De invloed van eerder condoomgebruik op intenties veilig te vrijen: Een studie onder personen met wisselende seksuele contacten. *Gedrag en Gezondheid: Een tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 27(3), 125-135.

Bijlagen

1. Overzicht van Soa geschikt naar leeftijd en geslacht.
2. Interviewprotocol, eerste versie
3. Interviewprotocol, definitieve versie
4. Scenario's naar geslacht
5. Overzicht van stadia per scenario per respondent

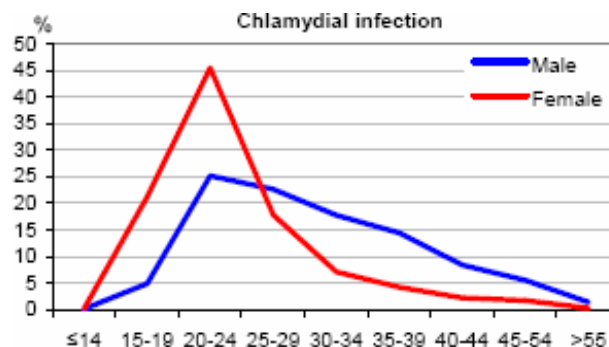
Bijlage 1.

Overzicht van Soa geschikt naar leeftijd en geslacht.

Hieronder staan de Soa beschreven die in Nederland het vaakst voorkomen (in aflopende volgorde van het aantal infecties in het jaar 2003 (RIVM, 2004)):

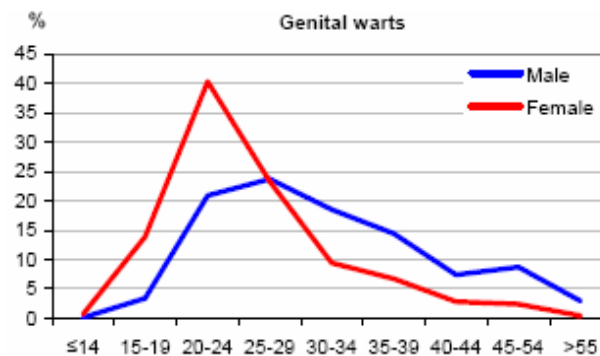
- *Chlamydia*: Chlamydia is de meest voorkomende Soa in Nederland. In 2003 werden 3.731 nieuwe gevallen geconstateerd (RIVM, 2004), maar de schatting van nieuwe infecties ligt een stuk hoger, namelijk op 60.000 nieuwe geïnfecteerde gevallen per jaar (Soa Aids Nederland, 2004). De oorzaak van de hoogte van het geschatte getal komt, omdat een grote meerderheid met Chlamydia geïnfecteerde personen geen klachten heeft (70% van de vrouwen en 50% van de mannen hebben geen klachten). Ze weten daardoor niet dat zij geïnfecteerd zijn met het virus en lopen op lange termijn het risico van een chronische aandoening, zoals onvruchtbaarheid dat zowel bij vrouwen als bij mannen een complicatie kan zijn (Gezondheidsraad, 2004). Zoals te zien is in figuur A, is de prevalentie het hoogst bij de leeftijdsgroep 20-24 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroep 15-19 jaar bij de vrouwen en leeftijdsgroep 25-29 bij de mannen (RIVM, 2004).

Figuur A. Chlamydia-infecties in 2003, geschikt naar leeftijd en geslacht



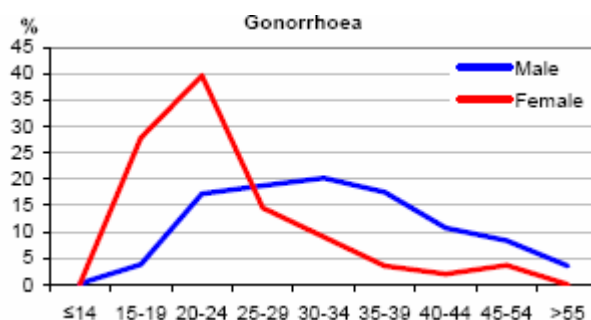
- *Genitale wratten*: Genitale wratten is een onschuldige Soa, maar kan soms hardnekkig zijn en zich snel uitbreiden. Het aantal nieuwe gevallen van Genitale wratten is moeilijk te meten. Deze infectie kan, net als bij Chlamydia, verlopen met weinig symptomen, tevens kan het enkele maanden tot een jaar duren voordat de eerste wratten ontstaan (Soa Aids Nederland, 2004). Het aantal gevallen dat wel is ontdekt in 2003 is 1.450. De prevalentie van de totale groep bij vrouwen ligt het hoogst bij de leeftijdsgroepen 15-19 (14%) en 20-24 (40%) jaar. Bij de mannen van 15-19 jaar komt Genitale wratten nauwelijks voor (3%), in tegenstelling tot de 20-24 jarigen (21%) die samen met de 25-29 jarigen (24%) de prevalentie van de infectie van de totale groep hebben (zie figuur B)(RIVM, 2004).

Figuur B. Genitale wratten infecties in 2003, geschikt naar leeftijd en geslacht



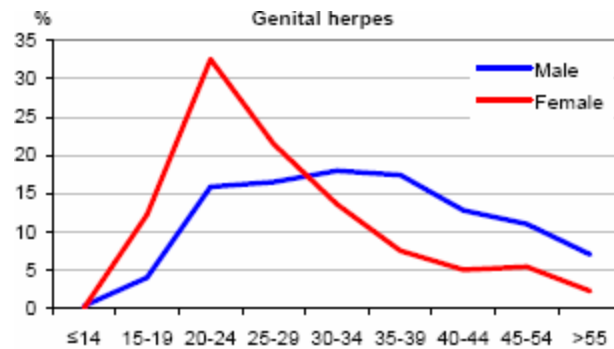
- Gonorrhoe (Druiper)*: Gonorrhoe is bij een vroege diagnose eenvoudig te genezen. Een te late behandeling kan leiden tot bijvoorbeeld onvruchtbaarheid bij vrouwen. In 2003 werden 1.396 nieuwe diagnoses gesteld voor Gonorrhoe (RIVM, 2004). Vrouwen in de leeftijdsgroep 20-24 (40%) hebben de hoogste prevalentie van Gonorrhoe, gevolgd door 28% de groep van 15-19 jaar. Bij de mannen is 20% van de totale groep tussen de 30 en 34 jaar; de 15-19 jarigen en de 20-24 jarigen daarentegen hebben een lagere prevalentie, respectievelijk 4% en 17% (zie figuur C)(RIVM, 2004).

Figuur C. Gonorrhoe infectie in 2003, geschikt naar leeftijd en geslacht



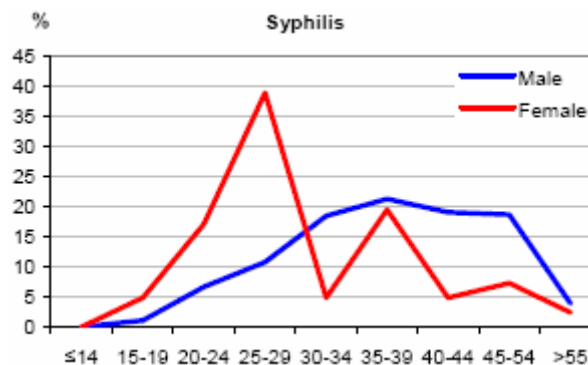
- Herpes Genitalis*: Herpes Genitalis is een infectie die niet geheel te genezen is. De klachten kunnen behandeld worden, maar het virus blijft altijd in het lichaam. Verschijnselen kunnen altijd weer terugkomen, met name als de weerstand laag is. Het is te vergelijken met een koortslip. In 2003 werden bij 606 mensen de diagnose Herpes Genitalis gesteld. Bij mannen is het percentage infecties in elke leeftijdsgroep ongeveer gelijk, bij vrouwen komen de meeste infecties voor in de leeftijdsgroep 20-24 jaar (33%) (zie figuur D)(RIVM, 2004).

Figuur D. Genitale Herpes infectie in 2003, geschikt naar leeftijd en geslacht



- *Syphilis*: Syphilis is een Soa die voor namelijk bij (homo-)mannen voorkomt (In 2003 waren van de 506 geïnfecteerde gevallen 465 van het mannelijk geslacht). Van 2000 tot 2003 is het aantal geïnfecteerde gevallen bij mannen enorm toegenomen, namelijk met 208% in tegenstelling tot de 9% bij de vrouwen. In figuur E is te zien dat het percentage mannen onder de 25 jaar met deze infectie laag is, namelijk 8%; voornamelijk de 30- en 40-jarigen hebben last van deze infectie (59%) (RIVM, 2004).

Figuur E. Syphilis besmetting in 2003, geschikt naar leeftijd en geslacht



- *Hepatitis B*: Hepatitis B is een infectieziekte met een onvoorspelbaar verloop. Het is een erg besmettelijke ziekte, minstens 100 keer besmettelijker dan het HIV-virus. Hoewel de ziekte vaak vanzelf geneest, kan deze ziekte in 10% van de gevallen een chronische vorm aannemen. Daarnaast bestaat er ook de kans aan de ziekte te overlijden door blijvende schade aan de lever (Baars, 2004). In 2003 werden 319 mensen geïnfecteerd met de acute (chronische) vorm van Hepatitis B. De ziekte komt voornamelijk voor bij mannen, met name in de leeftijdsgroep 35-44 jaar. De hoogste prevalentie bij vrouwen ligt tussen de 15 tot 24 jaar (RIVM, 2004), maar deze ziekte komt nauwelijks bij vrouwen voor.

Bijlage 2.

Interviewprotocol, eerste versie

Interviewprotocol

Respondentnummer:.....

Datum:.....

Duur van interview:.....

Introductie

Ik wil eerst nog even beginnen met het uitleggen van de **bedoeling** van dit interview. Het interview is voor **een onderzoek van de GGD** en moet gegevens opleveren over **hoe jongeren over seks en gezondheid denken**. Ik ga jou daarom straks **allerlei vragen stellen over liefde, relaties en seks**. Voorlopig gaat het om een puur wetenschappelijk onderzoek.

Voor alle duidelijkheid: ik ga straks allerlei vragen stellen aan jou. Sommige vragen zullen erg persoonlijk zijn, maar ik garandeer je dat de antwoorden op deze vragen hierna op zodanige manier worden verwerkt dat niemand ooit nog zal kunnen achterhalen dat ze van jou zijn. Het is dus allemaal volstrekt **vertrouwelijk** en **anoniem**. Dat geldt ook voor deze **bandrecorder** die ik met jouw toestemming graag zou willen gebruiken, zodat ik na afloop van dit interview nog even na kan lopen of ik wel alles goed heb begrepen. Maar daarna wis ik het bandje uit, niemand behalve ik zal het dus ooit beluisteren.

Tot slot: ik heb hier de vragenlijst, hier staan alle vragen op die ik jou moet gaan stellen. Je hoeft niets anders te doen dan **zo eerlijk en volledig mogelijk** op deze vragen te antwoorden. Sommige vragen zullen af en toe een beetje overbodig overkomen, maar ik wil je vragen om de vragen toch zo serieus mogelijk te beantwoorden. Denk eraan dat ik vraag om jouw **mening**, dus er is geen goed of fout antwoord, zolang je maar eerlijk antwoordt.

Het interview zal ongeveer een **uur** duren. Nou, dat was ongeveer wat ik wilde vertellen. Is alles duidelijk?

Algemene gegevens

Ik zal eerst even wat algemene gegevens vragen. Dit zijn standaardvragen

1. **Geslacht:** Man / Vrouw
2. **Leeftijd:**jaar
3. **Welke opleiding:**.....
4. **Welk jaar:**.....
5. **In welk land ben je geboren?**.....
6. **Zou jij mij ook kunnen vertellen waar je ouders zijn geboren?**
Moeder:.....
Vader:.....
7. **Bij welke nationaliteit voel je je het meest thuis?**.....
8. **Ben je gelovig?**.....

Seksueel gedrag

De volgende vragen zullen over relaties en liefde te maken hebben

9. **Ben je wel eens verliefd geweest?** Ja / Nee
➤ Hoe lang geleden? Wat vind je van dat gevoel?
.....
.....
.....
10. **Heb je wel eens een relatie gehad?** Ja / Nee ->
hoe vaak?.....
hoe lang?.....
11. **Hoe oud was je toen je je eerste relatie had?**Jaar
12. **Heb je momenteel een relatie?** Ja / Nee
➤ Hoe lang heb jij deze relatie al?.....
13. **Ben je wel eens verder gegaan met iemand dan alleen zoenen?**
14. **Ben je wel eens met iemand naar bed geweest?** Ja / Nee
15. **Hoe oud was je toen je de eerste keer met iemand naar bed ging?**.....Jaar
➤ Hoe heb je de eerste keer ervaren?
16. **Met hoeveel verschillende partners heb je sex gehad?**
➤ Afgelopen twee maanden?
➤ Hele leven?
➤ Hetzelfde geslacht/allebei/ ander geslacht?

(Scenario 1)

Veilig vrijen

17. **Als je denkt aan veilig vrijen, waar denk je dan aan? wat jij onder Veilig vrijen verstaat?**.....
.....
.....
.....
18. **Heb je elke keer dat je met iemand naar bed ging veilig gevreeën?** Ja / Nee
19. **Hoe vaak gebeurde het wel?**.....
20. **Wat was de reden/redenen dat je het niet veilig deed?**
.....
.....
.....

21. **Waarom gebeurde het de andere keren wel veilig?**

.....
.....
.....

22. **Welke voorbehoedsmiddelen ken je?**

.....
.....
.....

23. **Welke gebruik jij meestal? Welke heeft je voorkeur?**

.....
.....
.....

24. **Wanneer vind jij dat je veilig moet vrijen?.....**

.....
.....
.....

25. **Wat zou er gebeuren als je niet veilig zou vrijen? Wat zijn de risico's?**

.....
.....
.....

(Scenario 2 + 3)

Soa

26. **Wat is volgens jou een Soa?.....**

.....
.....

➤ **Hoe kun je een Soa krijgen?.....**

.....
.....
.....

27. **Zou jij de Soa's die je kent voor mij kunnen opnoemen?**

.....
.....
.....

- Meest voorkomende Soa?
- Welke Soa vind jij het meest ernstigst?
- Waar loop je het meest risico op?
- Hiv-Soa

.....
.....
.....

28. Zou je een aantal symptomen/klachten kunnen opnoemen?.....
.....
.....

29. Wat denk jij dat de gevolgen van een Soa kunnen zijn?.....
.....
.....

30. Hoe kun je een Soa voorkomen?.....
.....
.....

31. Hoe kom je er achter dat je een soa hebt?
.....
.....

Soa-testen

(Scenario 4 + 5)

32. **Wat weet je over Soa-testen?**

- Op welke Soa zou je je kunnen laten testen?
- En wat houdt een Soa-test in?
- Wat zijn je verwachtingen?

.....
.....
.....
.....

33. **Kun je mij vertellen waar je je kunt laten testen?**

.....
.....
.....

34. **Om welke redenen zou je een Soa-test kunnen doen?**

- Wat zou voor jou een reden zijn om je te laten testen
- Wat is geen reden?

.....
.....
.....

Intentie

35. Heb je je wel eens laten testen?

- Nee
- Ja
 - Waarom?
 - Waar?
 - Hoe was je ervaring?
 - Viel het mee?
 - Ben je alleen gegaan?

.....
.....
.....
.....

36. Heb je wel eens op het punt gestaan om je te laten testen, maar toch niet gedaan?

- Nee
- Ja
 - Waarom?.....

.....
.....
.....

37. Als je, bijvoorbeeld volgende week, denkt dat je risico hebt gelopen voor een Soa, denk je dat je dan zou laten testen?

- Wanneer vind jij dat je risico hebt gelopen voor een Soa?

.....
.....
.....

Attitude

38. Wat vind jij van Soa-testen?.....

.....
.....
.....

39. Wat zijn de voordelen van het doen van zo'n test, volgens jou?.....

.....
.....
.....

40. Wat zijn de nadelen van zo'n test?.....

.....
.....
.....

Sociale norm

41. **Praat je wel eens met de mensen uit je omgeving over Soa of Soatesten?**

- Waar gaan die gesprekken dan over?
- Met wie?
- Wat is hun mening?
- Vind je het lastig om het te bespreken?

.....
.....
.....
.....

42. **Hebben mensen in jouw omgeving wel eens een soatest gedaan?**

.....
.....
.....

43. **Hoe staan jouw ouders tegen over het doen van een soatest?.....**

.....
.....

44. **En jouw vrienden?.....**

.....
.....

45. **En eventuele partner?**

.....
.....
.....

46. **Hoeveel waarde hecht jij aan de mening van één van deze personen?.....**

.....
.....
.....

Waargenomen ernst en kwetsbaarheid

47. **Als een leerling van deze school onbeschermd sex heeft gehad, hoe groot schat jij de kans dat diegene een Soa krijgt?**

.....
.....
.....

48. **Als jij onbeschermd sex hebt gehad, hoe groot is de kans dat jij een Soa krijgt?**

.....
.....
.....

Vaardigheden

49. Denk je dat je het lukt om veilig te vrijen? In welke situaties en in welke niet?

.....
.....
.....

50. In welke situaties denk jij dat het je lukt om een Soa-test te doen?

.....
.....
.....

51. En in welke situaties niet?

.....
.....
.....

Bijlage 3

Interviewprotocol, definitieve versie

Interviewprotocol

Respondentnummer:.....

Datum:.....

Duur van interview:.....

Introductie

Ik wil eerst even beginnen met het uitleggen van de **bedoeling** van dit interview. Het interview is voor **een onderzoek van de GGD** en moet gegevens opleveren over **hoe jongeren over seksualiteit en gezondheid denken**. Ik ga jou daarom straks **allerlei vragen stellen over liefde, relaties en seks**. Door jou en ook anderen te interviewen komt de GGD meer te weten over een deel van het leven van jongeren.

Voor alle duidelijkheid: ik ga straks allerlei vragen stellen aan jou. Sommige vragen zullen erg persoonlijk zijn. Ik zal bijvoorbeeld gaan vragen naar jouw seksleven, maar ik garandeer je dat de antwoorden op deze vragen hierna op zodanige manier worden verwerkt dat niemand ooit nog zal kunnen achterhalen dat ze van jou zijn. Het is dus allemaal volstrekt **vertrouwelijk** en **anoniem**. Dat geldt ook voor deze **bandrecorder** die ik met jouw toestemming graag zou willen gebruiken, zodat ik na afloop van dit interview nog even na kan lopen of ik wel alles goed heb begrepen. Maar daarna wis ik het bandje uit, niemand behalve ik zal het dus ooit beluisteren.

Tot slot: ik heb hier de vragenlijst, hier staan alle vragen op die ik jou zal gaan stellen. Je hoeft niets anders te doen dan **zo eerlijk en volledig mogelijk** op deze vragen te antwoorden. Sommige vragen zullen af en toe een beetje overbodig overkomen, maar ik wil je vragen om de vragen toch zo serieus mogelijk te beantwoorden. Denk eraan dat ik vraag om jouw **mening**, dus er is geen goed of fout antwoord.

Het interview zal ongeveer een **uur** duren. Nou, dat was ongeveer wat ik wilde vertellen. Ik hoop dat alles duidelijk is.

Dan heb ik nog één verzoekje voordat we gaan beginnen. Zou je je **mobiele telefoon** willen uitzetten?

Algemene gegevens

Ik zal eerst even wat algemene gegevens vragen. Dit zijn standaardvragen

1. **Geslacht:** Man / Vrouw
2. **Leeftijd:**jaar
3. **Welke opleiding:**.....
4. **Welk jaar:**.....
5. **In welk land ben je geboren?**.....
6. **Zou jij mij ook kunnen vertellen in welk land je ouders zijn geboren?**
Moeder:.....
Vader:.....
7. **Bij welke nationaliteit voel je je het meest thuis?**.....
8. **Ben je gelovig?** Zo ja, welk geloof?.....

Seksueel gedrag

De volgende vragen gaan over relaties en liefde

9. **Ben je wel eens verliefd geweest?** Ja / Nee
➤ Wanneer was je de eerste keer? Laatste keer verliefd?
.....
.....
.....

10. **Heb je wel eens een relatie gehad?** Ja / Nee
- Hoe vaak?.....
 - Hoe oud was je toen je je eerste relatie kreeg?Jaar
 - Hoe lang duurde die relatie?.....
 - Heb je momenteel een relatie? Ja / Nee
 - Hoe lang heb jij deze relatie al?.....
Of: hoe lang duurde je laatste relatie?.....
 - Wanneer vind jij dat je een relatie hebt?
.....
.....
.....

11. **Heb je wel eens gezoend met iemand?** Ja / Nee

12. **Ben je wel eens verder gegaan met iemand dan alleen zoenen?** Ja / Nee

13. **Ben je wel eens met iemand naar bed geweest?** Ja / Nee

14. **Hoe oud was je toen je de eerste keer met iemand naar bed ging?**.....Jaar

15. **Met hoeveel verschillende partners heb je seks gehad?**
- Afgelopen twee maanden?.....
 - Hele leven?.....
 - Hetzelfde geslacht/allebei/ ander geslacht?.....

Scenario 1

- Wat zou jij voor advies geven aan Cynthia/Rene?
- Wat zou je zelf in zo'n situatie doen?
.....
.....
.....
.....

We gaan het nu hebben over veilig vrijen.

16. **Als je denkt aan veilig vrijen, waar denk je dan aan? Wat is voor jou veilig vrijen?**
Zou je kunnen omschrijven wat het is?

.....
.....
.....
.....

17. **Welke middelen ken je om veilig te kunnen vrijen? Welke voorbehoedsmiddelen ken je?**

.....
.....
.....

18. **Welke gebruik jij meestal? Welke heeft je voorkeur?**

.....
.....
.....

Ik wil het nu graag verder hebben over een specifiek voorbehoedsmiddel, namelijk het condoom:

19. **Heb je elke keer dat je met iemand naar bed ging een condoom gebruikt?**
Ja / Nee

20. **Hoe vaak heb je wel een condoom gebruikt?**

.....

21. **Wat was de reden/redenen dat je wel een condoom gebruikte?**

.....
.....
.....

22. **Wat was de reden/redenen dat je geen condoom gebruikte?**

.....
.....
.....

23. **In welke situaties zou je een condoom moeten gebruiken?**

.....
.....
.....
.....

24. **Wat denk je dat er kan gebeuren als je geen condoom zou gebruiken tijdens seks? Wat zijn volgens jou de risico's?**

.....
.....
.....

Scenario 2:

- Wat vind jij van Sharon/Richard?
- Wat zou jij in zo'n situatie doen? Als toch een pil, maar geen condoom?

.....
.....
.....
.....

Scenario 3:

- Wat vind je hiervan? Van hun keuze om geen condoom te gebruiken?
- Stel jij gaat met je beste vriend naar bed, zou je dan een condoom gebruiken?

.....
.....
.....
.....

Soa

25. **Weet je wat een Soa is? Weet je wat het betekent?** (Seksueel Overdraagbare Aandoeningen; geslachtsziekte)

- **Hoe kun je een Soa krijgen?**.....
.....
.....
- **Hoe kun je een Soa voorkomen? Kun je een aantal manier opnoemen?**
.....
.....
.....

26. **Welke Soa ken je? Zou jij de Soa's die je kent voor mij kunnen opnoemen?**

-
.....
.....
- Welke Soa komt het meest voor denk je?
 - Welke Soa vind jij het meest ernstigst?
 - Waar loop je het meest risico op? Welke Soa loop je het meest gemakkelijk op?
 - Hiv-Soa
-
.....
.....

27. **Zou je een aantal klachten/symptomen van Soa kunnen opnoemen? Welke klachten horen bij een Soa volgens jou?**.....

.....
.....
.....

28. **Wat denk jij dat de gevolgen van een Soa kunnen zijn?**.....
.....
.....

29. **Hoe kom je er achter dat je een Soa hebt?**
➤ Zou je het kunnen merken?
.....
.....
.....

30. **Heb je zelf wel eens een Soa gehad?**
➤ Zo ja, hoe kwam je erachter?
➤ Welke Soa had je?
➤ Hoe had je het opgelopen?
.....
.....
.....

Soa-testen

Scenario 4
➤ Wat vind jij van deze situatie? Wat zou jij Jasmine/Joshua als advies geven?
➤ Wat zou jij zelf doen als je in zo'n situatie terecht zou komen?
.....
.....
.....

Scenario 5
➤ Wat vind je van Gwen/ Marcus? Ben je het met haar eens?
➤ Wat zou je zelf doen?
.....
.....
.....

De vorige verhaaltjes gingen over Soa-testen.
31. **Wat weet je over Soa-testen?**
➤ En wat houdt een Soa-test in? Wat gebeurt er?
➤ Op welke Soa zou je je kunnen laten testen?
➤ Kun je mij vertellen waar je je kunt laten testen?
.....
.....
.....

32. Om welke redenen zou iemand een Soa-test kunnen doen? Wanneer zou iemand zich moeten laten testen?

- Wat zou voor jou een reden zijn om je te laten testen

.....
.....
.....

- Wat zou jou tegenhouden om een test te doen?

.....
.....
.....

33. Vind je dat er een verschil zit tussen het doen van een HIV-test en testen voor andere Soa?

- Waarom zou jij wel een HIV-test doen en een Soa-test niet?

- Waarom zou je wel een Soa-test doen en een HIV-test niet?

.....
.....
.....
.....

34. Heb je je wel eens laten testen?

- Nee

- Ja

- Waarom?
- Waarop?
- Waar?
- Hoe vaak?
- Viel het mee? Hoe was je ervaring?
- Ben je alleen gegaan?

.....
.....
.....
.....

35. Heb je wel eens op het punt gestaan om je te laten testen, maar toch niet gedaan?

- Nee

- Ja

- Waarom?
- Wat gaf de doorslag?
- Spijt achteraf?

.....
.....
.....
.....

Attitude

36. Wat vind jij van Soa-testen?.....

.....
.....
.....

37. Wat zijn de voordelen van het doen van zo'n test, volgens jou?.....

.....
.....
.....

38. Wat zijn de nadelen van zo'n test?.....

.....
.....
.....

Sociale norm

39. Praat je wel eens met de mensen over Soa of Soatesten?

- Met wie?
- Waar gaan die gesprekken dan over?

.....
.....
.....
.....

40. Hebben mensen die jij kent wel eens een soatest gedaan?

.....
.....
.....

41. Weet je hoe jouw ouders tegen over het doen van een soatest staan?

- Wat zouden zij ervan vinden als jij je liet testen?
- Zou je het hun vertellen als de uitslag positief is?
- Wat zou hun reactie zijn op een positieve uitslag?
- Hecht je veel waarde aan deze mening?

.....
.....
.....

42. En jouw vrienden?

- Wat zouden zij ervan vinden als jij je liet testen?
- Zou je het hun vertellen als de uitslag positief is?
- Wat zou hun reactie zijn op een positieve uitslag?
- Hecht je veel waarde aan deze mening?

.....

.....

.....

43. En eventuele vriend(in)?

- Wat zou hij/zij ervan vinden als jij je liet testen?
- Zou je het hem/haar vertellen als de uitslag positief is?
- Wat zou hun reactie zijn op een positieve uitslag?
- Hecht je veel waarde aan deze mening?
- Vindt jij dat jouw partner een test zou moeten doen?

.....

.....

.....

of in geval van geen partner:

Stel je krijgt dadelijk een nieuwe vriend(in). Vindt je dat hij/zij een test zou moeten doen?

- Zou je het moeilijk vinden om het ter sprake te brengen?

.....

.....

.....

Risicoperceptie

44. Wie zou zich moeten laten testen op Soa volgens jou? Voor wie zou een Soa-test van toepassing zijn?

.....

.....

.....

45. Als een leerling van deze school seks zonder condoom heeft gehad, hoe groot schat jij de kans dat diegene een Soa krijgt?

- Cijferindicatie?

.....

.....

.....

46. **Als jij seks zonder condoom hebt gehad, hoe groot denk je dat de kans is dat jij een Soa krijgt?**

➤ Cijferindicatie?

.....
.....
.....

Intentie

47. **Stel je hebt volgende week seks met iemand zonder condoom en je krijgt klachten. Denk je dat je zou laten testen?**

.....
.....
.....

48. **Stel je hebt volgende week een one-nightstand met iemand die je die avond hebt leren kennen. Jullie zijn het condoom vergeten. Denk je dat je dan zou laten testen?**

.....
.....
.....

49. **Als je volgende week seks hebt zonder condoom met een bekende van je, denk je dat je dan zou laten testen?**

.....
.....
.....

Vaardigheden

We hebben het net gehad of je in bepaalde situaties van plan bent om een test te gaan doen. Ik zou nu een aantal vragen willen stellen in welke situaties je denkt dat je een bepaalde actie wel of niet zou kunnen uitvoeren.

50. **Denk je dat je het lukt om met condoom te vrijen? In welke situaties wel en in welke niet?**

- Zou je condoomgebruik ter sprake kunnen brengen? Wanneer wel/niet?
- Zou je ook Soa ter sprake kunnen brengen?

.....
.....
.....

51. **Stel, je hebt besloten om een Soa-test te gaan doen. Wat zou jou nog kunnen tegenhouden?**

.....
.....
.....

Afsluiting

Ik ben aan het einde van het interview gekomen. Is er iets wat je wilt vertellen of toevoegen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hartstikke bedankt voor je medewerking!

Bijlage 4

Scenario's naar geslacht

Scenario's voor de jongens:

1. Rene, 21 jaar, Opleiding Mobiliteit:

"Ik heb al drie jaar dezelfde vriendin. Ik hou zielsveel van haar, we hebben geweldige seks en na de zomer zouden we gaan trouwen. Alleen nu ben ik er achter gekomen dat ze vreemd gegaan is, met meerdere jongens zelfs. Wat moet ik nou doen?"

2. Richard, 17 jaar, Opleiding Sport en Bewegen:

"Ik doe al jaren seks. Ik heb nog geen vaste vriendin, dat wil ik ook niet: er lopen teveel leuke meiden rond. Ik probeer minstens 1x per week seks te hebben, want dat is gewoon superlekker. Meestal gebruik ik wel een condoom. Een enkele keer niet, maar dan zorg ik wel dat ik zeker weet dat het meisje aan de pil is."

3. John, 19 jaar, Opleiding Sociaal Dienstverlener:

"Ik ken Denise al jaren, sinds de kleuterklas. Zij is mijn beste vriendin, we vertellen elkaar alles, écht alles! Afgelopen weekend hadden we allebei iets teveel gedronken en zijn we bij elkaar in bed beland. Dat was nog nooit eerder gebeurd. We hebben het niet veilig gedaan. Ik weet dat Denise niet altijd met condoom heeft gevreeën, maar ik vertrouw haar voor 100%. Zij is toch mijn beste vriendin."

4. Joshua, 22 jaar, opleiding Theaterschool:

"Mijn vriendin en ik zijn al een tijdje samen, bijna een jaar. We vrijen nog wel met condoom, maar daar willen we vanaf, want is zonder is toch veel lekkerder. Voor de zekerheid wil ik samen met haar een Soa-test doen, voordat we stoppen met condoom. Alleen zij weigert, omdat zij vindt dat je zoiets alleen doet als je elkaar niet vertrouwt. Ik wil niet zij denkt dat ik haar niet vertrouw. Wat moet ik nou doen?"

5. Marcus, 20 jaar, Opleiding Sociaal Cultureel Werker:

"Ik ben vorige week gebeld door mijn ex. Minstens een jaar geleden hebben we maar een paar weken iets gehad. Zij vertelde mij dat zij Chlamydia heeft en dat ik mij moet laten testen. Nou, ik denk niet dat dat nodig is, hoor. Het is al meer dan een jaar geleden en ik heb helemaal geen klachten. Trouwens, ik heb een paar jongens gezien waar zij na mij nog mee is geweest en die zagen er niet zo fris uit....."

Scenario's voor de meisjes:

1. Cynthia, 21 jaar, Opleiding Modetechniek:

"Ik heb al drie jaar dezelfde vriend. Ik hou zielsveel van hem, we hebben geweldige seks en na de zomer zouden we gaan trouwen. Alleen nu ben ik er achter gekomen dat hij vreemd is gegaan, met meerdere meisjes zelfs. Wat moet ik nou doen?"

2. Sharon, 17 jaar, Opleiding Dienstverlening:

"Ik doe al jaren seks. Ik heb nog geen vaste vriend, dat wil ik ook niet: er lopen teveel leuke jongens rond. Als een leuke jongen interesse toont, is hij die avond van mij en meestal gaan we dan ook all the way, als je begrijpt wat ik bedoel. Meestal gebruik ik wel een condoom, omdat die jongen hem dan toch bij zich heeft. Van mij hoeft het niet per se, ik ben toch aan de pil."

3. Denise, 19 jaar, Opleiding Helpende Welzijn:

"Ik ken John al jaren, sinds de kleuterklas. Hij is mijn beste vriend, we vertellen elkaar alles, écht alles!. Afgelopen weekend hadden we allebei iets te veel gedronken en zijn we bij elkaar in bed beland. Dat was nog nooit eerder gebeurd. We hebben het niet veilig gedaan. Ik weet dat John niet altijd met condoom heeft gevreeën, maar ik vertrouw hem voor 100%. Hij is tenslotte mijn beste vriend"

4. Jasmine, 22 jaar, Opleiding Verpleegkundige:

"Mijn vriend en ik zijn al een tijdje samen, bijna een jaar. We vrijen nog wel met condoom, maar daar willen we vanaf, want zonder is toch veel lekkerder. Voor de zekerheid wil ik samen met mijn vriend een Soa-test doen, voordat we stoppen met het condoom. Alleen hij weigert, omdat hij vindt dat je zoiets alleen doet als je elkaar niet vertrouwt. Ik wil niet dat hij denkt dat ik hem niet vertrouw, wat moet ik nou doen?"

5. Gwen, 20 jaar, Opleiding Sociaal Cultureel Werker:

"Ik ben vorige week gebeld door mijn ex. Minstens een jaar geleden hebben we maar een paar weken iets gehad. Hij vertelde mij dat hij Chlamydia heeft en dat ik mij moet laten testen. Nou, ik denk niet dat dat nodig is, hoor. Het is al meer dan een jaar geleden en ik heb helemaal geen klachten. Trouwens, ik heb een paar meisjes gezien waar hij na mij nog mee is geweest en die zagen er niet echt fris uit ofzo...."

Bijlage 5.**Overzicht van stadia per scenario per respondent**

In deze bijlage is te zien hoe elke respondent zich beweegt door de stadia van het PAPM. In de tabel staat de nummer van de stadium waarin de respondent (rij) zich bevond bij dat scenario (kolom). Bijvoorbeeld: Respondent 4 bevond zich bij scenario 4 in stadium 5.

1= Onbewust van het risico

2= bewust van het risico

3= de actie wordt overwogen

4= het besluit geen actie te ondernemen

5= het besluit wel actie te ondernemen (intentie)

| Scenario | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------|---|---|---|---|---|
| Respondent | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 5 |
| 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 5 | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 7 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 8 | 1 | 1 | 5 | 3 | 5 |
| 9 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 10 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 11 | 3 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 13 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 14 | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 |
| 15 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 16 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 17 | 1 | 2 | 2 | 5 | 3 |
| 18 | 1 | 2 | 1 | 3 | 5 |
| 19 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 20 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 21 | 2 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 22 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 |
| 23 | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| 24 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 |
| 25 | 1 | 1 | 3 | 5 | 4 |
| 26 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 27 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 28 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| 29 | 1 | 2 | 5 | 2 | 5 |
| 30 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 31 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 32 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 |
| 33 | 1 | 2 | 5 | 4 | 5 |
| 34 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 |
| 35 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 |
| 36 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 37 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 38 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 |