

De relatie tussen culturele variabelen, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag onder autochtone en allochtone adolescenten



Auteur: Judith ten Thij

Master Psychologie, Veiligheid & Gezondheid

Faculteit: Gedragwetenschappen

Universiteit Twente

Enschede, augustus 2006

“De relatie tussen culturele variabelen, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag onder autochtone en allochtone adolescenten”.

Opdracht uitgevoerd door:

Judith ten Thij

Begeleidende docenten:

Dr. H. Boer

Dr. E. Taal

Datum:

Augustus 2006

Opleiding:

Master Psychologie

Instantie:

Universiteit Twente



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

SAMENVATTING

Uit onderzoeken in Afrika en Latijns-Amerika is gebleken dat culturele variabelen vaak van invloed zijn op onveilig seksueel gedrag. Factoren als gender rollen, het hebben van mythen, en stigmatisering van bepaalde groepen kunnen ertoe leiden dat men sneller onveilig vrijt. Niet eerder zijn deze variabelen in Nederland onderzocht. Daarom wordt in dit onderzoek de relatie onderzocht tussen culturele variabelen, als gender rollen, mythen en stigmatisering, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag bij zowel autochtone als allochtone jongeren.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een vragenlijst over (1) demografische variabelen; (2) seksueel gedrag/condoomgebruik; (3) sociale cognities gebaseerd op de Theorie van het Geplande Gedrag en de Protectie Motivatie Theorie; (4) mythen over SOA; (5) stigmatisering van mensen met herhaaldelijke SOA en homoseksuelen en (6) gender rollen als Machismo/Marianismo. 139 Adolescenten in de leeftijd van 16 tot 23 jaar van twee ROC's in Amsterdam namen deel.

Resultaten toonden aan dat er geen significante verschillen waren in condoomgebruik en sociale cognities tussen autochtone en allochtone jongeren. Mythen over SOA, Machismo/Marianismo en het stigmatiseren van homoseksuelen kwamen significant vaker voor onder allochtone jongeren. Tevens kwam naar voren dat er geen sterke relatie was tussen culturele variabelen en sociale cognities. Attitude correleerde het meest negatief met mythen, Machismo/Marianismo en stigmatisering van homoseksuelen. Er was een zeer geringe samenhang tussen culturele variabelen en seksueel gedrag. Eén significante positieve correlatie werd gevonden tussen 'angst voor mensen met herhaaldelijke SOA' en 'ooit geslachtsgemeenschap gehad'. Regressieanalyses toonden aan dat de twee culturele factoren ('mythen' en 'boosheid ten aanzien van mensen met herhaaldelijke SOA') samenhangen met intentie tot veilig vrijen. Echter, de sociale cognities waren het meest gerelateerd aan intentie tot condoomgebruik; met name attitude, waargenomen gedragscontrole en kwetsbaarheid droegen hieraan bij. De culturele variabelen waren niet gerelateerd aan daadwerkelijk gedrag in het verleden. Door sociale cognities hieraan toe te voegen, werd 22% van het gedrag méér verklaard. Van de sociale cognities was subjectieve norm de belangrijkste variabele.

Concluderend kan worden gesteld dat dit onderzoek heeft aangetoond dat culturele factoren niet gerelateerd zijn aan intentie tot en daadwerkelijk onveilig seksueel gedrag. Hoewel bewezen is dat allochtone jongeren machistisch/marianistisch zijn en vaker in mythen geloven dan autochtone adolescenten, was dit niet significant gerelateerd aan intentie en het gedrag. Sociale cognities hingen daarentegen wel samen met onveilig vrijen.

SUMMARY

From studies in Africa and Latin-America it has become clear that cultural variables are not related to safe sex behavior. Factors such as gender roles, believing in myths and stigmatization of certain groups can lead to unsafe sexual behavior. These variables have not been studied before in the Netherlands. Therefore, this study examined the relationship between cultural variables, such as gender roles, myths and stigmatization, social cognitions and unsafe sex behavior under both autochthonal and foreign adolescents.

The study is carried out by means of a questionnaire about (1) demographic variables; (2) sexual behavior/condom use; (3) social cognitions based on the Theory of Planned Behavior and the Protection Motivation Theory; (4) myths about STD; (5) stigmatization with respect to people with repeated STD and homosexuals, and (6) gender roles such as Machismo/Marianismo. 139 Adolescents in the age of 16 to 23 of two ROC schools in Amsterdam agreed to fill in the questionnaire.

Results showed that there were no significant differences in condom use and social cognitions between autochthonal and foreign adolescents. Myths about STD, Machismo/Marianismo and the stigmatization of homosexuals occurred significantly more often under foreign youngsters. Also, there wasn't a strong relationship between cultural variables and social cognitions. Attitude most often correlated negatively with myths, Machismo/Marianismo and stigmatization of homosexuals. A very small relationship was found between cultural variables and sexual behavior. One significant positive correlation was found between 'fear for people with repeated STD' and 'having had intercourse'. Regression analyses showed that the two cultural factors ('myths' and 'anger with respect to people with repeated STD') were related to intention to safe sex. However, the social cognitions were most related to intention to condom use; especially attitude, perceived behavioral control and vulnerability contributed to intention to use condoms. The cultural variables were not related to past behavior. Addition of the social cognitions in the model resulted in the fact that 22% of the variance in behavior was explained more. Of the social cognitions was subjective norm the most important variable.

Concluding, this study has shown that cultural factors were not related to intention and actual unsafe sex behavior. Although foreign youngsters were proven to be more machistic/marianistic and they did believe in more myths than autochthonal adolescents, this was not significantly related to intention and behavior. Social cognitions however did relate to unsafe sex behavior.

VOORWOORD

Na de zomervakantie van 2005 ben ik mij gaan oriënteren op een afstudeeropdracht in de richting Veiligheid en Gezondheid van Psychologie. Al snel viel mijn oog op een intern onderzoek naar “Gender rollen, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag”. Gezien de geringe opdrachtschrijving, werd mij al snel duidelijk dat ik zelf een eigen invulling mocht geven aan dit onderzoek; dit trok mij ten zeerste aan. Daarnaast had dit onderwerp mijn interesse al gewekt in mijn Bachelorjaar, maar ik besloot toen dat dit een betere keus was voor het afstuderen. Tot mijn grote blijdschap kon ik op een oriëntatiegesprek komen met Dr. Boer, die als eerste begeleider bij dit onderzoek stond genoteerd. Tijdens dit gesprek werd mij al snel duidelijk dat ik toch wel graag dit onderzoek zou willen uitvoeren en gelukkig kreeg ik hiervoor de kans! Na meerdere gesprekken werd precies duidelijk wát ik wilde onderzoeken. Ik besloot mij te richten op de relatie tussen gender rollen, mythen over SOA, stigmatisering, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag. Omdat dit onderzoek wel in verschillende landen is uitgevoerd, maar nog niet in de Nederlandse context, leek mij het uitermate interessant een vergelijking te maken tussen twee groepen: autochtone en allochtone jongeren. Met veel plezier is het gelukt dit onderzoek uit te voeren en het resultaat is deze masterthese.

Bij deze wil ik graag de gelegenheid nemen om een aantal mensen te bedanken die mij begeleid en gesteund hebben. Allereerst mijn twee afstudeerbegeleiders aan de faculteit Gezondheidswetenschappen Dr. H. Boer en Dr. E. Taal. Zonder hen was dit onderzoek nooit van de grond gekomen en had ik het niet in alle vrijheid kunnen uitvoeren.

Ten tweede bedank ik mevrouw Leonora van het ROC van Amsterdam van de afdeling Horeca-assistent, de heer Lichtharts van de afdeling Sport en Bewegen en mevrouw Van Abeelen van de afdeling SPW. Zij hebben ervoor gezorgd dat ik mijn vragenlijst op een juiste en georganiseerde manier kon afnemen.

En tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor de steun die ik ontving tijdens stressvolle periodes. Dankzij hun begrip is het mij gelukt dit onderzoek binnen het onderwijsjaar af te ronden!

Enschede, 28 augustus, 2006

Judith ten Thij

INHOUDSOPGAVE

	PAGINA
SAMENVATTING	2
SUMMARY	3
VOORWOORD	4
1. INLEIDING EN ONDERZOEKSVRAAG	7
1.1 RISICOGROEPEN VAN ONVEILIG SEKSUEEL GEDRAG EN SOA.....	7
1.2 CULTURELE FACTOREN EN ONVEILIG SEKSUEEL GEDRAG.....	8
1.3 PSYCHOLOGISCHE FACTOREN EN CONDOOMGEBRUIK.....	10
1.4 SOCIALE COGNITIES EN CONDOOMGEBRUIK.....	11
1.5 DOEL VAN HET ONDERZOEK.....	11
2. SOCIALE COGNITIES EN CULTURELE FACTOREN	13
2.1 THEORIE VAN HET GEPLANDE GEDRAG.....	13
2.2 PROTECTIE MOTIVATIE THEORIE.....	15
2.3 CULTUUR EN GENDER ROLLEN.....	16
2.3.1 <i>Machismo</i>	17
2.3.2 <i>Marianismo</i>	18
2.4 CULTUUR EN MYTHEN.....	19
2.5 CULTUUR EN GENEIGDHEID TOT STIGMATISERING.....	21
2.5.1 <i>Geschiedenis en oorzaken van stigmatisering</i>	22
2.5.2 <i>Gevolgen van stigmatisering</i>	23
2.5.3 <i>Relatie stigmatisering en onveilig seksueel gedrag</i>	24
2.5.4 <i>Stigmatisering in Nederland</i>	24
2.5.5 <i>Emotionele reacties</i>	25
2.6 VRAAGSTELLINGEN.....	26
3. METHODE	28
3.1 RESPONDENTEN.....	28
3.2 MEETINSTRUMENT.....	28
3.3 PROCEDURE.....	32
3.4 STATISTISCHE ANALYSES.....	32

4. RESULTATEN.....	33
4.1 DEMOGRAFISCHE KENMERKEN.....	33
4.2 SEKSUEEL GEDRAG EN CONDOOMGEBRUIK.....	35
4.3 SOCIALE COGNITIES.....	37
4.4 MYTHEN OVER SOA.....	38
4.5 STIGMATISERING.....	39
4.5.1 <i>Mate van vóórkomen van stigmatisering</i>	40
4.6 MACHISMO/MARIANISMO.....	41
4.7 CORRELATIETABELLEN: CULTURELE VARIABELEN EN.....	43
SEKSUEEL GEDRAG	
4.8 CORRELATIETABELLEN: CULTURELE VARIABELEN EN.....	45
SOCIALE COGNITIES	
4.9 REGRESSIEANALYSES INTENTIE EN GEDRAG.....	48
5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....	50
5.1 VERSCHILLEN AUTOCHTONE & ALLOCHTONE ADOLESCENTEN.....	51
WAT BETREFT CULTURELE FACTOREN EN SOCIALE COGNITIES	
5.2 RELATIE GENDER ROLLEN, MYTHEN OVER SOA, STIGMATISERING ...	52
EN SOCIALE COGNITIES	
5.3 RELATIE GENDER ROLLEN, MYTHEN OVER SOA, STIGMATISERING.....	53
EN ONVEILIG SEKSUEEL GEDRAG	
5.4 RELATIEVE BELANG CULTURELE VARIABELEN EN SOCIALE.....	53
COGNITIES BIJ INTENTIE EN GEDRAG	
5.5 ONDERZOEKSBEPERKINGEN.....	55
5.6 TER AFSLUITING.....	56
REFERENTIELIJST.....	57
BIJLAGE 1: DE VRAGENLIJST.....	62

1. INLEIDING EN ONDERZOEKSVRAAG

Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) vormen wereldwijd een ernstig probleem en kunnen ernstige gevolgen hebben. In Nederland doen zich per jaar naar schatting 100.000 nieuwe gevallen van SOA voor (SOA Stichting, 2006). Het Human Immunodeficiency Virus (HIV) is een SOA die de meeste bekendheid heeft en die tevens wereldwijd de meest voorkomende SOA is. Sinds de epidemie in 1981 in de Verenigde Staten werd ontdekt, zijn naar schatting al 40 miljoen mensen geïnfecteerd met het virus. Hiervan is meer dan 37 miljoen volwassenen en 2,2 miljoen heeft een leeftijd onder de vijftien jaar. Elk jaar komen er naar schatting 4,9 miljoen nieuwe geïnfecteerden bij (WHO & UNAIDS, 2004). Geschat wordt dat in 2005 in de Sub-Sahara regio ongeveer 3,2 miljoen mensen nieuw geïnfecteerd raakten en naar schatting overleden 2,5 miljoen mensen aan AIDS (UNAIDS, 2006). In Midoost- en Noord Afrika werd geschat dat in 2005 zeventenzestigduizend mensen nieuw geïnfecteerd raakten en ongeveer achtenvijftigduizend mensen overleden aan AIDS (UNAIDS, 2006). In Latijns Amerika leven naar schatting 1,8 miljoen mensen met HIV. In 2005 kwamen er 200.000 nieuwe geïnfecteerde mensen bij en overleden er 66.000 mensen aan AIDS (UNAIDS, 2006). In Nederland zijn naar schatting zestienduizend mensen besmet met HIV (CBS, 2005). Tussen 1983 en 2004 stierven in Nederland ongeveer vierduizend mensen aan AIDS. Vanaf 2002 is het sterftecijfer stabiel; ongeveer 85 tot 100 mensen sterven per jaar gemiddeld aan AIDS. In 1995 was dit nog vijf maal zo groot, met 444 overledenen. De reden voor afname van sterfte is betere medicatie (CBS, 2005).

1.1 Risicogroepen van onveilig seksueel gedrag en SOA

SOA worden overgedragen via sperma, bloed, vaginaal vocht en bij contact tussen de slijmvliezen. Met name in ontwikkelingslanden lopen vrouwelijke adolescenten een groter risico op het krijgen van SOA dan mannelijke adolescenten (WHO, 2000; Duffy, 2005). Vooral in Afrika, Latijns Amerika en de Cariben zijn er relatief veel vrouwen besmet met een SOA (PAHO, 2002). Adolescenten zijn een risicogroep, omdat ze in een ontwikkelingsfase zitten waarin ze graag experimenteren met nieuwe dingen, onder andere seks (Gebhardt, Kuyper en Greunsvan, 2003; Campbell, 1995). In het onderzoek van Niccolai, Ethier, Kershaw, Lewis, Meadec en Ickovics (2004) kwam naar voren dat preventiemaatregelen voornamelijk gericht moesten zijn op jonge adolescenten. Zij vormen de grootste risicogroep

voor het krijgen van SOA, omdat ze er minder vanaf weten en ze vaker seks combineren met het experimenteren met drank en drugs.

Het aantal mensen dat overleden is aan AIDS in Nederland, is relatief gezien vaak van allochtone afkomst. Van alle mannelijke sterfgevallen van AIDS in 2000 was 40% van allochtone herkomst en van alle vrouwelijke sterfgevallen was 54% van allochtone afkomst (CBS, 2002). Denkbare oorzaken van de relatief hoge sterfte zijn de culturele gebruiken in het herkomstland van hun ouders/grootouders, waar onveilige seks vaak niet geheel ongewoon is. Daarnaast kan onveilige seks niet alleen resulteren in het oplopen van SOA, het kan het aantal (al dan niet gewenste) tienerzwangerschappen ook doen toenemen. De prevalentie van tienerzwangerschap (in de leeftijd van 15 tot 19 jaar) ligt hoger onder (niet-westerse) allochtone dan onder autochtone tieners in Nederland. In 2004 waren er gemiddeld vier geboorten per duizend autochtone meisjes tegenover gemiddeld achttien geboorten per duizend niet-westerse allochtone meisjes in de leeftijd van 15 tot 19 jaar (CBS, 2004). Voor Antilliaanse meisjes gelden verreweg de hoogste geboortecijfers, met 45 geboorten per 1000 meisjes van de eerste generatie. Ook in de zeer divers samengestelde groep van overige niet-westerse allochtonen lopen meisjes een relatief groot risico om al op zeer jonge leeftijd (15 jaar) moeder te worden. De kans van allochtone meisjes om tienermoeder te worden is vijf maal zo groot als die van autochtone meisjes (CBS, 2004).

1.2 Culturele factoren en onveilig seksueel gedrag

Cultuur lijkt een rol te spelen in hoeverre adolescente meisjes een risicogroep vormen voor onveilig seksueel gedrag. In het onderzoek van Manhart, Dialmy, Ryana en Mahjour (2000) in Marokko kwam naar voren dat een reden van toegenomen vrouwelijke besmettingen, was dat vrouwen veel minder voorlichting krijgen over SOA dan mannen. Hierdoor is een gebrek aan kennis een mogelijke oorzaak van het toenemen van onveilige seks onder adolescente meisjes. De vrouwen die besmet waren, waren vaak laag opgeleid en hadden minder kennis van HIV/AIDS en besmetting hiervan en bescherming hiertegen.

Een tweede culturele oorzaak is dat er een taboe heerst op het praten over seks, SOA, condooms en dergelijke. Zo blijkt uit het onderzoek van Manhart et al. (2000) dat in de Marokkaanse cultuur niet openlijk gepraat wordt over zaken die met seks te maken hebben. Sociale normen oefenen vaak een negatieve invloed uit in de vorm van een laatdunkende sociale kijk op condooms. Omdat men negatief aankijkt tegen condooms, worden deze vaak ook niet gebruikt.

Een andere mogelijke culturele oorzaak van onveilig seksueel gedrag is de rolverhouding tussen mannen en vrouwen in een bepaalde cultuur. Hieronder verstaan we de term 'gender rollen'. Mannen en vrouwen zijn verschillend in vele opzichten. En men neemt de rol aan van het geslacht dat hem/haar is gegeven bij de geboorte. Maar ook binnen hetzelfde geslacht zijn er grote verschillen te ontdekken. In dit onderzoek wordt specifiek gekeken naar machismo en marianismo. Verwacht wordt dat wanneer mannen en vrouwen machismo- en marianismogedrag vertonen, dit negatief geassocieerd is aan seksueel gedrag. In de Latijns-Amerikaanse context betekent machismo dat een man een echt 'macho' type is; hij is de baas in huis en regelt alle zaken. Hij bepaalt wanneer hij seks wil en het is 'toegestaan' dat hij vreemdgaat. Marianismo houdt in dat men de rol van de vrouw modelleert aan de hand van de maagd Maria, de moeder van Jezus Christus. Zij is erg onderdanig en kuis en richt zich naar de wensen van de man. Cultuur speelt een grote rol in het al dan niet bestaan van deze twee gedragingen (zie paragraaf 2.3.1 en 2.3.2). En deze gedragingen kunnen ertoe leiden dat er niet veilig wordt gevreeën.

Een andere mogelijke oorzaak is het bestaan van mythen over seksueel gedrag en SOA. Dit zijn misvattingen omtrent: SOA, SOA transmissie en onveilig seksueel gedrag. Ook mythen kunnen onveilig seksueel gedrag versterken, doordat men niet de juiste perceptie heeft van wat wel en niet veilig is. Men gelooft in zaken op het gebied van seks, die niet juist zijn (vb 'muggen kunnen HIV overbrengen') (Boer en Emons, 2004).

Verder zijn er aanwijzingen uit onderzoek dat geneigdheid tot stigmatisering gerelateerd kan worden aan onveilig seksueel gedrag. Stigmatisering betekent dat men een bepaalde persoon of groep, bijvoorbeeld homo's, een label geeft, waardoor deze persoon/groep niet gewaardeerd wordt, bestempeld wordt als iets slechts en waardoor de gestigmatiseerde bepaalde rechten ontnomen wordt of zelfs vernederd wordt (Parker & Aggleton, 2003; Alonzo & Reynolds, 1995). Door te stigmatiseren distantieert men zich van die bepaalde groep, maar voert onbewust zelf wel onveilig gedrag uit. De redenering die hiervoor geldt, is door je te distantiëren van een bepaalde risicogroep (vb homoseksuelen), denkt men dat de eigen groep waartoe men behoort (vb heteroseksuelen) niet een zodanig leven leidt en dus dat men zelf niet zo kwetsbaar is. Er zijn aanwijzingen waaruit blijkt dat hoe meer men geneigd is tot stigmatiseren, hoe eerder men onveilig seksueel gedrag vertoont (Boer en Emons, 2004; Burkholder, Harlow en Washkwich, 1999).

1.3 Psychologische factoren en condoomgebruik

Om SOA te voorkomen gebruikte men van oudsher allerlei gedragsmatige strategieën, waaronder: celibatair leven/periodieke onthouding, masturberen, seksuele verleiding uit de weg gaan, sporten (Donovan, 2000).

Tegenwoordig is condoomgebruik een goede manier om de kans op SOA te verkleinen en zelfs te voorkomen. Toch worden condooms lang niet altijd gebruikt bij seksuele ontmoetingen. Enkele redenen die gegeven worden voor het niet (altijd) gebruiken van condooms, zijn: de pil wordt als voorbehoedsmiddel gebruikt, condooms waren (op het moment van seks) niet aanwezig, alleen juiste en schone partners worden uitgezocht, men schaamt zich als men condooms moet kopen, condooms reduceren fysiek genot en tot slot het onder invloed zijn van drank en drugs (Yarnall, McBride, Lyna, Fish, Civic, Grothaus en Scholes, 2003; Gebhardt et al., 2003; Bryan, Aiken en West, 1996; Jemmott, Jemmott, Spears, Hewitt en Cruz-Collins, 1992).

Een andere reden van het niet gebruiken van condooms, heeft te maken met het feit of er sprake is van ‘casual’ seks of dat er daadwerkelijk een blijvende relatie is tussen de sekspartners. In het onderzoek van Gebhardt et al. (2003) bleek dat condooms vaker werden gebruikt bij casual seks dan in een vaste relatie. Zodra liefde en intimiteit toenemen en ook belangrijker worden in de relatie, is er een grote kans dat condoomgebruik af zal nemen. De preventie van zwangerschap wordt prioriteit nummer één en de anticonceptiepil zal de plaats innemen van het condoom (Yarnall et al., 2003).

Volgens Blanton en Gerrard (1997) spelen gezondheidsopvattingen een rol bij het inschatten van risicogedragingen, zoals onveilige seks. Als men een groot SOA-risico inschatte, had dit een positief effect op condoomgebruik. Daarnaast wordt in het onderzoek van Rosengard, Adler, Gurvey, Dunlop, Tschann, Millstein, en Ellen (2001) gesteld dat gezondheidswaarden van invloed kunnen zijn op adolescenten’s intentie om condooms te gebruiken. Bevonden werd dat onder diegene die een grotere waarde hechten aan hun gezondheid, intenties tot condoomgebruik sterk waren, ongeacht attitudes richting condooms; bij adolescenten die een mindere waarde hechten aan gezondheid, spelen attitudes over condooms een grotere rol.

In Nederland hebben Gebhardt et al. (2003) onderzoek gedaan naar determinanten van condoomgebruik onder adolescenten en hieruit bleek dat de attitude ten aanzien van condoomgebruik en de subjectieve norm belangrijk waren. Subjectieve norm betekent dat de mening van belangrijke anderen, zoals familie en vrienden, uitmaakt hoe jijzelf aankijkt tegen

condooms en veilig vrijen. Diegene die veilig vreeën, hadden een positievere attitude en een hogere waargenomen subjectieve norm dan diegene die geen condooms gebruikten.

1.4 Sociale cognities en condoomgebruik

Sociale cognities zijn opvattingen die men heeft ten aanzien van het uitvoeren van gedrag, in dit geval condoomgebruik en veilig vrijen. Sociale cognities spelen namelijk een rol bij veilige seks en dus condoomgebruik. Er zijn een aantal theorieën waar door middel van deze sociale cognities, gedrag voorspeld kan worden. Deze theorieën zijn ten eerste de Theorie van het Geplande Gedrag (Ajzen, 1985). Voorbeelden van sociale cognitieve factoren zijn onder andere: attitudes over condoomgebruik, subjectieve norm (perceptie van de attitudes van familie en vrienden), waargenomen gedragscontrole en intentie tot condoomgebruik (Diiorio, Dudley, Kelly, Soet, Mbwarra en Sharpe Potter, 2001).

Een tweede theorie is de Protectie Motivatie Theorie. De sociale cognitieve factoren die hieronder vallen zijn: ernst van de situatie, in hoeverre men zichzelf kwetsbaar acht, zelfeffectiviteit (men acht zich voldoende in staat om over condooms te praten met de partner en het daadwerkelijke gebruik van condooms tijdens seks) en respons effectiviteit (het geloof dat voorzorgsgedrag een HIV infectie kan voorkomen) (Rogers, 1975).

Attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole zijn ook van invloed op intenties. Uit het experimentele onderzoek van Jemmott et al. (1992) bleek dat diegene die een sociale cognitieve interventie ontving (dus interventie gericht op zelfeffectiviteit en attitudes), een hogere zelfeffectiviteit vermeldten richting condoomgebruik en de uitkomstverwachtingen positiever waren. Intentie om condooms te gebruiken nam toe.

Het gebrek aan condoomgebruik zal de kans op SOA doen toenemen. Daarom zouden interventies zich moeten richten op het verbeteren van preventiestrategieën, zoals consistent condoomgebruik en beter leren communiceren met de partner over condoomgebruik (Niccolai et al., 2004).

1.5 Doel van het onderzoek

Culturele factoren en sociale cognities kunnen mogelijk een belangrijke rol spelen bij onveilig seksueel gedrag. Het gaat hierbij om culturele factoren, zoals (gender) rolopvattingen tussen man en vrouw, het hebben van misvattingen (mythen) omtrent SOA en SOA-overdracht en stigmatisering van mensen met een SOA of groepen die sterk geassocieerd worden met het vaak voorkomen van SOA (vb homoseksuelen). Deze factoren kunnen van invloed zijn op

sociale cognities en daardoor uiteindelijk op het gedrag. Het is echter nog onbekend hoe deze factoren onderling gerelateerd zijn.

Om deze verbanden in kaart te brengen, is dit onderzoek gericht op autochtone en allochtone adolescenten. Omdat veel onderzoek is verricht naar deze materie in Latijns-Amerikaanse en Afrikaanse landen, maar we relatief weinig weten van deze problematiek in Nederland, is besloten het onderzoek uit te voeren in Nederland om te kijken of allochtone jongeren ook daadwerkelijk risicogroepen blijven nadat ze geïntegreerd zijn in een andere samenleving. Daarnaast wordt een vergelijking gemaakt met autochtone adolescenten om inzicht te krijgen in het feit of er inderdaad verschillen bestaan tussen deze twee groepen op het gebied van culturele factoren en sociale cognities en uiteindelijk intentie en gedrag.

Het doel van het onderzoek is dan ook om in kaart te brengen welke relaties demografische, culturele en sociaal cognitieve factoren hebben met onveilig seksueel gedrag onder autochtone en allochtone adolescenten. Hieruit kan de volgende onderzoeksvraag geformuleerd worden:

“Wat is de relatie tussen gender rollen, mythen ten aanzien van SOA en SOA-overdracht, stigmatisering, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag onder autochtone en allochtone adolescenten?”

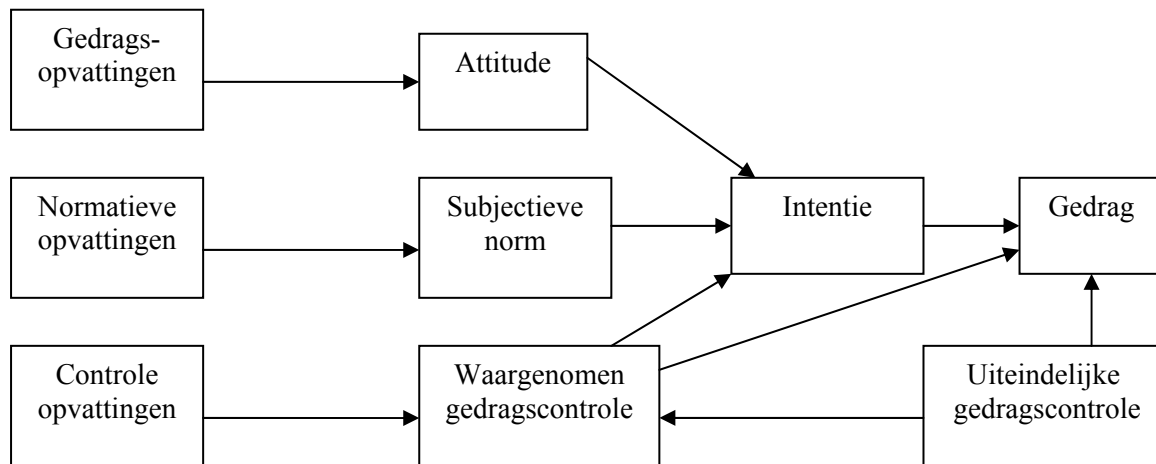
Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zal in de komende hoofdstukken aandacht geschonken worden aan twee sociale cognitiemodellen, namelijk De Theorie van het Geplande Gedrag en de Protectie Motivatie Theorie. Deze twee modellen zullen in verband gebracht worden met het onderwerp veilig seksueel gedrag. Daarna volgt een gedeelte van de culturele invloed op seksueel gedrag; hierop wordt dieper ingegaan door thema's aan te snijden als gender rollen (machismo, marianismo), mythen en stigmatisering. Deze worden uiteindelijk gerelateerd aan sociale cognities.

2. SOCIALE COGNITIES EN CULTURELE FACTOREN

In dit hoofdstuk zullen twee sociale cognitiemodellen worden besproken die onveilig seksueel gedrag kunnen helpen verklaren. Deze modellen zijn de ‘Theorie van het Geplande Gedrag’ van Azjen (1985) en de ‘Protectie Motivatie Theorie’ van Rogers (1975).

2.1 Theorie van het Geplande Gedrag

Volgens de Theorie van het Geplande Gedrag (TGG) wordt gedrag verklaard door de intentie om dat gedrag uit te voeren én de percepties van controle over de performance van het gedrag (Connor & Norman, 2005). Hieronder in figuur 1 wordt het model van de Theorie van het Geplande Gedrag geïllustreerd.



Figuur 2.1 Theorie van het Geplande Gedrag (Azjen, 1985)

Volgens de Theorie van het Geplande Gedrag wordt gedrag bepaald door de gedragsintentie. Intentie om een bepaald gedrag uit te voeren wordt voorspeld door drie determinanten, namelijk: attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole. *Attitudes* zijn de algehele evaluaties van het gedrag door het individu. Attitude is een functie van gedragsovertuigingen, welke waargenomen consequenties of andere attributen van het gedrag weergeven. Met andere woorden, gedragsopvattingen zijn van invloed op de attitude doordat het uitvoeren van het gedrag tot bepaalde consequenties leidt. Bijvoorbeeld seks met condooms is minder prettig (Sutton, McVey en Glanz, 1999; Azjen & Fishbein, 1980 geciteerd in Conner & Norman). *Subjectieve norm* is een functie van normatieve opvattingen.

Deze representeren het gedrag dat andere belangrijke personen van je verwachten, zoals vrienden of ouders, en zijn van invloed op het wel of niet moeten vertonen van bepaald gedrag. Daarnaast speelt de *motivation to comply* hierbij een rol; dit is de mate waarin de persoon wenst tegemoet te komen aan de wensen van andere personen. Volgens Sutton et al. (1999) is de huidige sekspartner de belangrijkste figuur om wel of niet veilig te vrijen. Volgens de Theorie van het Geplande Gedrag speelt ook *waargenomen gedragscontrole* een rol. Waargenomen gedragscontrole wordt beïnvloed door overtuigingen die gaan over of iemand toegang heeft tot de benodigde bronnen en kansen om het gedrag succesvol uit te oefenen. Dus als men denkt veel toegang te hebben tot de benodigde mogelijkheden, denkt men ook veel controle te hebben over de situatie en dus het vertoonde gedrag (Ajzen, 1988 geciteerd in Connor & Norman). En tenslotte is er nog *uiteindelijke gedragscontrole* wat waargenomen gedragscontrole, intentie en gedrag beïnvloedt.

De Theorie van het Geplande Gedrag wordt vaak gebruikt om onveilig seksueel gedrag te verklaren. In het onderzoek van Bryan, Fisher en Fisher (2002) kwam naar voren dat attitudes en subjectieve normen van invloed waren om intenties te voorspellen en als het daadwerkelijk tot seksueel gedrag zou komen, een gevoel van waargenomen controle het gedrag zou bepalen. Alle drie de determinanten waren van invloed op het voorspellen van condoomgebruik.

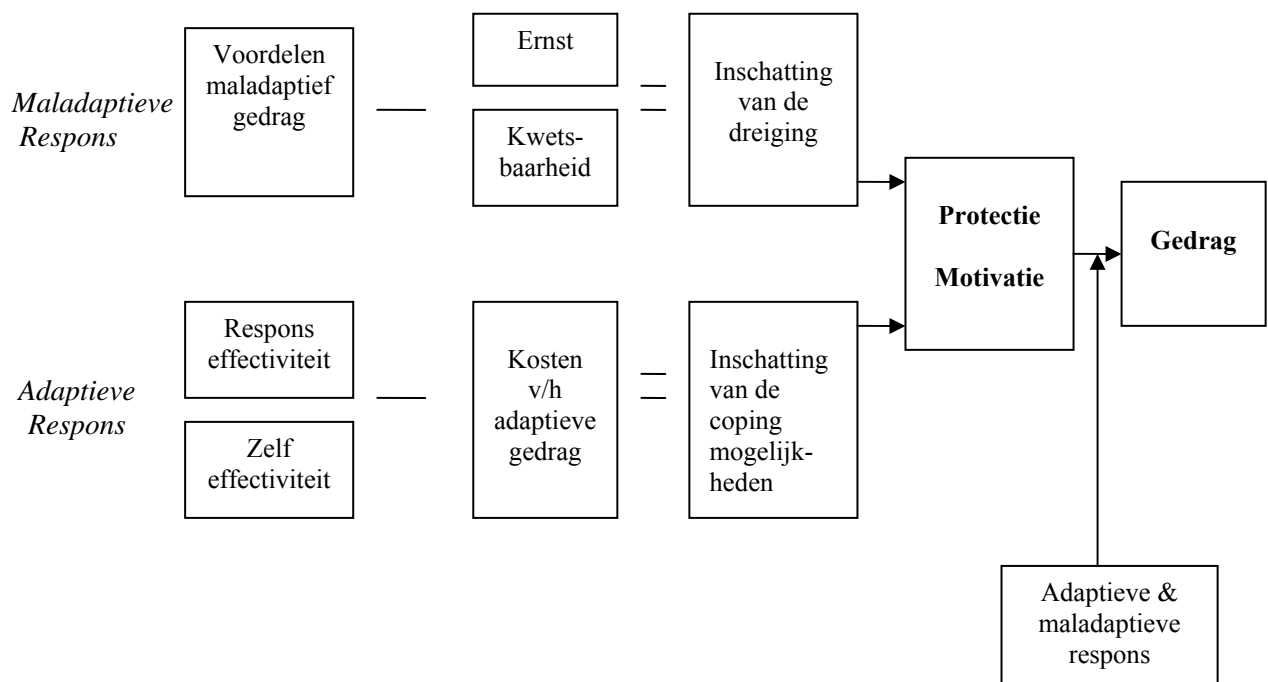
In een review onderzoek van Albarracin, Fishbein en Middlestadt (1998) naar de relevantie van voorspellers van condoomgebruik met behulp van de theoretische variabelen van onder andere de Theorie van het Geplande Gedrag, bleek eerder vertoont gedrag ten aanzien van condoomgebruik een goede voorspeller te zijn van de huidige intentie om condooms te gebruiken. Daarnaast bleek de invloed van eerder vertoont gedrag voor een deel gemedieerd te worden door attitudes en normen.

In een andere meta-analyse onderzochten Albarracin, Fishbein, Johnson en Muellerleile (2001) hoe goed de Theorie van het Geplande Gedrag condoomgebruik voorspelt. Hieruit kwam naar voren dat, consistent met de voorspellingen van de Theorie van het Geplande Gedrag, waargenomen gedragscontrole gerelateerd was aan condoomgebruikintenties en condoomgebruik. Ook hieruit kwam naar voren dat eerder vertoont gedrag een grote invloed had.

2.2 Protectie Motivatie Theorie

De Protectie Motivatie Theorie (PMT) (Rogers, 1975) is een sociaal cognitiemodel om gezondheidsgedrag te voorspellen. De herkomst van deze theorie ligt in het vroegere werk van de persuasieve impact van ‘fear appeals’ en hoe deze fear appeals attitudes en gedrag beïnvloeden (Norman, Boer en Seydel, 2005). Met fear appeal wordt angst opgewekt door een boodschap; de persoon zal gemotiveerd zijn om de angst te verminderen.

Later werd de theorie herzien om een algemenere theorie te creëren. In figuur 2 staat het model geïllustreerd.



Figuur 2.2 Protectie Motivatie Theorie (Rogers, 1975)

De PMT omvat de cognitieve responsen die resulteren uit fear appeals. Rogers (1975) stelde voor dat omgevingsfactoren (fear appeals) en intrapersonlijke factoren (persoonlijkheid), twee onafhankelijke beoordelingsprocessen initiëren: namelijk ‘threat appraisal’ en ‘coping appraisal’. *Threat appraisal* focust zich op de bron van de dreiging en factoren, die de waarschijnlijkheid van maladaptieve responsen (vb ontkenning, vermijding) verhogen of verlagen. De percepties van *ernst* en *kwetsbaarheid* richting de dreiging zullen maladaptieve responsen tegengaan. Dit is weer van invloed op angst. Angst zal toenemen als het individu zichzelf kwetsbaar voelt ten opzichte van een gezondheidsbedreiging en deze kwetsbaarheid zal het beschermingsgedrag verhogen. Terwijl ernst en kwetsbaarheid maladaptieve responsen verminderen, zijn er enkele voordelen van maladaptief gedrag die de kans op maladaptieve

responsen verhogen. Bijvoorbeeld mensen die onveilig seksueel gedrag vertonen, kunnen denken dat het prettiger is zonder condoom te vrijen.

Het andere beoordelingsproces is *Coping appraisal*. Dit focust op de coping responsen die het individu in staat stelt om te gaan met de bedreiging. Zowel het geloof dat het aanbevolen gedrag effectief zal zijn in het reduceren van de bedreiging (*respons effectiviteit*) als het geloof dat men in staat is om het aanbevolen gedrag te vertonen (*zelfeffectiviteit*), verhogen de kans op een adaptieve respons. Echter, er zijn ook *kosten van het adaptieve gedrag* aanwezig welke de uitvoering van het gedrag tegenhouden. Bijvoorbeeld als mensen die onveilig seksueel gedrag vertonen, geloven dat als ze hiermee zouden stoppen, ze hun partner kunnen verliezen omdat diegene niet met condoom wil vrijen.

In het onderzoek van Boer en Mashamba (2005) in Zuid-Afrika kwam naar voren dat de PMT, samen met de TGG, significant intenties tot condoomgebruik konden voorspellen. De PMT toonde aan dat respons effectiviteit positief gerelateerd was aan intentie tot condoomgebruik. De perceptie van respons effectiviteit is nodig om protectie motivatie te vergroten. Adolescenten moeten overtuigd worden van de waarde van condooms om intentie tot condoomgebruik te promoten.

In het onderzoek van Maddux en Rogers (1982) kwam naar voren dat zelfeffectiviteit een belangrijke component is van de PMT. Zelfeffectiviteit beïnvloedde de intenties om het aanbevolen coping gedrag aan te nemen en tevens was zelfeffectiviteit de meest sterke voorspeller van gedragsintenties. Daarnaast beïnvloedde de verwachtingen van zelfeffectiviteit twee andere componenten van PMT, namelijk waarschijnlijkheid van een bedreiging en coping respons effectiviteit.

2.3 Cultuur en Gender rollen

De definitie van cultuur volgens Lonner (1994) luidt: “cultuur is een abstract menselijk bedacht idee; een context waarin gedrag plaatsvindt, gevormd en getransformeerd wordt. Het bevat waarden, overtuigingen, attitudes en talen die ontstaan zijn als adaptaties en tevens is het belangrijk genoeg om door te geven aan anderen” (geciteerd in Ortiz-Torres, Serrano-Garcia en Torres-Burgos, 2000). Cultuur beïnvloedt gender rollen en seksualiteit; dit betekent dat cultuur bepaalt welke mogelijkheden en acties mannen en vrouwen uitvoeren en ook hoe men aankijkt tegen gezondheid en ziekte (Amaro, 1988 geciteerd in Ortiz-Torres et al., 2000). Gender verwijst naar persoonlijkheidskenmerken, gedrag, activiteiten en interesses van een individu van een bepaald geslacht die maatschappelijk geaccepteerd zijn. Gender rollen zijn het daadwerkelijke gedrag dat volgens maatschappelijke normen mannelijk of vrouwelijk

wordt genoemd en zijn daarnaast cultuurafhankelijk. Daarnaast betekent gender rollen dat in sociale omgevingen, verwachtingen en gedragingen in een bepaalde cultuur voorschrijven wat vrouwelijk en mannelijk is in de context van sociale relaties en transacties, in plaats van dat het alleen bepaald wordt door biologische of intrapsychische factoren. Volgens Dowsett (2003) is bekend dat mannelijke en vrouwelijke trekken/gedragingen variabel zijn en veranderen over tijd en in verschillende omstandigheden; ze zijn niet consistent in alle culturen (bijvoorbeeld: vroeger zaten vrouwen altijd thuis, nu werkt een groot deel buitenshuis). Waarden, overtuigingen en normen maken deel uit van en spelen een belangrijke rol in de vele culturele constructen die seksueel gedrag beïnvloeden.

In de literatuurstudie van Goodyear, Newcomb en Allison (2000) vond men dat adolescenten die vasthielden aan traditionele gender rolopvattingen, eerder geloofden dat 'het vader zijn van een kind' hun mannelijkheid zou vergroten. Sonenstein (1991) beschrijft dat jonge mannen die vasthielden aan traditionele attitudes over mannelijkheid, aangaven meerdere tijdelijke seksuele partners te hebben gehad het afgelopen jaar en minder intieme vaste relaties. Adolescente meisjes onder de 20 jaar daarentegen, vaak met lagere opleiding, hadden een hogere kans om moeder te worden (Geldstein & Pantelides, 1997). De prevalentie hiervan is hoger in armere landen en/of regio's, waar men ook minder kennis heeft over voorbehoedsmiddelen (Geldstein & Pantelides, 1997). Tevens blijven adolescenten uit de lagere sociale klassen trouwer aan de traditionele definitie van de familie en gender rollen (Geldstein & Pantelides, 1997).

2.3.1 Machismo

Gender rollen, waarbij traditionele rolopvattingen de boventoon voeren, kunnen bestaan uit machismo en marianismo. In deze subparagraaf zal het begrip machismo verduidelijkt worden. In voornamelijk de Latijns-Amerikaanse cultuur speelt de gescheiden rol tussen man en vrouw een belangrijke rol. Voor het mannelijke geslacht wordt vaak de term 'machismo' gebruikt. Hiermee wordt bedoeld dat de man autoritair, mannelijk, stoer, onafhankelijk, fysiek sterk, dapper en beschermend van zijn gezin is (Vasquez-Nutall et al., 1987 geciteerd in Salyers Bull, 1998; Ortiz-Torres et al., 2000). Bepaalde overtuigingen en waarden, zoals machismo, zijn geassocieerd met risicovolle gedragingen zoals onveilige seks. Een component van machismo bevat het in stand houden van de traditionele rol van de vrouw van seksuele onderdanigheid. Een vrouw mag, in tegenstelling tot haar man, niet vreemdgaan. Als de man vreemdgaat, wordt dit waargenomen als 'macho'. De man wordt ook als macho gezien als hij de financiële zaken van het huishouden beheert (Ortiz-Torres et al., 2000).

Volgens Ortiz-Torres et al. (2000) ligt de verantwoordelijkheid voor het in stand houden van de traditionele gender rollen voor een groot deel bij de Katholieke en Protestantse kerk. Deze kerken versterken, zeker in de Latijnse cultuur, machismo en marianismo; voornamelijk op het gebied van seks (*‘alleen seks voor de reproductie’* en *‘alleen vrouwen moeten trouw blijven aan hun man’*). Machismo kan veilig seksueel gedrag in de weg staan. Volgens een onderzoek van Geldstein en Pantelides (1997) blijkt dat klassenverschillen te maken hebben met het al dan niet blijven voortbestaan van traditionele rolopvattingen, waaronder machismo. Jongeren uit de lagere klassen gaven in dit onderzoek aan dat het wenselijk was dat een meisje maagd blijft tot aan het trouwen en tevens wordt gezegd dat een man het initiatief behoort te nemen bij seksuele relaties. Daarnaast is machismo ook negatief verbonden aan condoomgebruik. In het onderzoek van Goodyear et al. (2000) gaven de mannen aan dat het bevruchten van een vrouw iets mannelijks was; dit had weer een negatief effect op condoomgebruik.

2.3.2 Marianismo

De vrouwelijke tegenhanger van machismo is de gender rol marianismo. De term marianismo definieert de ideale vrouw, gemodelleerd door de Maagd Maria, de moeder van Jezus Christus. Binnen deze term passen begrippen als: maagdelijkheid, kuisheid, eer en schaamte, gehoorzaamheid en de bereidheid om te dienen (Gil & Inoa-Vázquez, 1996 geciteerd in Ortiz-Torres et al., 2000). Vrouwen die binnen het marianismo-plaatje passen, zijn over het algemeen vrouwen die: binnenshuis werken voor hun gezin, hun man en zonen dienen en die van hun dochters enige hulp in de huishouding verwachten (Quinones Mayo & Resnick, 1996; Melhuus, 1990; Vasquez-Nuttall et al., 1987 geciteerd in Salyers Bull, 1998). Het levensdoel van een marianistische vrouw is om moeder te worden en de perceptie dat dit en andere aspecten van hun leven niet onder hun controle vallen. Daarom vinden ze het vaak niet erg om seksuele risico's te nemen (Geldstein & Pantelides, 1997). Een vrouw vertoont marianistisch gedrag wanneer ze haar man's seksuele indiscreties met andere vrouwen toestaat, maar zelf nooit een affaire met een ander zou beginnen. De invloed van marianismo op seksualiteit en gender rollen leidt ertoe dat vrouwen niet veel van hun lichamen en seks af (willen) weten. Deze waarden ondersteunen en versterken een sociale context gekarakteriseerd door ongelijke gender relaties. Vrouwen worden dikwijls onderdrukt, hebben weinig controle over de relatie waarin ze zitten en ze hebben minder opties om conflicten op te lossen dan mannen (Ortiz-Torres et al., 2000). Voornamelijk (jonge) vrouwen met géén of een lage opleiding en vrouwen uit de lagere klassen behoren vaak tot de marianistische groep.

Zij blijven vaak trouw aan hun vaste marianistische rol. Belangrijke determinanten voor de afbreuk van marianismo zijn school, educatie, verblijfplaats en buitenshuis werken. Voornamelijk educatie en daarop aansluitend betere informatie over SOA en contraceptie kunnen attitudes over gender rollen veranderen (Salyers Bull, 1998). Daarnaast is de geografische verblijfplaats een belangrijke determinant volgens Salyers Bull (1998). Vrouwen in plattelandsgebieden zullen vaker marianistischer zijn dan vrouwen die in de stad wonen. In de stad zijn meer mogelijkheden wat betreft school educatie en werk.

2.4 Cultuur en mythen

Mythen zijn incorrecte opvattingen die mensen hebben over bepaalde onderwerpen of zaken. In dit geval gaat het over onjuiste opvattingen die men heeft ten aanzien van SOA, de overdracht van SOA en onveilig seksueel gedrag (bijvoorbeeld: '*muggen kunnen HIV/AIDS overbrengen*' en '*condooms moedigen partnerwisseling aan*') (Giffin & Lowndes, 1999). Onderzoek naar mythen is belangrijk om te begrijpen hoe ze ontstaan en hoe en waarom ze blijven voortbestaan (Nicoll en Laukamm-Josten, 1993).

In het onderzoek van Boer en Emons (2004), is gekeken naar welke juiste en onjuiste opvattingen men had ten aanzien van HIV overdracht en welke emotionele reacties men had richting mensen met HIV/AIDS en AIDS risicogroepen in Thailand. Enkele onjuiste opvattingen die mensen noemden van HIV overdracht in dit onderzoek waren: besmetting door zoenen, hoesten of niezen, gebruiken van hetzelfde glas en delen van het toilet. De resultaten lieten zien dat diegenen die incorrecte opvattingen hadden over HIV transmissie, met negatievere emoties als angst en irritatie naar mensen met AIDS reageerden dan mensen met correcte opvattingen. Mensen met de onjuiste opvattingen over HIV overdracht lieten ook enige stigmatiserende reacties zien, zoals een hoger waargenomen risico in alledaags contact met mensen met AIDS (zie § 2.5). Diegenen mét mythen vonden dat AIDS minder ernstig was, voelden zich minder kwetsbaar ten aanzien van een HIV infectie en rapporteerden een lagere intentie om een condoom te gebruiken. Onjuiste opvattingen creëren angst, zijn gerelateerd aan afstandelijke stigmatiserende reacties en ondermijnen de waarneming van het gevaar van HIV infectie en HIV beschermend gedrag (Boer en Emons, 2004).

In het onderzoek van Nicoll et al. (1993) naar mythen in Oost Afrika, werd geconstateerd dat ongeveer dertig procent van de respondenten spontaan mythen konden opnoemen; zowel gezondheidsmedewerkers als gewone mensen waren op de hoogte van deze mythen. Volgens Nicoll et al. (1993) kunnen de mythen die in kaart gebracht werden, geclassificeerd worden in acht groepen:

1. Alternative Transmission Beliefs: bijvoorbeeld *'muggen kunnen het HIV-virus verspreiden'* of *'via zoenen en tranen kan het HIV-virus verspreid worden'*. Recentelijk is het aantal gezondheidsmedewerkers die dit geloofden afgenomen. De beliefs kwamen toch terug, zelfs na het wetenschappelijke bewijs tegen deze stelling.

2. False Reassurance Beliefs: dit zijn incorrecte maar geruststellende beliefs die men heeft. Voorbeelden zijn *'je kunt geen AIDS krijgen van dikke vrouwen, schoolmeisjes en vrouwen uit landelijke gebieden'*. De opvattingen over vrouwen van het platteland zouden enigszins verklaard kunnen worden door het feit dat de prevalentie van HIV/AIDS lager is in gebieden die ver van de stad liggen. Enkele andere misvattingen zijn: *'barvrouwen en prostituees zijn resistent tegen HIV/AIDS'* en *'het nemen van antibiotica vóór onveilige seks beschermt tegen de HIV infectie'*.

3. Treatment Beliefs: dit zijn onjuiste behandelingsopvattingen, bijvoorbeeld *'een geneesmiddel voor HIV/AIDS zal binnenkort verkrijgbaar zijn'*. Deze opvatting was persistent, maar varieerde wel in detail over verschillende perioden, afhankelijk van wat recent was in de media.

4. Condom Beliefs: enkele voorbeelden van condoom misvattingen zijn *'condooms kunnen gevaarlijk zijn en soms verdwijnen in de vrouw en voor blokkades zorgen'*. Dit onjuiste belief bestond doordat vrouwen in Afrika hun interne anatomie niet goed kenden. Andere condoom beliefs zijn: *'Condoms zijn opzettelijk besmet met HIV tijdens het fabricageproces'* en *'condooms die niet aan alle standaardeisen voldoen, worden naar ontwikkelingslanden verstuurd'*.

5. Professional Myths (Political and Religious Beliefs): sommige mensen geloven in de misvatting *'het HIV-virus is toevallig of expres in een laboratorium in een geïndustrialiseerd land ontstaan (vb de VS)'*. Het virus zou tevens een straf van God zijn voor slecht gedrag van het individu of van de massa. Maar ook zou condoompromotie een poging zijn om aan bevolkingsbeperking te doen.

6. Professional Beliefs: dit zijn misvattingen voornamelijk onder gezondheidsmedewerkers. Een voorbeeld van een dergelijke misvatting is *'alle lichaamssappen zijn geïnfecteerd'*. Er was verwarring onder de gezondheidsmedewerkers wat nou precies bedoeld werd met lichaamssappen. Zij geloofden namelijk ook dat urine, speeksel en tranen het virus zouden kunnen overbrengen.

7. Policy and Scientific Beliefs: enkele wetenschappelijk misvattingen zijn onder andere: *'er is een genetische basis voor vatbaarheid van HIV/AIDS en dit is de verklaring van de*

variaties die bestaan in de HIV/AIDS prevalentie' maar ook *'condoom promotie moedigt partnerwisseling aan en zal zo de overdracht vergroten'*.

8. "Good Stories": Nicoll et al. (1993) noemt dit 'sterke verhalen' die nog meer aanstekelijk zijn dan andere beliefs, maar die vanzelf weer ophouden. Ze verspreiden zich snel door de gemeenschap, maar doven ook snel uit en maken weer plaats voor nieuwe verhalen. Enkele voorbeelden zijn: *'zeven dagen AIDS'* – er is een nieuw AIDS virus opgetreden wat ertoe leidt dat een man een week lang ziek is en waarbij zijn penis opzwelt. De penis zal uiteindelijk barsten en het slachtoffer zal overlijden.

Volgens Nicoll et al. (1993) spelen media, zoals kranten en de radio, een rol bij het ontstaan van deze misvattingen. Tegenberichten en overtuigend epidemiologisch bewijs werden vaak genegeerd door de media. De reden dat deze mythen over HIV/AIDS ook daadwerkelijk blijven bestaan, is onder andere dat het om *seksueel* overdraagbare aandoeningen gaat. Daarnaast is HIV/AIDS relatief gezien vrij nieuw en is het dodelijk. AIDS is daardoor erg mysterieus en onderwerp van veel speculatie. Uit dit onderzoek van Nicoll et al. (1993) kwam naar voren dat één afwijkende mening, bijvoorbeeld van een wetenschapper die volhoudt dat muggen toch het virus kunnen verspreiden, alle tegengestelde informatie kan doen negeren. Het is belangrijk af te vragen welk doel het voor ontvangers heeft dat een misvatting zo lang blijft bestaan. Een reden die gevonden kan worden is hoop. Mythen geven hoop aan mensen die weten of verwachten dat ze besmet zijn (Goodgame, 1990 geciteerd in Nicoll et al., 1993).

In het onderzoek van Blanton en Gerrard (1997) kwam naar voren dat mythen blijven bestaan, omdat mensen die graag plezierig maar ook risicovol gedrag willen uitvoeren (bijvoorbeeld onveilig seksueel gedrag), meer gemotiveerd en vatbaarder zijn aan te nemen dat het gedrag weinig risico bevat. Risicoschattingen van SOA worden vaak beïnvloed door motivationele vertekeningen.

2.5 Cultuur en geneigdheid tot stigmatisering

Zoals hierboven staat beschreven, kunnen mythen leiden tot stigmatiserende gedragingen (Boer & Emons, 2004). Stigma is volgens Goffman (1963) *"an attribute that reduces a person in the minds of others from a whole and usual person to a tainted, discounted one"* (Goffman, 1963 geciteerd in Carr & Gramling, 2004). Dit betekent dat stigmatisering ervoor zorgt dat gezonde mensen de humanistische waarde van besmette personen met HIV/AIDS doet verlagen. Een gestigmatiseerde verandert van een normaal persoon in een 'aangetast' en 'bedorven' persoon (Carr & Gramling, 2004). Mensen die gestigmatiseerd worden, zijn

anders dan anderen, worden minder gewaardeerd in een bepaalde sociale context en cultuur en voldoen niet aan de norm van normale mensen. Individuen worden minder gewaardeerd omdat ze kenmerken hebben die geaccepteerde standaarden in een gemeenschap overtreden. Daardoor ontstaat sociale ongelijkheid (Parker & Aggleton, 2003; Alonzo & Reynolds, 1995). Tevens wordt door Alonzo en Reynolds (1995) gezegd dat stigma een construct van 'afwijking' van een ideaal of verwachting inhoudt. Men wijkt af van de norm in een bepaalde omgeving of gemeenschap.

Tegenwoordig zijn er over de hele wereld mensen besmet met HIV/AIDS of andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Voornamelijk in de Afrikaanse, Zuid-Amerikaanse en Aziatische culturen komen deze aandoeningen voor. Mensen die (vroeger) voornamelijk werden bestempeld als veroorzakers, waren homoseksuelen, commerciële sekswerkers en drugsgebruikers. Deze groepen werden daarom gestigmatiseerd, maar ook alleen al door het feit dat ze 'anders' waren dan de norm in een cultuur. Bijvoorbeeld sekswerkers werden sowieso al gestigmatiseerd, of ze nou AIDS hadden of niet (Duffy, 2005).

2.5.1 Geschiedenis en oorzaken van stigmatisering

De geschiedenis van stigmatisering gaat terug in de tijd toen men zichzelf moest beschermen tegen bedreigingen van plundersaars en dieven van eten, drinken en onderdak. Men moest zien te overleven. Daardoor werden 'slechte mensen' gestigmatiseerd door ze te brandmerken/kenmerken ter herkenning (Madru, 2003). Tegenwoordig bestaat het stigmatiseren nog steeds. Sinds het begin van de ontdekking van HIV/AIDS, werden mensen gediscrimineerd en zelfs met geweld bestookt. Een oorzaak kan gevonden worden in het feit dat men angst heeft voor het fenomeen HIV/AIDS, maar er is ook afkeuring voor groeperingen die erdoor getroffen worden (bijvoorbeeld homoseksuelen) (Herek, Capitano en Widaman, 2003). Een andere oorzaak van stigmatisering die gegeven wordt door Herek en Glunt (1988) ligt in het feit dat AIDS en andere SOA geassocieerd worden met 'de dood'. Door in contact te komen met Mensen met AIDS (MMA) of door erover te lezen, worden mensen geconfronteerd met de dood en dat is eng. Volgens Bos (2001) zijn er een drietal oorzaken, namelijk (1) angst voor besmetting (2) waargenomen verantwoordelijkheid voor het krijgen van AIDS is geassocieerd met stigmatisatie van personen HIV/AIDS en (3) negatieve reacties richting mensen met AIDS symboliseren vaak negatieve attitudes ten opzichte van groepen die geassocieerd zijn met AIDS (vb homo's).

2.5.2 Gevolgen van stigmatisering

Stigmatisering brengt vervelende gevolgen met zich mee. Kalichman, Simbayi, Jooste, Toefy, Cain, Cherry en Kagee (2005) stelden een psychometrische maat op, om stigma te meten in Zuid-Afrika. Hier werden opmerkelijke gegevens gevonden. Bevindingen toonden aan dat mensen die AIDS hadden als vies en vervloekt werden gezien. Daarnaast zouden ze niet met kinderen mogen werken, zou hun vrijheid beperkt moeten worden en zouden ze geïsoleerd moeten worden. Gezonde mensen gaven ook aan geen vrienden te willen zijn met mensen met AIDS en tevens werd gezegd dat niet toegestaan moest worden dat ze mochten werken.

In andere onderzoeken kwam naar voren dat vrouwen de grootste groep zijn die te lijden hebben onder stigmatisering. Voornamelijk in Afrikaanse, Zuid-Amerikaanse en Aziatische culturen, waar de vrouw minder te vertellen heeft dan de man en vaak het onderspit moet delven. Bijvoorbeeld vrouwen in Zimbabwe hebben sowieso al een onderdanige rol; mannen ‘mogen’ vreemdgaan en vrouwen niet. Vrouwen worden daar ook sneller beschuldigd van het overbrengen van AIDS of een infectie (Duffy, 2005). Voor vrouwen in de Aziatische/Pacifische cultuur is het ook moeilijk, omdat daar nog allerlei taboes heersen over HIV/AIDS. Het is een collectivistische cultuur, waardoor AIDS niet alleen een negatieve invloed heeft op de persoon zelf, maar ook op de hele familie (Chin & Kroesen, 1999).

In Marokko zijn de consequenties voor besmette vrouwen het hoogst. Vrouwen weten hier ook minder van SOA en lijden onder de consequenties: ze worden niet beschermd en laten zich (bijna) niet behandelen. Dit kan namelijk alleen met toestemming van de man. Er heerst een taboe op het praten over condooms en seks. SOA wordt daar ook gezien als een vrouwenziekte en veroorzaakt door vrouwen. Vrouwen zijn dus bang ervoor uit te komen dat ze een SOA hebben, omdat ze angst hebben verlaten te worden (Manhart et al., 2000).

Andere gevolgen die optreden bij het hebben van een SOA zijn slachtoffer beschuldiging, genegeerd worden, angst en achterdocht. Patiënten zijn bang in de steek gelaten te worden of apart behandeld te worden. Een voorbeeld is het handen schudden; handen schudden als begroeting in Zimbabwe is een erg belangrijk ritueel, maar bij gestigmatiseerden vindt dit niet meer plaats. In plaats van handen schudden wordt een keer in de handen geklapt als begroeting (Duffy, 2005).

Een laatste gevolg is dat familie, vrienden en collega's de ziekte niet accepteren, waardoor de patiënt er alleen voor komt te staan. Zelfs gezondheidsmedewerkers en kerkgenootschappen kunnen reageren met walging (Carr & Gramling, 2004). In ditzelfde onderzoek werd een ander gevolg aangehaald, namelijk dat het stilhouden van de ziekte erg

moeilijk en stressvol is en uiteindelijk kan leiden tot isolatie. Stigmatisering geassocieerd met AIDS wordt ook wel de tweede epidemie genoemd door de grote negatieve impact die het heeft op mensenlevens. Door Alonzo en Reynolds (1995) worden termen als afwijzing, isolatie, discriminatie en vooroordelen genoemd als gevolgen van SOA. Een stigma achtervolgt je het hele leven.

2.5.3 Relatie stigmatisering en onveilig seksueel gedrag

Het stigmatiseren van bepaalde groepen kan leiden tot onveilig seksueel gedrag. Volgens Strangor en Crandall (2000) heeft stigmatiseren de functie om jezelf te beschermen tegen een bedreiging (geciteerd in Boer en Emons, 2004). Het distantiëren van jezelf van de ziekte, kan HIV-preventief gedrag ondermijnen (Burkholder et al., 1999). Dit wordt veroorzaakt door het feit dat stigmatisering leidt tot het ontwikkelen van stereotypen van gestigmatiseerde groepen. Deze groepstereotypen (vb homoseksuelen) leiden tot risicostereotypen van het gedrag dat men relateert aan de HIV-infectie (vb onveilig seksgedrag). Als hun persoonlijke gedrag niet overeenkomt met het stereotype HIV risicogedrag, zal men de eigen groep en zichzelf als minder kwetsbaar achten voor een HIV-infectie (Biernat & Dovidio, 2000 en Strangor & Crandall, 2000, geciteerd in Boer en Emons, 2004). Als men zichzelf niet kwetsbaar acht, voelt men derhalve niet de behoefte om risicogedrag te mijden en zal men dus sneller onveilig (seksueel) gedrag vertonen.

2.5.4 Stigmatisering in Nederland

Bos (2001) deed onderzoek in Nederland naar de publieke reacties naar MMA. Uit de resultaten kwam naar voren dat de publieke reacties naar MMA in Nederland gemiddeld positief waren. Er waren weinig stigmatiserende reacties. Gevonden werd wel dat er minder sympathie bestond naar MMA dan naar mensen met andere ziekten. Maar hoe meer kennis men had over de ziekte, hoe minder de negatieve reacties waren. Cognitieve en emotionele factoren droegen bij aan het willen interacteren met MMA. Voornamelijk risicoperceptie, schuld geven (blaming) en angst waren geassocieerd met het minder persoonlijk contact willen hebben. Cognitieve factoren (risicoperceptie, schuld geven) hebben nog een sterkere invloed dan emotionele factoren (Bos, Kok en Dijker, 2001).

2.5.5 Emotionele reacties

Naast stigmatisering blijken er ook een drietal negatieve emotionele reacties te bestaan die vaak geuit worden richting mensen met AIDS en homoseksuelen. Dijker, Kok en Koomen (1996) deden in Nederland onderzoek naar deze emotionele reacties, die bepalen in hoeverre men om wil gaan met mensen met AIDS en homoseksuelen. Deze negatieve reacties betroffen angst, woede en medelijden. AIDS wordt door het algemene publiek gezien als erg onplezierig, pijnlijk en dodelijk wat bij mensen angst oproept. Woede wordt opgewekt wanneer men een gesteld doel niet kan halen doordat er een interveniërende factor aanwezig is. Het doel van woede is om die obstructie op te heffen. Bijvoorbeeld woede kan opgewekt worden wanneer men moet interacteren met mensen met AIDS in onveilige omstandigheden, waardoor men geen controle kan uitoefenen over de situatie. Tot slot bestaat medelijden uit gevoelens als bescherming en verzorging van mensen met AIDS. HIV patiënten vertonen duidelijke tekenen van lijden, stress en afhankelijkheid van anderen. Dit roept vaak medelijden op. Uit het onderzoek van Dijker et al. (1996) kwam naar voren dat zowel angst als woede een negatieve invloed en medelijden een positieve invloed uitoefende op persoonlijk contact met mensen met AIDS. Medelijden was de meest genoemde emotionele reactie door het algemene publiek. homoseksuelen riepen daarentegen meer woede en agressieve emoties op. De reden dat men met weinig medelijden, veel woede en angst reageert richting homoseksuelen is schuld (blaming). Men ziet een opgelopen HIV-infectie als de eigen schuld van een persoon. Blaming is daardoor ook negatief gerelateerd aan medelijden en positief aan angst en stigmatisering.

2.6 Vraagstellingen

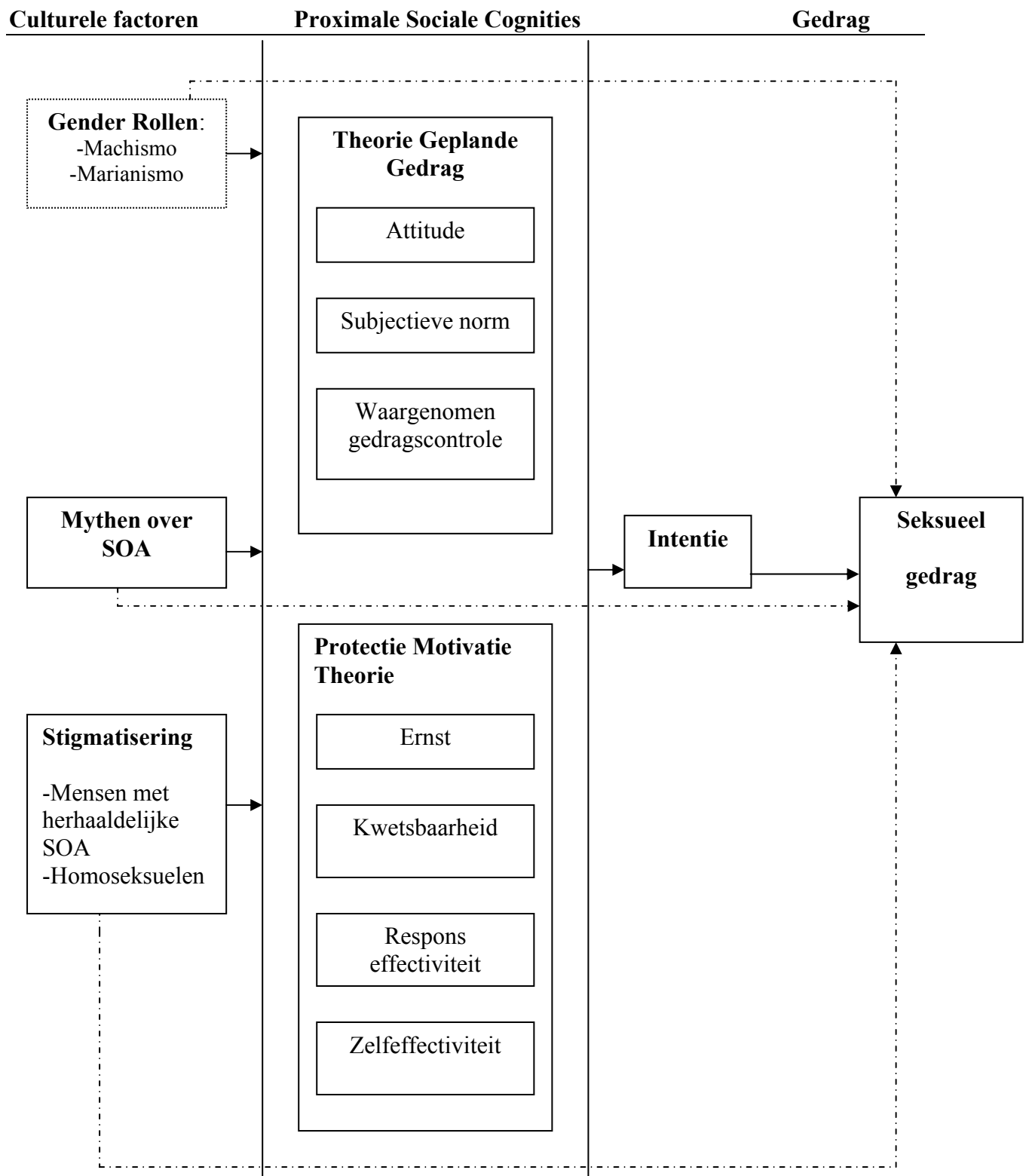
Uit bovenstaande tekst wordt duidelijk dat sociale cognities, gender rollen, mythen en stigmatisering van invloed kunnen zijn op onveilig seksueel gedrag. Om dit voor de Nederlandse situatie in kaart te brengen is in hoofdstuk 1 een onderzoeksvraag opgesteld:

“Wat is de relatie tussen gender rollen, mythen ten aanzien SOA en SOA-overdracht, stigmatisering, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag onder autochtone en allochtone adolescenten?”

Om deze onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden, is de onderzoeksvraag opgedeeld in een viertal deelvragen.

- 1. In hoeverre bestaan er verschillen tussen autochtone en allochtone adolescenten wat betreft gender rollen, mythen over SOA, stigmatisering en sociale cognities?*
- 2. Wat is de relatie tussen gender rollen, mythen over SOA, stigmatisering en sociale cognities?*
- 3. Wat is de relatie tussen gender rollen, mythen over SOA, stigmatisering en onveilig seksueel gedrag?*
- 4. Wat is het relatieve belang van culturele variabelen en sociale cognities bij intentie tot condoomgebruik en onveilig seksueel gedrag?*

In figuur 3 staat een overzicht van de culturele factoren, de proximale sociale cognities en het uiteindelijke seksuele gedrag.



Figuur 3: Overzicht van de relatie tussen de culturele factoren en proximale sociale cognities op intentie en veilig seksueel gedrag

3. METHODE VAN ONDERZOEK

In het methodedeelte wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is. In paragraaf 3.1 zal beschreven worden welke respondenten deelnamen aan het onderzoek en hoe ze geworven zijn. In paragraaf 3.2 komt het meetinstrument aan bod en in paragraaf 3.3 de procedure. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 de data-analyse besproken.

3.1 Respondenten

Doel was om respondenten te vinden vanaf 16 jaar en ouder en om autochtone en allochtone adolescenten in het onderzoek te betrekken. Om deze reden is gekozen voor ROC's in Amsterdam, omdat in Amsterdam relatief veel allochtonen wonen. Verstaan wordt onder "autochtoon", een persoon waarvan beide ouders en de respondent zelf in Nederland geboren is. Verstaan wordt onder "allochtoon", een persoon van de tweede generatie waarvan minimaal één ouder in het buitenland geboren is (CBS, 2004). Voor dit onderzoek zijn respondenten geworven op twee ROC's in Amsterdam. Alvorens scholen benaderd werden, werd eerst onderzocht in welke omgeving zowel allochtone als autochtone jongeren naar school gingen. Vervolgens werden twee ROC's benaderd in de wijken: West en Zuid Amsterdam. In totaal verleenden drie opleidingen hun medewerking, te weten: Sociaal Pedagogisch Werk (SPW), Sport & Bewegen en Horeca-assistent/Brood en Banket. Bij de opleiding SPW kon in drie klassen de vragenlijst afgenomen worden. Bij Sport en Bewegen was dit in vier klassen het geval en tot slot bij Horeca-assistent/Brood en Banket werd in twee klassen de vragenlijst afgenomen. Er werd gezocht naar zoveel mogelijk respondenten en in totaal werden 142 respondenten geworven. Allen verleenden hun medewerking. Drie respondenten werden niet meegenomen in de verwerking van de gegevens wegens het feit dat meer dan de helft van de vragenlijst niet was ingevuld. Het onderzoek werd uitgevoerd onder 139 respondenten: 74 mannen en 65 vrouwen. De leeftijden varieerden van zestien tot drieëntwintig jaar. Het opleidingsniveau van de respondenten lag tussen ROC-niveau 1 en niveau 4.

3.2 Meetinstrument

De respondenten werd gevraagd een vragenlijst, opgesteld aan de hand van de literatuur, in te vullen (zie bijlage 1 voor de complete vragenlijst). In de vragenlijst werden de onderstaande relevante constructen gemeten. Bij de sociale cognities, stigmatisering en

Machismo/Marianismoschaal werd gebruik gemaakt van een 5 punt Likertschaal (van 1 'helemaal mee oneens' tot 5 'helemaal mee eens').

Demografische kenmerken: om de etniciteit vast te stellen werd gevraagd naar het geboorteland van de vader, de moeder en de respondent zelf (1=Nederland, 2=Suriname, 3=Antillen, 4=Turkije, 5=Marokko en 6=Anders, namelijk). Daarnaast werd gevraagd naar de leeftijd, het geslacht, het opleidingsniveau (gerangschikt van ROC-niveau 1, 2, 3 en 4), de huidige woonsituatie (1=bij ouders/verzorgers, 2=samen met vaste partner, 3= samen met anderen, 4=alleen, 5=in een tehuis en 6=geen vaste woonplek) en of de respondent op dit moment een vaste partner had.

Seksueel gedrag en condoomgebruik: om gegevens te vergaren over het seksuele gedrag en condoomgebruik werden de volgende vragen gesteld aan de respondenten: of ze wel eens geslachtsgemeenschap hebben gehad (1=ja, 2=nee), in hoeveel procent van de gevallen ze seks hebben met een condoom, of ze bij de laatste keer seks een condoom hebben gebruikt (1=ja, 2=nee, 3=nvt/nog nooit seks gehad), hoe vaak ze in de afgelopen twaalf maanden seks hebben gehad met condoom (1=altijd, 2=bijna altijd, 3=soms, 4=nooit, 5=nvt/nog nooit seks gehad) én of ze *altijd* een condoom gebruiken bij geslachtsgemeenschap en orale seks (1=ja, 2=nee).

Mythen: om inzicht te krijgen in de misvattingen over SOA, SOA-overdracht en veilig vrijen, werd de respondenten een achttiental mythen voorgelegd. Deze mythen waren zowel ontleend aan de hand van de literatuur: vragen over hoe SOA opgelopen kunnen worden, bijvoorbeeld via de wc-bril, door hoesten/niezen, door drinken uit zelfde glas van een besmet persoon, niet wassen na onveilige seks (Boer en Emons, 2004), door te zoenen met een besmet persoon, via muggen/insecten, alleen als de man klaarkomt (Nicoll, 1993). Daarnaast is er een kort vooronderzoek uitgevoerd onder adolescenten op het ROC in Almelo. Daar werden vragen gesteld aan jongeren over hoeveel ze wisten over SOA, SOA-transmissie en veilig vrijen. Aan de hand van dat vooronderzoek werden de overige vragen gesteld uit de vragenlijst. De respondenten werden gevraagd naar zaken als: of zij dachten dat SOA overgedragen konden worden door het delen van sigaretten, via het zwembad, of ze dachten dat sommige mensen wél konden genezen van een SOA en anderen niet, of sommigen immuun zijn voor SOA, of sommige SOA zelf weer overgaan, of er altijd symptomen aanwezig zijn bij SOA, wat ze wisten over bepaalde SOA als chlamydia en gonorrhoe, en over orale seks, of ze dachten dat meerdere sekspartners nodig waren voor het oplopen van een geslachtsziekte, en wat ze van de pil wisten. De antwoordcategorieën die gehanteerd werden, waren '1=waar' en '2=niet waar'. Cronbach's alpha was $\alpha = .58$.

Stigmatisering: middels de 5-punt Likertschaal werden de volgende onderdelen gemeten:

- (1) Stigmatisering ten aanzien van mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen. Drie vragen van dit onderdeel van de vragenlijst waren gebaseerd op een onderzoek van Kalichman et al. (2005). Deze drie vragen werden zodanig aangepast dat ze toepasbaar waren in de Nederlandse situatie (*“Mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen zijn vies”*; *“Mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen moeten zich schamen”*; *“Ik zou geen vrienden willen zijn met iemand die herhaaldelijk een SOA oploopt”*). Daarnaast werden er nog drie items toegevoegd (*“Ik zou geen contact willen hebben met mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen”*, *“Ik zou geen burens willen zijn met mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen”* en *“Ik zou niet willen werken met mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen”*). Cronbach’s alpha was $\alpha = .81$.
- (2) Emotionele reacties ten aanzien van mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen. Dit onderdeel vraagt naar drie emoties ten opzichte van mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen, namelijk *“Ik heb medelijden met mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen”*, *“Ik heb angst voor mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen”* en *“Ik word boos als ik aan mensen denk die herhaaldelijk een SOA oplopen”*.
- (3) Stigmatisering van homoseksuelen. Dit onderdeel van de vragenlijst behandelt stigmatisatievragen ten aanzien van homoseksuelen. Drie vragen zijn ontleend aan een onderzoek van Kalichman et al. (2005) (*“Homoseksuelen zijn vies”*, *“Homoseksuelen zouden zich moeten schamen”* en *“Ik zou geen vrienden willen zijn met homoseksuelen”*). Daarnaast werden drie items toegevoegd, namelijk *“Ik zou geen contact willen hebben met homoseksuelen”*, *“Ik zou geen burens willen zijn met homoseksuelen”* en *“Ik zou niet willen werken met homoseksuelen”*. Cronbach’s alpha was $\alpha = .92$.
- (4) Emotionele reacties ten aanzien van homoseksuelen. Dit behandelt de drie emoties die men heeft ten opzichte van homoseksuelen (*“Ik heb medelijden met homoseksuelen”*, *“Ik heb angst voor homoseksuelen”* en *“Ik word boos als ik aan homoseksuelen denk”*).

Machismo/Marianismo: voor dit onderdeel werd gebruik gemaakt van de lijst van Boer en Rom (2004). Met deze schaal zijn goede resultaten behaald in een onderzoek naar de invloed van demografische, culturele en sociaal-cognitieve factoren op HIV preventief gedrag onder adolescenten in Peru. De overeenkomsten met dit onderzoek zijn dusdanig dat verwacht werd dat deze lijst ook in de Nederlandse situatie zou passen. De lijst bevatte in totaal achttien

vragen, maar besloten is om een verkorte versie hiervan te gebruiken, zoals bevonden in het onderzoek van Boer en Rom (2004). Deze verkorte schaal bevatte elf items (Cronbach's alpha was $\alpha = .73$). In dit onderzoek is uitsluitend gebruik gemaakt van de verkorte versie.

Sociale cognities: de volgende sociale cognities in dit onderzoek, gemeten op een 5-punt Likertschaal, zijn ontleend aan de Theorie van het Geplande Gedrag.

- (1) *Attitude*. Tien items betreffende attitude werden opgesteld (alpha was $\alpha = .85$), bijvoorbeeld "*het gebruik van condooms zal seks minder plezierig maken*".
- (2) *Subjectieve normen*. Deze werden indirect vastgesteld door middel van normatieve veronderstellingen en de motivation to comply. De normatieve veronderstellingen werden vastgesteld door vijf significante anderen, namelijk huidige sekspartner, vrienden, vriendinnen, ouders en voorlichtingscampagnes. Een voorbeeld van een normatief veronderstellingsitem is: "*Mijn vrienden vinden dat ik een condoom moet gebruiken*". Een voorbeeld van een motivation to comply item is "*Ik trek me veel aan van de mening van mijn vrienden*". De subjectieve normen konden worden vastgesteld door de normatieve veronderstellingen te vermenigvuldigen met de corresponderende motivation to comply items. (Cronbach's alpha was $\alpha = .74$).
- (3) *Waargenomen gedragscontrole*. Dit werd vastgesteld door middel van drie items, bijvoorbeeld "*Het ligt vooral aan mij of we een condoom gebruiken*" (Cronbach's alpha was $\alpha = .52$).

De volgende sociale cognities werden ontleend aan de Protectie Motivatie Theorie.

- (4) *Kwetsbaarheid*. Dit werd vastgesteld door middel van vijf items. Een voorbeeld item is "*Als ik geen condooms gebruik is de kans op besmetting met chlamydia groot*" (Cronbach's alpha was $\alpha = .83$).
- (5) *Ernst*. Dit werd vastgesteld door middel van zes items. Een voorbeeld item is "*Als ik besmet word met chlamydia kan ik onvruchtbaar worden*" (Cronbach's alpha was $\alpha = .67$).
- (6) *Respons effectiviteit*. Dit werd vastgesteld door middel van vijf items, bijvoorbeeld "*Het gebruik van condooms zal mij beschermen tegen chlamydia*" (Cronbach's alpha was $\alpha = .83$).
- (7) *Zelfeffectiviteit*. Dit werd vastgesteld door negen items. Een voorbeelditem is "*Ik ben in staat om mijn partner naar zijn/haar seksverleden te vragen*" (Cronbach's alpha was $\alpha = .62$).
- (8) *Intentie*. Dit werd vastgesteld door middel van zes items, met als voorbeeld "*In de toekomst zal ik altijd een condoom gebruiken*" (Cronbach's alpha was $\alpha = .82$).

3.3 Procedure

Respondenten aan ROC's werden gevraagd mee te werken aan een onderzoek naar onveilig seksueel gedrag. De respondenten dienden klassikaal een vragenlijst in te vullen, die bestond uit de bovengenoemde onderdelen. De reden dat het op deze wijze gebeurde, was omdat op deze manier de leerlingen de vragenlijst serieus en individueel konden invullen. Daarnaast was er een docent aanwezig in het klaslokaal, waardoor orde gehandhaafd werd. De respondenten kregen ruim de tijd om de vragenlijst in te vullen. Daardoor werd er geen (tijds)druk op hen gelegd en konden ze de lijst in alle rust afmaken. Wel werd ze gevraagd alle vragen in te vullen, zodat een zo volledig beeld geschetst kon worden. Anonimiteit en vrijwilligheid werden gewaarborgd, doordat ze niet hun naam op de vragenlijst hoefden in te vullen en de vragenlijsten op een grote stapel werden gelegd na afname, zodat de identiteit van de respondenten niet te achterhalen was.

3.4 Statistische analyses

Alle statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS. Verschillen tussen groepen werden geanalyseerd door middel van de Chi-kwadraattoets of de Independent Samples t-test. Relaties tussen variabelen werden gemeten met Spearman correlatie coëfficiënten. Lineaire regressieanalyses werden uitgevoerd om intentie tot condoomgebruik en het seksuele gedrag te verklaren. In alle gevallen werden correlaties en regressiecoëfficiënten tweezijdig getoetst, en alpha's van 0.05 werden gehanteerd.

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk staan de resultaten weergegeven die uit het onderzoek naar voren kwamen. Allereerst komen de onderzoeksgroep en demografische kenmerken (4.1) aan bod, gevolgd door seksueel gedrag en condoomgebruik (4.2). Vervolgens worden de sociale cognities (4.3) behandeld en in de volgende paragraaf (4.4) wordt een overzicht gegeven van de mythen over SOA. Daarna komen de stigmalijst (4.5) en de machismoschaal (4.6) aan bod. Vervolgens wordt in paragraaf 4.7 en 4.8 een overzicht gegeven van de correlaties tussen de culturele variabelen en: (1) seksueel gedrag; en (2) sociale cognities. Tot slot komen de regressieanalyses (4.9) aan bod.

4.1 Demografische kenmerken

Hieronder in tabel 1 staan de gegevens over de etniciteit van de onderzoeksgroep. Binnen de groep allochtonen was er een categorie “anders”. Hiertoe behoorden alle overige respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek en die een andere nationaliteit hadden dan: Nederland, Suriname, Antillen, Turkije en Marokko. De landen waartoe deze respondenten behoorden, staan onder de tabel weergegeven.

Tabel 1: Beschrijving etniciteit van de onderzoeksgroep (n=139)

		Autochtoon (n=58)		Allochtoon (n=81)	
		n	%	n	%
Vader geboren in:	Nederland	58	100%	8	10%
	Suriname	-		23	28%
	Antillen	-		3	4%
	Turkije	-		13	16%
	Marokko	-		8	10%
	Anders*	-		24	30%
Moeder geboren in:	Nederland	58	100%	15	19%
	Suriname	-		22	27%
	Antillen	-		5	6%
	Turkije	-		13	16%
	Marokko	-		7	9%
	Anders*	-		18	22%
Respondent geboren in:	Nederland	58	100%	54	67%
	Suriname	-		5	6%
	Antillen	-		4	5%
	Marokko	-		1	1%
	Anders*	-		15	19%

*Anders= Brazilië (1), Colombia (1), Sierra Leone (1), Nigeria (1), Zuid-Afrika (1), Syrië (1), Nepal (1), Sri Lanka (1), China (1), Indonesië (1), Armenië (1), Polen (2), Amerika (2), Engeland (1), Antillen/Colombia (1), Zuid-Afrika/Rusland (1), Italië/Portugal (1), Overig (4).

In tabel 1 ziet men dat er meer allochtone dan autochtone jongeren hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Opvallend was dat van de groep allochtone jongeren een groot deel van de ouders afkomstig was uit Suriname. Vervolgens was opvallend dat de categorie “Anders” ook hoge percentages bevatte. Respondenten van over de hele wereld hebben dan ook meegewerkt aan dit onderzoek.

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de demografische gegevens van de autochtone en allochtone adolescenten, als geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en woonsituatie.

Tabel 2: Demografische gegevens van de Nederlandse en allochtone onderzoeksgroep (n=139)

	Autochtoon (n=58)		Allochtoon (n=81)		Totaal (n=139)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Geslacht								
Man	22	38%	52	64%	74	53%	9,37	0,002
Vrouw	36	62%	29	36%	65	47%		
Leeftijd								
16	11	19%	12	15%	23	17%		
17	20	35%	13	16%	33	24%		
18	10	17%	29	36%	39	28%		
19	9	16%	13	16%	22	16%		
20	6	10%	6	7%	12	9%		
21	2	3%	2	3%	4	3%		
22	0	0%	4	5%	4	3%		
23	0	0%	1	1%	1	1%		
30	0	0%	1	1%	1	1%		
Gemiddeld	17,7		18,3		18,1			
Opleidingsniveau								
Niveau 1	7	12%	12	15%	19	14%	2,55	0,446
Niveau 2	17	29%	32	40%	49	35%		
Niveau 3	27	47%	28	35%	55	40%		
Niveau 4	7	12%	8	10%	15	11%		
Woonsituatie								
Bij ouders/verzorgers	51	88%	64	79%	115	83%		
Samen met vaste partner	2	3%	2	3%	4	3%		
Samen met anderen	1	2%	6	7%	7	5%		
Alleen	3	5%	7	9%	10	7%		
In een tehuis	0	0%	1	1%	1	1%		
Geen vaste woonplek	1	2%	1	1%	2	1%		

In tabel 2 valt op bij geslacht dat van de allochtone jongeren, meer mannen dan vrouwen deelnamen aan het onderzoek. Voor de autochtone jongeren was dit omgekeerd, bijna tweederde was vrouw. Dit verschil in geslacht werd significant bevonden door middel van de Chi-kwadraattoets ($\chi^2(1, n=139)=9,37, p=0.002$).

De gemiddelde leeftijd van de totale groep lag rond de 18 jaar. Van zowel autochtone als allochtone jongeren lagen de leeftijden voornamelijk tussen de 16 en 19 jaar. Er was één persoon van dertig jaar die afweek van de gemiddelde leeftijd.

De meeste jongeren volgden niveau 3 als opleidingsniveau (40%) en een relatief klein aantal (respectievelijk 14% en 11%) zat in niveau 1 en 4. Tussen de twee onderzoeksgroepen was nog wel enige spreiding te zien wat betreft opleidingsniveau. Een hoger percentage autochtone jongeren volgde opleidingsniveau 3 en 4. Dit verschil was echter niet significant gebleken door de Chi-kwadraattoets ($\chi^2(3, N=139)=2.55, p=.466$).

Kijkend naar de woonsituatie van de jongeren, werd duidelijk dat een overgrote meerderheid nog bij de ouders/verzorgers woonde (83%). Daarnaast woonde een relatief klein percentage allochtone jongeren alleen (9%) of samen met anderen (7%).

4.2 Seksueel gedrag en condoomgebruik

Hieronder in tabel 3 en 4 staan de gegevens weergegeven over: of men een vaste partner heeft, of men ooit geslachtsgemeenschap heeft gehad, hoe vaak men condooms heeft gebruikt in de afgelopen 12 maanden, of men *altijd* een condoom gebruikt bij zowel geslachtsgemeenschap als orale seks én of men bij de laatste keer seks een condoom gebruikt heeft.

Tabel 3: Relatiegegevens (n=139)

	Autochtoon (n=58)		Allochtoon (n=81)		Totaal (n=139)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Vaste partner								
Ja	37	64%	36	44%	73	53%	4,13	0,04
Nee	18	31%	37	46%	55	40%		
Missing	3	5%	8	10%	11	8%		
Ooit gemeenschap gehad								
Ja	39	67%	59	73%	98	71%	0,00	0,98
Nee	14	24%	21	26%	35	25%		
Missing	5	9%	1	1%	6	4%		

Uit tabel 3 is af te leiden dat een meerderheid wel een vaste partner had op moment van afname van de vragenlijst (53%). Uit de gegevens van de autochtone jongeren bleek een meerderheid een vaste partner te hebben (64%); bij de allochtone jongeren lag dit percentage wat lager (44%). Er was een dusdanig significant verschil tussen allochtone en autochtone jongeren wat betreft het hebben van een vaste partner ($\chi^2(1, N=128)=4.13, p=0,04$).

Wat betreft de vraag of de jongeren ooit geslachtsgemeenschap hebben gehad, antwoordde bijna driekwart 'ja'. Uit de gegevens bleek geen significant verschil te bestaan tussen autochtone en allochtone jongeren en het ooit gehad hebben van geslachtsgemeenschap ($\chi^2(1, N=133)=0.00, p=0,98$).

Tabel 4: Condoomgebruik bij autochtone en allochtone adolescenten die wél geslachtsgemeenschap hebben gehad (n=98)

	Autochtoon (n=39)		Allochtoon (n=59)		Totaal (n=98)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Hoe vaak condoom gebruikt¹								
Altijd	7	18%	10	18%	17	17%	2,94	0,57
Bijna altijd	10	26%	16	28%	26	27%		
Soms	9	24%	20	35%	29	30%		
Nooit	11	29%	9	16%	20	20%		
Nvt.	1	3%	2	4%	3	3%		
Altijd condoomgebruik¹ bij gemeenschap								
Ja	10	27%	19	33%	29	30%	0,42	0,52
Nee	27	73%	38	67%	65	66%		
Altijd condoomgebruik¹ bij orale seks								
Ja	5	14%	13	26%	18	18%	1,86	0,17
Nee	31	86%	37	74%	68	69%		
Laatste keer seks met¹ condoom								
Ja	17	45%	27	47%	44	45%	0,13	0,94
Nee	20	53%	29	51%	49	50%		
Nvt.	1	3%	1	2%	2	2%		

¹ = Soms tellen getallen niet op tot 100% in verband met missende waarden

Deze vraag was van toepassing op 98 respondenten. Wat opviel was dat van de totale groep respondenten een grote meerderheid invulde niet 'altijd' een condoom te gebruiken; slechts 17% gebruikte altijd een condoom. Verder kon geconstateerd worden dat meer dan de helft aangaf niet *altijd* een condoom te gebruiken bij geslachtsgemeenschap (66%) en orale seks (69%). En de helft van de respondenten gaf aan bij de laatste keer seks geen condoom te hebben gebruikt. Opvallend was tevens dat 30% van de totale respondentengroep aangaf altijd een condoom te gebruiken bij geslachtsgemeenschap, maar enkel 17% gaf aan altijd een condoom te hebben gebruikt in de afgelopen 12 maanden.

De antwoorden van de autochtone jongeren op de vraag hoe vaak ze een condoom gebruiken, lagen verdeeld over de antwoordcategorieën. Een aanzienlijk deel van de respondenten gaf aan 'nooit' een condoom te gebruiken (29%). Dit kwam overeen met de antwoorden op de

vraag of tevens altijd een condoom wordt gebruikt tijdens geslachtsgemeenschap en orale seks. Respectievelijk 73% en 86% gaven aan niet altijd een condoom te gebruiken.

Voor de allochtone jongeren viel op dat ook hier een grote meerderheid weinig condooms gebruikte. Echter, op de vraag hoe vaak condooms gebruikt worden lagen de percentages in de antwoordcategorieën ‘bijna altijd’ en ‘soms’ hoger dan de categorie ‘nooit’. Als men de percentages van de antwoorden op de vragen ‘gebruik je altijd condooms tijdens geslachtsgemeenschap en orale seks’ bekeek, zag men dat de percentages met als antwoord ‘ja’ iets hoger lagen dan die van de autochtone jongeren. Deze verschillen zijn getoetst met behulp van de Chi-kwadraattoets en gebleken is dat geen significante verschillen konden worden aangetoond.

4.3 Sociale cognities

Hieronder in tabel 5 staan de gemiddelde scores en tussen haakjes de standaard deviaties weergegeven van de autochtone en allochtone jongeren wat betreft de sociale cognities. Daarnaast werd er een t-toets uitgevoerd om te kijken of de verschillen in scores significant waren.

Tabel 5: Gemiddelde scores op de sociale cognities van autochtone en allochtone jongeren (n=139)

	Autochtoon (n=58)	Allochtoon (n=81)	t	p
Attitude	3,54 (0,77)	3,26 (0,77)	2,15	0,33
Subjectieve norm	0,67 (2,45)	1,49 (2,86)	-1,81	0,08
Zelfeffectiviteit	3,91 (0,62)	3,86 (0,57)	0,45	0,65
Waargenomen gedragscontrole	3,12 (0,79)	3,36 (0,79)	-1,85	0,07
Kwetsbaarheid	3,62 (1,04)	3,79 (0,90)	-1,01	0,33
Ernst	3,64 (0,61)	3,51 (0,59)	1,22	0,22
Respons Effectiviteit	4,01 (0,77)	4,06 (0,71)	-0,38	0,70
Intentie	3,08 (0,85)	2,95 (0,93)	0,86	0,39

Uit tabel 5 komt naar voren dat de gemiddelde scores geen significante verschillen aantoonde tussen autochtone en allochtone jongeren wat betreft de sociale cognities. Autochtone jongeren scoorden gemiddeld het hoogst op respons effectiviteit en het laagst op subjectieve norm. Allochtone jongeren scoorden in overeenstemming met de autochtone jongeren gemiddeld het hoogst op respons effectiviteit en het laagst op subjectieve norm. Algemeen concluderend kan men stellen dat autochtone en allochtone adolescenten niet verschilden in hun opvattingen over de sociale cognities.

4.4 Mythen over SOA

In tabel 6 staan de mythen over SOA voor de autochtone en allochtone jongeren. Daarnaast staat het totale percentage waar men het antwoord ‘waar’ had ingevuld en tot slot werden de items onderling getoetst met behulp van de Chi-kwadraattoets. Het totale verschil tussen de twee groepen werd getoetst door middel van de t-toets.

Tabel 6: Meest voorkomende mythen over SOA voor autochtone en allochtone adolescenten (n=139)

	Autochtoon		Waar Allochtoon		Totaal %	χ^2	p
	n	%	n	%			
1. Sommige mensen kunnen wel genezen SOA, anderen niet	36	62%	49	61%	61%	0,00	0,97
2. Er zijn altijd symptomen ná infectie SOA	23	40%	52	64%	54%	8,71	0,001
3. Jongens kunnen geen chlamydia krijgen, meisjes wel	20	35%	27	33%	34%	0,00	0,99
4. Muggen/insecten kunnen ook SOA overbrengen	18	31%	27	33%	32%	0,15	0,70
5. Sommige SOA gaan vanzelf weer over	18	31%	27	33%	32%	0,19	0,66
6. Via orale seks kan géén SOA opgelopen worden	17	29%	24	30%	30%	0,01	0,94
7. SOA kan opgelopen worden na zoenen besmet persoon	15	26%	38	47%	38%	6,97	0,01
8. Sommigen zijn immuun/immuun worden voor SOA	15	26%	34	42%	35%	4,25	0,04
9. Je hebt meerdere sekspartner nodig om SOA op te lopen	14	24%	25	31%	28%	0,84	0,36
10. Wassen na onveilige seks neemt kans op SOA af	11	19%	26	32%	27%	3,30	0,07
11. Jongens kunnen wel gonorrhoe krijgen, meisjes niet	11	19%	21	26%	23%	1,35	0,24
12. SOA oplopen door te drinken uit glas besmet persoon	10	17%	22	27%	23%	1,81	0,18
13. SOA overdragen door delen van sigaretten	8	14%	15	19%	17%	0,65	0,42
14. Een SOA kan opgelopen worden via de wc-bril	4	7%	15	19%	14%	3,98	0,05
15. SOA kan niet overgedragen worden als man niet klaarkomt	3	5%	20	25%	17%	9,52	0,001
16. Een SOA kan overgebracht worden door hoesten/niezen	2	3%	6	7%	16%	1,05	0,31
17. Een SOA kan overgebracht worden via het zwembad	2	3%	16	20%	13%	8,12	0,001
18. Bij gebruik pil als voorbehoedsmiddel zijn condooms niet nodig want je kunt dan geen SOA oplopen	2	3%	8	10%	7%	2,15	0,14
Totaal mythen over SOA			3,95	5,58	t=-3,88		p = 0,001

Wat direct opvalt aan tabel 6 is dat bovengenoemde mythen nog relatief vaak voorkwamen onder de respondenten. Daarnaast springt het verschil tussen de groepen op de totale schaal direct in het oog ($t = -3,88$; $p = 0,001$); relatief meer allochtone jongeren geloofden in deze mythen. Meer dan helft van alle respondenten geloofden in twee mythen en meer dan eenderde van alle respondenten geloofden in vijf mythen. De meest voorkomende mythen waren: “dat sommige mensen wél kunnen genezen van een SOA en andere mensen niet” (61%) en “dat er altijd symptomen aanwezig zijn na een infectie van een SOA” (54%).

Op itemniveau werd duidelijk dat allochtone jongeren vaker het antwoord ‘waar’ invulden en dus vaker in mythen geloofden dan autochtone jongeren. In zes gevallen waren de verschillen tussen deze twee groepen significant. Dit gold voor de vragen (2) “er zijn altijd symptomen ná een infectie met een SOA”, (7) “een SOA kan opgelopen worden door te zoenen met een

besmet persoon”, (8) “*sommige mensen zijn immuun of kunnen immuun worden voor een SOA*”, (14) “*een SOA kan opgelopen worden via de wc-bril*”, (15) “*een SOA kan niet overgedragen worden als de man niet klaarkomt*” en tot slot (17) “*een SOA kan overgebracht worden via het zwembad*”. Kijkend naar deze verschillen, kon geconcludeerd worden dat allochtone jongeren sterker geloven in deze mythen dan autochtone jongeren.

4.5 Stigmatisering

In tabel 7 staan de gemiddelde scores weergegeven van de autochtone en allochtone adolescenten op de onderdelen van de stigmatiseringschaal. Daarnaast werden met behulp van een t-toets de verschillen getoetst.

Tabel 7: Gemiddelde scores op subschalen stigmatisering voor autochtone en allochtone jongeren (n=139)

	Autochtoon (n=58)	Allochtoon (n=139)	t	p
Mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen				
Stigma mensen met herhaaldelijke SOA	2,33	2,52	1,44	0,15
Medelijden	2,91	3,09	0,84	0,41
Angst	2,38	2,41	-0,15	0,88
Boosheid	2,40	2,56	-0,88	0,38
Homoseksuelen				
Stigma homoseksuelen	2,00	2,64	-3,63	0,001
Medelijden	2,09	2,38	-1,38	0,17
Angst	1,86	2,21	-1,73	0,09
Boosheid	1,95	2,32	-1,82	0,07

Uit tabel 7 valt af te lezen dat de gemiddelde scores op het onderdeel ‘*mensen met herhaaldelijke SOA*’ tussen de twee groepen niet ver uiteen lagen. De verschillen waren dan ook niet significant. Wat betreft het stigmatiseren van homoseksuelen bleken wel dusdanige verschillen te bestaan tussen autochtone en allochtone adolescenten; allochtone jongeren stigmatiseerden homoseksuelen significant vaker dan autochtone jongeren. Hieronder vielen vragen als “*homoseksuelen zijn vies*” en “*ik zou geen vrienden willen zijn met homoseksuelen*”. Wat betreft de emotionele reacties kan men zien aan de gemiddelde scores dat allochtone jongeren hoger scoorden op het hebben van angst en medelijden met homoseksuelen dan autochtone jongeren. Echter deze verschillen waren niet significant.

4.5.1 Mate van vóórkomen van stigmatisering

Om een duidelijker beeld te creëren van de antwoorden van de respondenten op itemniveau van de stigmatiseringlijst, staan hieronder in tabel 8 en 9 de antwoorden van deze jongeren weergegeven in percentages. Bij het afnemen van de lijst was gebruik gemaakt van een 5 punt schaal, maar om een duidelijker overzicht te krijgen, werden de antwoordcategorieën ‘helemaal mee oneens’ en ‘mee oneens’ samengevoegd tot ‘mee oneens’. Hetzelfde gold voor ‘helemaal mee eens’ en ‘mee eens’.

Tabel 8: Percentages antwoorden tussen autochtone en allochtone jongeren op Stigmatiseren van mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen en de emotionele reacties (n=139)

	Autochtoon			Allochtoon		
	mee oneens	neutraal	mee eens	mee oneens	neutraal	mee eens
Mensen met herhaaldelijk SOA...						
1. zijn vies	46%	26%	28%	33%	36%	31%
2. zouden zich moeten schamen	33%	28%	40%	37%	30%	33%
3. geen vrienden mee willen zijn	70%	28%	2%	56%	30%	15%
4. geen contact mee willen hebben	62%	28%	10%	52%	31%	17%
5. geen burens mee willen zijn	74%	22%	3%	67%	25%	9%
6. niet mee willen werken	72%	22%	5%	59%	28%	12%
Emotionele reacties						
1. Medelijden mensen met SOA	31%	40%	29%	31%	28%	41%
2. Angst voor mensen met SOA	59%	31%	10%	56%	28%	16%
3. Boos op mensen met SOA	55%	35%	10%	47%	35%	19%

Uit tabel 8 kan men aflezen dat, kijkend naar de percentages tussen de twee groepen, allochtone jongeren vaker stigmatiserende gevoelens hadden richting ‘mensen met herhaaldelijke SOA’ dan autochtone jongeren. Met name “*mensen met herhaaldelijke SOA zouden zich moeten schamen*” had een hoog percentage op de ‘mee eens’ antwoordoptie (40%). Wat betreft de emotionele reacties gaven allochtone jongeren vaker aan het eens te zijn met ‘het hebben van medelijden/angst/woede ten aanzien van mensen met herhaaldelijke SOA’ dan autochtone jongeren.

Tabel 9: Percentages antwoorden tussen autochtone en allochtone jongeren op Stigmatiseren van homoseksuelen en de emotionele reacties (n=139)

	Autochtoon			Allochtoon		
	mee oneens	neutraal	mee eens	mee oneens	neutraal	mee eens
Homoseksuelen...						
1. zijn vies	69%	26%	5%	43%	14%	43%
2. met SOA moeten zich schamen	43%	36%	21%	30%	36%	34%
3. geen vrienden mee willen zijn	81%	17%	2%	58%	22%	20%
4. geen contact mee willen hebben	69%	22%	9%	58%	19%	23%
5. geen burens mee willen zijn	83%	16%	2%	59%	25%	16%
6. niet mee willen werken	85%	14%	2%	54%	27%	19%
Emotionele reacties						
1. Medelijden homoseksuelen	63%	30%	7%	58%	25%	18%
2. Angst voor homoseksuelen	74%	24%	2%	62%	25%	14%
3. Boos op homoseksuelen	74%	21%	5%	61%	21%	19%

Uit tabel 9 kan worden afgeleid dat er veel verschillen zaten in percentages op de antwoorden ‘mee eens’ tussen autochtone en allochtone jongeren op het stigmatiseren van homoseksuelen. Allochtone jongeren stigmatiseerden homoseksuelen dus in grotere mate dan autochtone jongeren. Voornamelijk stigmatiserende reacties als, “*homoseksuelen zijn vies*” (43%) en “*ik zou geen burens/vrienden willen zijn met homoseksuelen*” (resp. 16% en 20%) kwamen vaker voor onder allochtone jongeren. Wat betreft de emotionele reacties gaven allochtone jongeren in hogere mate aan het eens te zijn met vragen als ‘*ik heb medelijden/angst/woede met homoseksuelen*’.

Concluderend kan worden gesteld dat er wel degelijk verschillen bestonden ten aanzien van het stigmatiseren van homoseksuelen. Allochtone jongeren stigmatiseerden homoseksuelen significant vaker dan autochtone jongeren. Wat betreft de emotionele reacties bleken ook verschillen te bestaan, waarvan ook hier allochtone jongeren negatievere emoties hadden ten aanzien van homoseksuelen.

4.6 Machismo/Marianismo

De Machismo/Marianismoschaal bestond uit 11 items. Eén item had geen significante item-totaal correlatie. Dit item werd gehercodeerd en zelfs ná deze hercodering viel dit item buiten de toon door als enig item negatief te blijven. Dit was item 100 in de vragenlijst: “*vrouwen zouden geïnteresseerd moeten zijn in politiek*” (zie bijlage 1). Item 100 paste niet in de Nederlandse situatie. Er werd vervolgens besloten dit item bij verdere analyses eruit te laten.

De gemiddelde scores op de antwoorden van de Machismo/Marianismoschaal waren gemeten voor de autochtone en allochtone adolescenten en deze verschillen werden getoetst met behulp van de t-toets. Autochtone jongeren scoorden gemiddeld 2,21 en allochtone jongeren scoorden gemiddeld 2,68 op de Machismo/Marianismoschaal. Uit deze analyses was gebleken dat allochtone jongeren significant hoger scoorden op deze schaal ($t = -5,11$; $p < 0,001$) en dus machistischer/marianistischer waren dan autochtone jongeren.

In tabel 10 staan de gemiddelde scores op de Machismo/Marianismoschaal voor beide groepen per item weergegeven.

Tabel 10: Gemiddelden voor autochtone en allochtone jongeren op Machismo/Marianismoschaal (n=139)

	Autochtoon	Allochtoon		
1. Seksuele ervaringen vóór huwelijk is belangrijker voor man dan vrouw	2,62	2,79		
2. Vrouwen moeten gevolgen aanvaarden als ze met mannen flirten	2,47	3,25		
3. Vrouw moet dezelfde politieke mening hebben als man	2,23	2,84		
4. Man toont minder respect als hij met vrouw over seks praat	2,10	2,46		
5. Schadelijk voor man als hij opgewonden raakt maar niet klaarkomt	2,10	2,81		
6. Belangrijk dat vrouw als maagd het huwelijk ingaat	1,93	3,06		
7. Gevaarlijk voor vrouwen meer over seks te weten dan mannen	1,90	2,36		
8. Man zou alle belangrijke beslissingen moeten nemen in huwelijk	1,84	2,25		
9. Man moet kinderen hebben, anders is hij geen echte man	1,79	2,27		
10. Man zou zijn emoties niet moeten tonen	1,66	2,10		
Gemiddelde machismo/marianismoschaal	2,21	2,68	$t = -5,11$	$p = 0,001$

Uit tabel 10 wordt duidelijk dat allochtone jongeren gemiddeld hoger scoorden op ieder item van de Machismo/Marianismoschaal. Er zat met name een groot verschil tussen de twee groepen jongeren op de items (2) “*vrouwen moeten de gevolgen aanvaarden als ze met mannen flirten*” en item (6) “*het is belangrijk dat een vrouw als maagd het huwelijk ingaat*”. Uit deze tabel kwam naar voren dat beide groepen niet alleen op de totale Machismo/Marianismoschaal significant van elkaar verschilden, ook op itemniveau waren allochtone jongeren machistischer/marianistischer dan autochtone jongeren.

4.7 Correlatietabellen culturele variabelen en seksueel gedrag

In tabel 11 staan de Spearman correlaties tussen de vragen over de seksuele activiteit en condoomgebruik en de mythen over SOA en de Machismo/Marianismoschaal van de respondenten.

Tabel 11: Spearman correlaties tussen seksueel gedrag en condoomgebruik en mythen, machismo/marianismoschaal (n=139)

	Mythen	Machismo/Marianismo
	r	r
Ooit geslachtsgemeenschap gehad	0,11	0,16
Percentage seks met condoom	-0,16	-0,11
Laatste keer condoom gebruikt	0,04	-0,02
Condoom gebruikt afgelopen 12 mnd	0,09	-0,00
Altijd condoom geslachtsgemeenschap	0,02	-0,03
Altijd condoom orale seks	-0,02	-0,23*

*. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,05 (2-tailed)

Uit tabel 11 valt af te lezen dat er geen sterke correlaties bestonden tussen de vragen over seksuele activiteit van de respondenten en de culturele variabelen: mythen over SOA en Machismo/Marianismo. De sterkste en enige negatieve significante correlatie was te zien tussen de machismo/marianismoschaal en de seksuele gedragsvraag “*het altijd gebruiken van condooms tijdens orale seks*” ($r = -0,23$; $p < 0,05$). Echter, concluderend kan men stellen dat de culturele variabelen helemaal niet sterk correleren met seksueel gedrag.

In tabel 12 worden de Spearman correlaties weergegeven tussen seksueel gedrag en condoomgebruik en het stigmatiseren van mensen met herhaaldelijke SOA, en de emotionele reacties.

Tabel 12: Spearman correlaties tussen seksueel gedrag en condoomgebruik én stigmatisering van mensen met herhaaldelijke SOA, en emotionele reacties t.o.v. mensen met herhaaldelijke SOA (n=139)

	Stigma mensen met SOA	Medelijden	Angst	Boos
	r	r	r	r
Ooit geslachtsgemeenschap gehad	-0,03	0,10	0,25**	0,12
Percentage seks met condoom	0,03	0,00	-0,06	0,04
Laatste keer condoom gebruikt	-0,12	0,13	0,19*	0,21*
Condoom afgelopen 12 maand	-0,12	0,04	0,09	0,17
Altijd condoom geslachtsgem.	-0,10	0,06	0,00	-0,08
Altijd condoom orale seks	-0,15	-0,01	0,11	-0,07

*. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,05 (2-tailed)

**.. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,01 (2-tailed)

Wat opvalt aan tabel 12, is dat er geen significante correlaties bestonden tussen het stigmatiseren van mensen met herhaaldelijke SOA en de seksuele gedragsvragen. Van de emotionele reacties correleerde enkel ‘angst voor mensen met herhaaldelijke SOA’ het meest positief met het ‘ooit gehad hebben van geslachtsgemeenschap’ ($r = 0,25$; $p < 0,01$). Daarnaast waren er twee positieve significante correlaties (bij $p < 0,05$); deze waren tussen ‘het hebben van angst voor homoseksuelen’ en ‘bij de laatste keer seks een condoom gebruikt’ ($r = 0,19$) en tussen ‘boos worden als ik aan homoseksuelen denk’ en ‘bij de laatste keer seks een condoom gebruikt’ ($r = 0,21$). Concluderend kan men stellen dat deze onderdelen van de stigmatiseringlijst nauwelijks correleren met de seksuele gedragsvragen.

In tabel 13 staan de Spearman correlaties tussen seksueel gedrag en condoomgebruik en stigmatisering van homoseksuelen, en de emotionele reacties.

Tabel 13: Spearman correlaties tussen seksueel gedrag en condoomgebruik en stigmatisering van homoseksuelen en emotionele reacties t.o.v. stigmatisering van homoseksuelen (n=139)

	Stigma homoseksuelen	Medelijden	Angst	Boos
	r	r	r	r
Ooit geslachtsgemeenschap gehad	0,05	0,16	0,07	0,19*
Percentage seks met condoom	0,03	0,07	0,08	0,01
Laatste keer condoom gebruikt	-0,11	0,17	0,01	0,02
Condoom afgelopen 12 maand	-0,16	0,06	0,04	-0,06
Altijd condoom geslachtsgemeenschap	-0,09	-0,01	-0,07	-0,14
Altijd condoom orale seks	-0,23*	-0,08	-0,18	-0,10

*. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,05 (2-tailed)

Uit tabel 13 komt naar voren dat ook hier sprake was van een geringe relatie tussen deze culturele variabelen en seksueel gedrag. Er waren enkel een tweetal significante correlaties te zien in bovenstaande tabel. Het ‘stigmatiseren van homoseksuelen’ bleek negatief te correleren met ‘het altijd gebruiken van condooms bij orale seks’ ($r = -0,23$; $p < 0,05$). Dit betekende dat hoe vaker men homoseksuelen stigmatiseerde, hoe minder vaak men condooms gebruikte bij orale seks, en vice versa. De andere significante positieve correlatie was tussen de emotionele reactie ‘boos worden als ik aan homoseksuelen denk’ en ‘het wel eens gehad hebben van geslachtsgemeenschap’ ($r = 0,19$; $p < 0,05$). Echter, het stigmatiseren van homoseksuelen correleerde over het algemeen niet met de seksuele gedragsvragen.

4.8 Correlatietabellen culturele variabelen en sociale cognities

In tabel 14 staan de Spearman correlaties tussen de sociale cognities en de culturele variabelen: mythen over SOA en Machismo/Marianismo weergegeven.

Tabel 14: Spearman correlaties tussen de sociale cognities en mythen over SOA en machismo/marianismoschaal (n=139)

	Mythen r	Machismo/Marianismo r
Attitude	-0,24**	-0,36**
Subjectieve norm	0,03	0,07
Zelfeffectiviteit	-0,04	-0,27**
Waargenomen gedragscontrole	-0,13	0,06
Kwetsbaarheid	-0,09	0,03
Ernst	-0,06	-0,23**
Respons effectiviteit	-0,23**	-0,12
Intentie	-0,23**	-0,07

*. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,05 (2-tailed)

** . Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,01 (2-tailed)

Uit tabel 14 is af te leiden dat er wel degelijk een aantal sterke significante correlaties waren tussen de sociale cognities en deze twee culturele factoren. De sterkste correlaties bestonden tussen ‘*mythen over SOA*’ en de individuele sociale cognities ‘*attitude*’, ‘*respons effectiviteit*’ en ‘*intentie tot veilig vrijen*’. En bovendien tussen ‘*Machismo/Marianismo*’ en ‘*attitude*’, ‘*zelfeffectiviteit*’ en ‘*ernst*’. Alle verbanden waren negatief, waaruit geconstateerd kon worden dat bijvoorbeeld hoe meer mythen men heeft over SOA, hoe lager de attitude om condooms te gebruiken en vice versa. Hieruit kon men de conclusie trekken dat er een aantal sociale cognities waren, waaronder met name attitude ten aanzien van condoomgebruik, enige samenhang vertoonden met mythen over SOA en de Machismo/Marianismoschaal.

In tabel 15 staan de Spearman correlaties tussen de culturele variabelen: het stigmatiseren van mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen, de emotionele reacties en de sociale cognities.

Tabel 15: Spearman correlaties tussen de sociale cognities en stigmatisering van mensen met herhaaldelijke SOA en de emotionele reacties t.o.v. het stigmatiseren van mensen met herhaaldelijke SOA (n=139)

	Stigma mensen met SOA	Medelijden	Angst	Boos
	r	r	r	r
Attitude	-0,13	0,10	0,02	0,10
Subjectieve norm	0,09	-0,00	0,01	0,07
Zelf effectiviteit	0,01	0,20*	-0,01	-0,04
Waargenomen gedragscontrole	0,07	0,04	-0,05	-0,08
Kwetsbaarheid	-0,08	-0,09	-0,14	0,08
Ernst	-0,02	0,03	0,01	0,10
Respons effectiviteit	-0,14	-0,04	-0,16	0,01
Intentie	-0,01	0,04	-0,04	0,28**

*. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,05 (2-tailed)

**. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,01 (2-tailed)

In tabel 15 wordt aangetoond dat er geen sterke en significante correlaties bestonden tussen het stigmatiseren van mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen, de emotionele reacties en de sociale cognities. In totaal waren twee correlaties significant, waarvan echter één bij een significantieniveau van 0,01. De sterkste correlatie bestond tussen ‘*boosheid ten aanzien van mensen met herhaaldelijke SOA*’ en ‘*de intentie om condooms te gebruiken*’ ($r=0,28$; $p<0,01$). Opvallend was dat deze correlatie positief uitviel; hieruit kon geconstateerd worden dat hoe meer woede men voelde t.a.v. mensen met herhaaldelijke SOA, hoe hoger de intentie om condooms te gebruiken en vice versa. Echter, over het algemeen kan geconcludeerd worden dat stigmatisering van mensen met herhaaldelijke SOA en de bijbehorende emotionele reacties weinig interacteerden met de sociale cognities.

In tabel 16 staan de Spearman correlaties tussen de sociale cognities en stigmatisering van homoseksuelen en de emotionele reacties.

Tabel 16: Spearman correlaties tussen de sociale cognities en stigmatisering van homoseksuelen en de emotionele reacties t.o.v. het stigmatiseren van homoseksuelen (n=139)

	Stigma homoseksuelen r	Medelijden r	Angst r	Boos r
Attitude	-0,33**	-0,11	-0,09	-0,17
Subjectieve norm	0,15	0,07	0,26**	0,17
Zelf effectiviteit	-0,11	-0,08	-0,17*	-0,16
Waargenomen gedragscontrole	0,07	-0,02	0,13	0,08
Kwetsbaarheid	-0,00	-0,04	0,07	-0,02
Ernst	-0,11	-0,02	-0,07	-0,19*
Respons effectiviteit	-0,07	-0,13	-0,04	-0,08
Intentie	-0,01	0,08	0,09	-0,03

*. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,05 (2-tailed)

** . Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,01 (2-tailed)

Uit tabel 16 komt naar voren dat ook hier een geringe relatie bestond tussen het stigmatiseren van homoseksuelen, de emotionele reacties en de sociale cognities. Er waren enkel twee correlaties significant bij een significantieniveau van 0,01. De eerste correlatie was negatief en was tussen ‘*het stigmatiseren van homoseksuelen*’ en ‘*attitude ten aanzien van condooms*’ en de tweede correlatie was positief tussen ‘*het hebben van angst voor homoseksuelen*’ en ‘*de subjectieve norm*’. Over het algemeen kon men concluderen dat er geen (sterke) relatie bestond tussen de individuele sociale cognities en het stigmatiseren van homoseksuelen.

In tabel 17 staan de Spearman correlaties tussen intentie en de overige sociale cognities.

Tabel 17: Spearman correlaties tussen intentie tot condoomgebruik en overige sociale cognities (n=139)

	Intentie r
Attitude	0,28**
Subjectieve norm	0,44**
Zelfeffectiviteit	-0,04
Waargenomen gedragscontrole	0,34**
Kwetsbaarheid	0,29**
Ernst	0,17*
Respons effectiviteit	0,25**

*. Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,05 (2-tailed)

** . Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0,01 (2-tailed)

In tabel 17 staat aangegeven dat de sociale cognitie ‘intentie’ in significante mate correleerde met de overige individuele sociale cognities. Voornamelijk subjectieve norm had een sterke positieve relatie met intentie tot veilig vrijen ($r = 0,44$; $p < 0,01$). De enige sociale cognitie die

buiten de toon viel was zelfeffectiviteit. Deze toonde in tegenstelling tot de andere sociale cognities een negatieve correlatie aan en was daarnaast ook niet significant.

4.9 Regressieanalyses intentie en gedrag

Op basis van voorgaande correlatieanalyses werd gekeken welke culturele variabelen en sociale cognities significant correleerden met intentie tot condoomgebruik. Naar aanleiding daarvan staat hieronder in tabel 18 een lineaire regressieanalyse van de culturele variabelen ‘mythen over SOA’ en ‘boosheid ten aanzien van mensen met herhaaldelijke SOA’ en sociale cognities op intentie.

Tabel 18: Regressieanalyse van culturele variabelen en sociale cognities op intentie tot veilig seksueel gedrag (n=139)

Analyses	β	β
<i>Blok 1: Culturele variabelen</i>		
Mythen over SOA	-0,07*	-0,04
Boosheid mensen met SOA	0,23***	0,21***
R ²	0,12***	
<i>Blok 2: Sociale cognities</i>		
Attitude		0,27***
Subjectieve norm		0,08**
Waargenomen gedragscontrole		0,31***
Kwetsbaarheid		0,18**
Ernst		0,04
Respons effectiviteit		0,07
R ²		0,45***
Incremental R ²		0,33***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Uit tabel 18 is af te leiden dat beide culturele factoren een relatie vertoonden met intentie tot veilig seksueel gedrag, 12% werd verklaard ($R^2 = 0,12$, $p < 0,001$). Voornamelijk ‘boosheid ten aanzien van mensen met SOA’ was het meest gerelateerd aan intentie. Echter, als gekeken werd naar de relatie tussen culturele factoren middels sociale cognities op intentie, bleek 33% méér verklaard te worden. Naar aanleiding van de correlatieanalyse tussen intentie en de overige sociale cognities werd besloten ‘zelfeffectiviteit’ niet bij de regressieanalyse te betrekken in verband met de negatieve en niet-significante correlatie hiertussen. Kijkend naar de overige sociale cognities kan men zien dat attitude ($\beta = 0,27$, $p < 0,001$) en waargenomen gedragscontrole ($\beta = 0,31$, $p < 0,001$) de belangrijkste voorspellers waren van de intentie tot veilig seksueel gedrag. Sociale cognities waren dus de belangrijkste voorspellers voor intentie tot condoomgebruik.

In tabel 19 volgt een zelfde lineaire regressieanalyse van de culturele variabelen en sociale cognities op het veilige seksuele gedrag in het verleden. Dit was vraag 117 uit de vragenlijst (zie bijlage 1).

Tabel 19: Regressieanalyse van culturele variabelen en sociale cognities op de mate van condoomgebruik in de afgelopen 12 maand (n=95)

Analyses	β	β
<i>Blok 1: Culturele variabelen</i>		
Machismo/Marianismo	-0,13	-0,07
Mythen over SOA	-0,04	-0,01
Stigmatisering mensen met SOA	0,02	-0,07
Medelijden mensen met SOA	-0,02	-0,03
Angst mensen SOA	-0,06	-0,02
Boosheid mensen met SOA	-0,14	-0,08
Stigmatisering homoseksuelen	0,16	0,11
Medelijden homoseksuelen	0,13	0,15
Angst homoseksuelen	-0,14	-0,21
Boosheid homoseksuelen	0,14	0,18
R ²	0,07	
<i>Blok 2: Sociale cognities</i>		
Attitude		0,20
Subjectieve norm		0,16***
Zelfeffectiviteit		0,13
Waargenomen gedragscontrole		0,11
Kwetsbaarheid		-0,01
Ernst		-0,11
Respons effectiviteit		0,03
R ²		0,28***
Incremental R ²		0,22***

*p<0,05; **p<0,01 ; ***p<0,001

In tabel 19 komt naar voren dat de culturele factoren niet samenhangen met het gebruiken van condooms ($R^2 = 0,07$). Men ziet dat zodra de sociaal cognitieve variabelen toegevoegd werden, 22% meer verklaard werd ($R^2 = 0,28$; $p < 0,01$). Echter, alleen subjectieve norm bleek positief significant gerelateerd aan het gedrag in het verleden ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$). De overige sociale cognities konden het condoomgebruik niet verklaren. Hieruit kon men concluderen dat de culturele variabelen niet en de sociale cognities in geringe mate gerelateerd waren aan onveilig seksueel gedrag.

5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Deze masterthese is uitgevoerd naar aanleiding van eerdere onderzoeken naar onveilig seksueel gedrag al dan niet gecombineerd met sociale cognities en culturele factoren. Uit deze onderzoeken, vaak uitgevoerd in niet-westerse landen en culturen, kwam naar voren dat culturele variabelen als gender rollen, mythen over SOA en stigmatisering gerelateerd waren aan sociale cognities en uiteindelijk het seksuele gedrag. Echter, deze uitkomsten konden niet worden aangetoond in dit onderzoek. Culturele factoren waren niet gerelateerd aan intentie en gedrag. Voor zover bekend waren in Nederland nog geen onderzoeken verricht waarbij al deze variabelen onder de loep werden genomen en met elkaar in verband waren gebracht. Met dit gegeven, en daarnaast de noodzaak om het seksuele gedrag van adolescenten in kaart te brengen, gezien het feit dat SOA een steeds vaker voorkomend probleem vormen, werd besloten dit onderzoek uit te voeren onder zowel autochtone als allochtone jongeren in de leeftijdscategorie van 15 tot 23 jaar. De onderzoeksvraag luidde dan ook als volgt:

“Wat is de relatie tussen gender rollen, mythen ten aanzien van SOA en SOA-overdracht, stigmatisering, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag onder autochtone en allochtone adolescenten?”

In totaal namen 139 jongeren deel: 58 autochtone en 81 allochtone adolescenten, 74 jongens en 65 meisjes. De leerlingen volgden een opleiding aan het ROC van Amsterdam. Resultaten toonden aan dat geen verschillen waren tussen allochtone en autochtone adolescenten wat betreft onveilig seksueel gedrag. Daarnaast gaf een zeer grote meerderheid aan geslachtsgemeenschap te hebben gehad. Dit was conform aan de gegevens van het CBS (2003), waar uit onderzoek bleek dat de gemiddelde leeftijd waarop jongeren voor het eerst met iemand naar bed gaan 17 jaar was. Tevens kwam uit de resultaten naar voren dat een relatief klein aantal respondenten altijd een condoom gebruikte bij zowel geslachtsgemeenschap als orale seks. Dit is in overeenstemming met resultaten uit onderzoeken van Yarnall et al. (2003), Gebhardt et al. (2003) en Bryan et al. (1996) waaruit bleek dat door tal van redenen condooms niet altijd werden gebruikt (vb geen condooms aanwezig, schamen om condooms te kopen).

Om bovengenoemde hoofdvraag te beantwoorden, zullen allereerst de deelvragen worden beantwoord om vervolgens tot een concreet antwoord op deze onderzoeksvraag te komen.

5.1 Verschillen autochtone en allochtone adolescenten wat betreft culturele factoren en sociale cognities

Wat betreft gender rollen kwam uit de resultaten naar voren dat er duidelijke verschillen bestonden tussen autochtone en allochtone jongeren op het gebied van machismo en marianismo. Allochtone jongeren waren veel machistischer en marianistischer dan autochtone jongeren. Allochtone adolescenten gaven significant vaker aan dat het bijvoorbeeld schadelijk is voor een man als hij niet klaarkomt en dat het belangrijk is voor een vrouw om als maagd het huwelijk in te gaan. Autochtone jongeren antwoordden significant sterker op de stelling dat het goed is als een man om hulp vraagt bij een moeilijke taak. Uit deze resultaten kon afgeleid worden dat allochtone jongeren vaker vasthielden aan de traditionele rolopvattingen tussen man en vrouw. Dit is in overeenstemming met onder andere onderzoeken in niet-westerse culturen van Ortiz-Torres (2000) en Salyers Bull (1998), waar aangegeven werd dat mannen macho en vrouwen onderdanig behoorden te zijn. Machistische mannen moeten stoer en autoritair zijn; zij “mogen” vreemdgaan. Dit in tegenstelling tot de vrouw, die kuis en onderdanig behoorden te zijn en waarbij vreemdgaan niet is toegestaan. Allochtone jongeren in dit onderzoek hielden vaker vast aan gender rol opvattingen die ze hebben meegekregen van land/cultuur van herkomst.

Wat betreft het geloven in mythen, kan geconcludeerd worden dat ook op dit gebied allochtone jongeren significant hierin vaker geloofden dan autochtone jongeren. Mythen als ‘*SOA kunnen overgedragen worden via het zwembad*’ en ‘*een SOA kan niet overgedragen worden als de man niet klaarkomt*’, werden significant vaker voor waar aangenomen door allochtone adolescenten. De mate van vóórkomen van dit soort mythen was in strijd met de verwachtingen. Aangenomen werd dat men in Nederland beter op de hoogte zou zijn van SOA en SOA-overdracht en dat deze mythen voornamelijk behoorden tot landen waar men niet goed voorgelicht is over deze materie. Boer en Emons (2004) hebben onderzoek gedaan in Thailand naar welke juiste en onjuiste opvattingen men had ten aanzien van HIV overdracht en welke emotionele reacties men had ten aanzien van mensen met HIV/AIDS en AIDS risicogroepen. Naar aanleiding daarvan werd besloten mythen over SOA toe te voegen in dit onderzoek. Gebleken is dat er dus wel degelijk mythen voorkomen onder (voornamelijk allochtone) adolescenten in Nederland en dat dit niet beperkt is tot niet-westerse culturen.

Het stigmatiseren van mensen met herhaaldelijk SOA kwam relatief gezien niet vaak voor. Over het algemeen dachten allochtone jongeren negatiever over mensen met herhaaldelijke SOA, maar dit bleek niet significant af te wijken van de mening van de autochtone jongeren. Ook verschilden autochtone en allochtone adolescenten wat betreft de

emotionele reacties als medelijden, angst en boosheid ten aanzien mensen met herhaaldelijk SOA niet significant van elkaar. Echter, betreffende het stigmatiseren van homoseksuelen waren wel opvallende verschillen gevonden. Allochtone jongeren gaven significant vaker aan homoseksuelen vies te vinden en geen burens, collega's of vrienden te willen zijn met homoseksuelen. Hoewel hier niet getoetst, geven Herek et al. (2003) en Herek en Glunt (1988) hiervoor een verklaring door aan te geven dat homoseksuelen geassocieerd worden met HIV/AIDS en men over het algemeen een bepaalde angst heeft voor deze ziekte. Bovendien wordt HIV/AIDS vaak geassocieerd met 'de dood'. Opvallend was echter dat er geen beduidende verschillen waren tussen autochtone en allochtone jongeren op het gebied van stigmatiseren van mensen met herhaaldelijke SOA. homoseksuelen worden volgens Herek en Glunt (1988) geassocieerd met HIV, een SOA. Logischerwijs zouden mensen met herhaaldelijke SOA dan ook geassocieerd moeten worden met SOA en de dood. De reden waarom de twee groepen verschilden in het stigmatiseren van homoseksuelen, maar niet op het gebied van mensen met herhaaldelijke SOA is onduidelijk.

Tot slot konden geen aanwijzingen gevonden worden dat autochtone en allochtone jongeren beduidende verschillen vertoonden ten aanzien van de sociale cognities. Hoewel autochtone jongeren een hogere attitude, zelfeffectiviteit, mate van ernst en intentie tot veilig vrijen hadden, verschilden ze niet significant van de allochtone jongeren. Deze resultaten betreffende de sociale cognities waren niet van tevoren verwacht, aangezien uit bovenstaande al naar voren kwam dat allochtone jongeren machistischer/marianistischer waren en dat ze in meer mythen geloofden. Deze zaken wezen erop dat het voor de hand zou liggen dat allochtone jongeren dan ook aanzienlijk zouden verschillen in opvattingen over condoomgebruik en veilig vrijen. Met andere woorden, verwacht werd dat allochtone adolescenten een dermate lage attitude, zelfeffectiviteit en dergelijke zouden hebben. Dit was niet het geval.

5.2 Relatie gender rollen, mythen over SOA, stigmatisering en sociale cognities

De tweede subvraag van de probleemstelling onderzocht of er een verband bestond tussen de culturele variabelen en de sociale cognities. Middels correlatieanalyses kwam naar voren dat er een redelijk verband bestond tussen cultuur en cognities. Een achttal negatieve significante correlaties werden gevonden, waaronder met name 'attitude' correleerde met de culturele variabelen 'mythen over SOA', 'Machismo/Marianismoschaal' en 'het stigmatiseren van homoseksuelen'. Daarnaast waren er nog negatieve correlaties tussen 'mythen over SOA' en 'respons effectiviteit' en 'intentie', tussen 'machismo/marianismo' en 'ernst' en tussen 'angst

voor *homoseksuelen*' en *'subjectieve norm'*. Er werd enkel één positieve correlatie gevonden en deze bestond tussen *'boosheid ten aanzien van mensen met herhaaldelijke SOA'* en *'intentie tot condoomgebruik'*. Onderzoeken naar de relatie tussen deze culturele factoren en sociale cognities van de TGG en PMT bleken gering. In één onderzoek echter van Boer en Emons (2004) werden mythen over SOA-transmissie, emotionele reacties richting mensen met AIDS en de PMT met elkaar in verband gebracht. Hieruit kwam onder andere naar voren dat hoe minder mythen men had ten aanzien van SOA-transmissie, hoe hoger de kwetsbaarheid en hoe meer men in staat was de partner over te halen om condooms te gebruiken. Een relatie tussen mythen en kwetsbaarheid kon in dit onderzoek niet gevonden worden. In het onderzoek van Burkholder et al. (1999) werd een relatie gevonden tussen stigmatisering en zelfeffectiviteit. Een hogere mate van stigmatisering leidde tot een lagere condoom zelfeffectiviteit, wat weer een hoger HIV-risico teweegbracht. Deze resultaten konden niet in dit onderzoek worden aangetoond. Er moet geconcludeerd worden dat bij deze steekproef in dit onderzoek, culturele variabelen in redelijke mate correleren met sociale cognities.

5.3 Relatie gender rollen, mythen over SOA, stigmatisering en onveilig seksueel gedrag

De laatste deelvraag behandelde de relatie tussen de culturele variabelen en onveilig seksueel gedrag. Middels correlatieanalyses kon worden gesteld dat een zeer geringe relatie aanwezig was tussen de culturele variabelen en seksueel gedrag. In totaal werd enkel één significante positieve correlatie aangetoond bij een significantieniveau van 0,01, en wel tussen *'angst voor mensen met herhaaldelijke SOA'* en *'het ooit gehad hebben van geslachtsgemeenschap'*. Daarnaast waren er een vijftal significante correlaties bij een significantieniveau van 0,05, maar deze verbanden waren niet sterk. Hoewel uit de literatuur naar voren kwam dat culturele factoren gerelateerd waren aan onveilig seksueel gedrag, moet nu geconcludeerd worden dat bij deze steekproef vrijwel geen relatie bestond. Boer en Emons (2004) hadden in hun onderzoek geconstateerd dat het hebben van onjuiste opvattingen gerelateerd was aan onveilig vrijen. In dit onderzoek werd niet één significante samenhang gevonden tussen seksueel gedrag en mythen over SOA en SOA-overdracht. Het vasthouden aan traditionele gender rol opvattingen was in andere onderzoeken vaak gerelateerd aan onveilige seks. In het onderzoek van Sonenstein (1991) bijvoorbeeld gaven jongen mannen met traditionele opvattingen aan meerdere tijdelijke sekspartners te hebben gehad. Geldstein & Pantelides (1997) gaven daarnaast aan dat adolescente meisjes een hogere kans hadden om moeder te worden. Condoomgebruik was in deze onderzoeken dus gering onder machistische/marianistische

jongeren. Echter, deze resultaten kunnen hier niet geconstateerd worden. Hetzelfde gold voor stigmatisering van zowel mensen met herhaaldelijke SOA en homoseksuelen. Volgens Burkholder et al. (1999) kon het distantiëren van jezelf van HIV/AIDS, veilig seksueel gedrag ondermijnen. Deze resultaten gaven aan dat allochtone jongeren wel vaker homoseksuelen stigmatiseerden dan autochtone jongeren, maar toch waren er geen verschillen in onveilig seksueel gedrag. Redenen voor deze uitkomsten zijn lastig te achterhalen. Wellicht kan men de culturele factoren, als het zijn van een machotype en het stigmatiseren van bijvoorbeeld homoseksuelen, los zien van eigen risicogedrag. Precieze oorzaken kunnen echter niet gegeven worden.

5.4 Relatieve belang culturele variabelen en sociale cognities bij intentie en gedrag

Met behulp van een lineaire regressieanalyse op intentie tot veilig seksueel gedrag werd aangetoond dat de twee culturele variabelen ("*mythen over SOA*" en "*boos worden als men aan mensen met herhaaldelijke SOA denkt*") samen 12% van de intentie tot veilig vrijen verklaarden. Echter, zodra de sociale cognities werden toegevoegd, werd 33% méér verklaard. Met name attitude ten aanzien van condoomgebruik, waargenomen gedragscontrole en kwetsbaarheid voor het oplopen van SOA en ongewenste zwangerschap waren belangrijke voorspellers van intentie. Concluderend kan worden gesteld dat sociale cognities belangrijk zijn als men de intentie tot veilig seksueel gedrag wil onderzoeken.

In een regressieanalyse naar het seksuele gedrag vertoond in het verleden, kwam naar voren dat de culturele variabelen hier niet mee samenhangen. Culturele factoren als gender rollen, mythen en stigmatisering waren niet gerelateerd aan het seksuele gedrag van deze adolescenten. Hoewel wel is aangetoond dat de culturele factoren bij deze jongeren in zekere mate aanwezig waren, bleek dit niet gerelateerd aan hun seksuele gedrag. Verder kwam uit de analyse naar voren dat door toevoeging van de sociale cognities, 22% méér verklaard werd van het gedrag. Maar ook hier moet worden geconcludeerd dat de sociale cognities in beperkte mate gerelateerd waren aan gedrag.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden: uit bovenstaande analyses kan worden geconcludeerd dat de onderzochte culturele factoren geen rol spelen in deze steekproef en dus in de Nederlandse situatie niet relevant zijn. Resultaten uit onderzoeken van Nicoll et al. (1993) naar mythen, Salyers Bull (1998) en Ortiz-Torres et al. (2000) naar Machismo/Marianismo en Burkholder et al. (1999) en Manhart et al. (2000) naar stigmatisering, bleken niet van toepassing in de Nederlandse samenleving. Bovengenoemde onderzoeken waren bovendien uitgevoerd in niet-westerse culturen. Dit zou de reden kunnen

zijn dat deze culturele variabelen geen invloed uitoefenden op de intentie tot en het seksuele gedrag in Nederland. Zowel autochtone als allochtone jongeren zijn mogelijk zo gewend aan de normen, waarden en opvattingen in Nederland, dat deze culturele variabelen hier geen werking hebben. De sociale cognities daarentegen verklaarden wel een aanzienlijk deel van intentie en gedrag en kunnen in de toekomst beter gehanteerd worden voor het voorspellen en verklaren van onveilig seksueel gedrag. Voornamelijk de attitude ten aanzien van condooms, waargenomen gedragscontrole en subjectieve norm blijken bij deze steekproef belangrijke voorspellers van zowel intentie als gedrag.

5.5 Onderzoeksbeperingen

De resultaten van dit onderzoek moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, doordat er naast de behaalde uitkomsten een aantal kanttekeningen geplaatst kunnen worden. Gezien de geringe omvang van de steekproef zou men allereerst in vervolgonderzoek gebruik moeten maken van een grotere steekproef. Daarnaast zou er gestreefd moeten worden naar een betere verdeling autochtoon/allochtoon en jongens/meisjes. Tevens is het verstandig een dergelijk onderzoek op landelijk niveau uit te voeren, in plaats van gecentreerd in één stad. Dit onderzoek vond plaats in Amsterdam, maar er kunnen geheel andere resultaten naar voren komen als ook het oosten, noorden en zuiden van het land worden betrokken in het onderzoek.

Een tweede beperking zijn de gebruikte schalen. De ‘mythen over SOA schaal’ is zelf samengesteld op basis van een klein vooronderzoek. Zoals gebleken uit de resultaten, laat de betrouwbaarheid van deze schaal te wensen over. De vragen over stigmatisering zijn voor een deel gebaseerd op een eerder verschenen onderzoek (Kalichman, 2005), de overige vragen van deze schaal zijn zelf samengesteld. Er is dus weinig bekend over de validiteit van deze schalen. De Machismo/Marianismoschaal is eerder gebruikt in onderzoeken naar seksueel gedrag, echter nooit in Nederland. Er zijn aanwijzingen dat het wel een valide schaal is. Daardoor werd in dit onderzoek uitgegaan van het feit dat een eenduidig construct werd gemeten. Daarnaast zijn de vragen naar de sociale cognities ook eerder gebruikt in onderzoeken. De betrouwbaarheid van de waargenomen gedragscontrole vragen in dit onderzoek, was zeer laag. Echter, in vervolgonderzoek zou men eerst testen moeten verrichten naar de mate van bruikbaarheid van bovenstaande schalen middels validiteitanalyses.

Een laatste beperking is dat dit een cross-sectioneel onderzoek betreft, waardoor er niets gezegd kan worden over oorzaakgevolg relaties. Correlatieanalyses geven enkel het

verband aan, positief of negatief. Dit zegt echter niets over het verband tussen de twee variabelen zelf, dus of het een oorzaak of gevolg betreft.

5.6 Ter afsluiting

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van gelijksoortige onderzoeken in niet-West-Europese landen, met daarin het gegeven te kijken naar hoe adolescenten in Nederland omgaan met veilig seksueel gedrag. Gekeken werd of cultuur een rol speelt bij onveilige seks. Dit is van belang te weten, zodat gezondheidscampagnes hierop kunnen inspelen. Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat de onderzochte culturele variabelen bij deze steekproef een zeer geringe rol spelen bij het uitvoeren van onveilig seksueel gedrag. Hoewel allochtone jongeren aangaven machistisch/ Marianistisch te zijn, meer in mythen te geloven en vaker homoseksuelen te stigmatiseren, is dit niet gerelateerd aan onveilig seksueel gedrag. Sociale cognities blijken de belangrijkste voorspellers van intentie tot condoomgebruik en verklaren het grootste deel van het gedrag. Vervolgonderzoeken zouden dit gegeven verder moeten uitdiepen en interventies zouden zich voornamelijk moeten richten op attitude die men heeft ten aanzien van condoomgebruik, waargenomen gedragscontrole, kwetsbaarheid en intentie tot condoomgebruik. Gebleken is dat adolescenten al op jonge leeftijd seksueel actief zijn en niet altijd veilig vrijen. Maar culturele factoren als machismo/Marianismo, mythen over SOA en stigmatisering blijken niet de reden dat men onveilig vrijt. Hoewel in vervolgonderzoek wel rekening gehouden moet worden met de herkomst van de respondent, zullen voorlichtingscampagnes de meeste aandacht moeten besteden aan de sociale cognities om condoomgebruik en veilige seks te promoten.

REFERENTIES

- Albarracin, D., Fishbein, M., Middlestadt, S. (1998). Generalizing Behavioural Findings across Times, Samples and Measures: A Study of Condom Use. *Journal of Applied Social Psychology, 28*, (8), 657-674.
- Albarracin, D., Fishbein, M., Johnson, B.T., Muellerleile, P.A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 127*, (1), 142-161.
- Azjen, I. (1985). From Intentions to Action: A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl and J. Beckham (Eds.) *Action Control: From Cognitions to Behaviors*. (pp. 11-39) New York, Springer.
- Alonzo, A.A., Reynolds, N.R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory. *Social Science and Medicine, 41*, (3), 303-315.
- Blanton, H., Gerrard, M. (1997). Effect of Sexual Motivation on Men's Risk Perception for Sexually Transmitted Disease: There must be 50 Ways to Justify a Lover. *Health Psychology, 16*, (4).
- Boer, H., Emons, P.A.A. (2004). Accurate and inaccurate HIV-transmission Beliefs, Stigmatizing and HIV Protection Motivation in Northern Thailand. *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 16*, (2), 167-176.
- Boer, H. & Mashamba, M.T. (2005). Psychosocial Correlates of HIV Protection Motivation among Black Adolescents in Venda, South Africa. *AIDS Education and Prevention, 17*, (6), 590-602.
- Boer, H., Rom, E., Fernandez-Arata, J.M. (Submitted). Latino Culture and Safe Sex: The Relations between Gender, Machismo/Marianismo Gender Roles, Social Cognitions and Condom Use among Adolescents in Lima, Peru (2004).
- Bos, A.E.R. (2001). HIV Stigma and Social Interaction: Examining Strategies to Influence Perceivers' Emotional and Behavioral Reactions in Initial Encounters. (Proefschrift). University Maastricht.
- Bos, A.E.R., Kok, G., Dijker, A.J. (2001). Public Reactions to People with HIV/AIDS in the Netherlands. *AIDS Education and Prevention, 13*, (3), 219-228.
- Bryan, A.D., Aiken, L.S., West, S.G. (1996). Increasing Condom Use: Evaluation of Theory-Based Intervention to Prevent Sexually Transmitted Diseases in Young Women. *Health Psychology, 15*, (5), 371-382.
- Bryan, A., Fisher, J.D., Fisher, W.A. (2002). Tests of the Mediational Role of Preparatory Safer Sexual Behavior in the Context of the Theory of Planned Behavior. *Health Psychology, 21*, (1), 71-80.

- Burkholder, G.J., Harlow, L.L., Washkwich, J.-L. (1999). Social Stigma, HIV-AIDS Knowledge and Sexual Risk. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4, 27-44.
- Campbell, C.A. (1995). Male Gender Roles and Sexuality: Implications for Women's AIDS Risk and Prevention. *Social Science and Medicine*, 41, (2), 197-210.
- Carr, R.L., Gramling, L.F. (2004). Stigma: A Health Barrier for Women with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15, (5), 30-39.
- CBS (2002). Sterfte aan AIDS daalt niet verder. Geraadpleegd op 17 Mei, 2006. URL: <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/mens-maatschappij/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2002/2002-908-wm.htm>
- CBS (2003). Gedrag van de Jeugd: Seks, Drugs en Disco. Geraadpleegd op 15 Mei, 2006. URL: <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/mens-maatschappij/leefsituatie/publicaties/artikelen/archief/2003/2003-1195-wm.htm>
- CBS (2004). Eerstejaars WO naar Vooropleiding en Herkomstgroepering, 2002/'03. Geraadpleegd op 9 Juni, 2006. URL: <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/mens-maatschappij/onderwijs/cijfers/incidenteel/maatwerk/eerstejaars-wo-naar-vooropleiding-en-herkomstgroepering-2002-03.htm>
- CBS (2004). Daling aantal tienergeboorten zet door. Geraadpleegd op 17 Mei, 2006. URL: <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/mens-maatschappij/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2004/2004-1507-wm.htm>
- CBS (2005). Opnieuw minder tienermoeders. Geraadpleegd op 14 April, 2006. URL: <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/2005-1730-wm.htm>
- CBS (2005). Sterfte aan AIDS stabiel. Geraadpleegd op 9 Juni, 2006. URL: <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/mens-maatschappij/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/2005-1835-wm.htm>
- Chin, D., Kroesen, K.W. (1999). Disclosure of HIV Infection among Asian/Pacific Islander American Women: Cultural Stigma and Support. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5, (3), 222-235.
- Connor, M., Norman, P. (2005). Theory of Planned Behavior and Health Behavior. In M. Connor & P. Norman (eds.), *Predicting Health Behavior* (pp. 170-222). Berkshire, UK: Open University Press.
- DiIorio, C., Dudley, W.N., Kelly, M., Soet, J.E., Mbwarra, J., Sharpe Potter, J. (2001). Social Cognitive Correlates of Sexual Experience and Condom Use among 13-through 15-Year-Old Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, (3), 208-216.
- Dijker, A.J., Kok, G., Koomen, W. (1996). Emotional Reactions to People with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, (8), 731-748.

- Donovan, B. (2000). The Repertoire of Human Efforts to Avoid Sexually Transmitted Diseases: Past and Present. Part 1: Strategies used before or instead of sex. *Sexual Transmissible Information*, 76, 88-93.
- Dowsett, G.W. (2003). Some Considerations on Sexuality and Gender in the Context of AIDS. *Reproductive Health Matters*, 11, (22), 21-29.
- Duffy, L. (2005). Suffering, Shame and Silence: The Stigma of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16, (1), 13-20.
- Gebhardt, W.A., Kuyper, L., Greunsven, G. (2003). Need for Intimacy in Relationships and Motives for Sex as Determinants of Adolescent Condom Use. *Journal of Adolescent Health*, 33,(3), 154-164.
- Giffin, K., Lowndes, C.M. (1999). Gender, Sexuality, and the Prevention of Sexually Transmissible Diseases: A Brazillian Study of Clinical Practice. *Social Science and Medicine*, 48, (3), 283-292.
- Geldstein, R.N., Pantelides, E.A. (1997). Double Subordination, Double Risk: Class, Gender and Sexuality in Adolescent Women in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 5, (9), 121-131.
- Goodyear, R.K., Newcomb, M.D., Allison, R.D. (2000). Predictors of Latino Men's Paternity in Teen Pregnancy: Test of a Mediational Model of Childhood Experiences, Gender Role Attitudes, and Behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 47, (1), 116-128.
- Herek, G.M., Capitanio, J.P., Widaman, K.F. (2003). "Stigma, Social Risk and Health Policy: Public Attitudes toward HIV Surveillance Policies and the Social Construction of Illness". *Health Psychology*, 22, (5), 533-540.
- Herek, G.M., Glunt, E.K. (1988). An Epidemic of Stigma: Public Reactions to AIDS. *American Psychologist*, 43, (11), 886-891.
- Jemmott III, J.B., Jemmott, L.S., Spears, H., Hewitt, N, Cruz-Collins, M. (1992). Self-Efficacy, Hedonistic Experiences and Condom-Use Intentions among Inner-City Black Adolescent Women: A Social Cognitive Approach to AIDS-Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 13, 512-519.
- Kalichman, S.C., Simbayi, L.C., Jooste, S., Toefy, Y., Cain, D., Cherry, C., Kagee, A. (2005). Development of a Brief Scale to Measure AIDS-Related Stigma in South Africa. *AIDS and Behavior*, 9, (2).
- Maddux, J.E., Rogers, R.W. (1983). Protection Motivation and Self-efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.

- Madru, N. (2003). Stigma and HIV: Does the Social Response Affect the Natural Course of the Epidemic. *Journal of the Association of Nurses in AIDScare*, 14, (5), 39-48.
- Manhart, L.E., Dialmy, A., Ryana, C.A., Mahjour, J. (2000). Sexually Transmitted Diseases in Morocco: Gender Influences on Prevention and Health Care Seeking Behavior. *Social Science and Medicine*, 50, (10), 1369-1383.
- Niccolai, L.M., Ethier, K.A., Kershaw, T.S., Lewis, J.B., Meadec, C.S., Ickovics, J.R. (2004). New Sex Partner Acquisition and Sexually Transmitted Disease Risk among Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health*, 34, (3), 216-223.
- Nicoll, A., Laukamm-Josten, U. (1993). Lay Health Beliefs Concerning HIV and AIDS – A Barrier for Control Programmes. *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 5, (3), 231-241.
- Norman, P., Boer, H., Seydel, E.R. (2005). Protection Motivation Theory. In M. Connor & P. Norman (eds.), *Predicting Health Behavior* (pp.81-126). Berkshire, UK: Open University Press.
- Ortiz-Torres, B., Serrano-Garcia, I., Torres-Burgos, N. (2000). Subverting Culture: Promoting HIV/AIDS Prevention among Puerto Rican and Dominican Women. *American Journal of Community Psychology*, 28, (6), 859-881.
- Pan American Health Organization (PAHO) (2002). Geraadpleegd op 23 December, 2005. URL: <http://www.paho.org/English/AD/GE/GenderandHIV-revised0904.pdf>
- Parker, R., Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action. *Social Science and Medicine*, 57, (1), 13-24.
- Rogers, R.W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rosengard, C., Adler, N.E., Gurvey, J.E., Dunlop, M.B.V., Tschann, J.M., Millstein, S.G., Ellen, J.M. (2001). Protective Role of Health Values in Adolescents' Future Intentions to use Condoms. *Journal of Adolescent Health*, 29, (3), 200-207.
- Sonnenstein, F.L., Pleck, J.H., Ku, L.C. (1991). Levels of Sexual Activity among Adolescent Males in the United States. *Family Planning Perspectives*, 32, 162-167.
- Salyers Bull, S. (1998). Machismo/Marianismo Attitudes, Employment, Education, and Sexual Behavior among Women in Ecuador and the Dominican Republic. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3, (1).
- SOA AIDS, Expertise Centrum voor HIV/AIDS en andere SOA (2006). Geraadpleegd op 18 juni 2006. URL: www.soa aids.nl

- Sutton, S., McVey, D., Glanz, A. (1999). A Comparative Test of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior in the Prediction of Condom Use Intentions in a National Sample of English Young People. *Health Psychology*, 18, (1), 72-81.
- UNAIDS (2006). HIV DATA. Sub-Saharan Africa. Geraadpleegd op 15 November, 2005. URL: http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/SubSaharanAfrica.asp
- UNAIDS (2006). HIV DATA. Middle East And North Africa. Geraadpleegd op 15 November, 2005. URL: http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/MiddleEastAndNorthAfrica.asp
- UNAIDS (2006). HIV DATA. Latin America. Geraadpleegd op 15 November, 2005. URL: http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/LatinAmerica.asp
- World Health Organization (1999). Women and Sexually Transmitted Infections. Geraadpleegd op 15 November, 2005. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs249/en/>
- World Health Organization & UNAIDS (2004). Geraadpleegd op 15 November, 2005. URL: http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_en/Epi04_02_en.htm#P16_3133
- Yarnall, K.S.H., McBride, C.M., Lyna, P., Fish, L.J., Civic, D., Grothaus, L., Scholes, D. (2003). Factors Associated with Condom Use among At-Risk Women Students and Nonstudents seen in Managed Care. *Preventive Medicine*, (37), (2), 163-170.

BIJLAGE 1: DE VRAGENLIJST

Naam school:

Opleiding:

Klas:

Veilig seksueel gedrag

Deze vragenlijst gaat over de voor- en nadelen die jongeren zien aan het gebruik van condooms en hoe ze denken over Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA, zoals chlamydia of gonorrhoe) etc. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen hoe je denkt over dit soort zaken, wordt je gevraagd om alle vragen in te vullen! Omcirkel 1 antwoord per vraag. Als je een antwoord omcirkeld hebt en je wil dit veranderen, zet dan een kruis door het foute antwoord en omcirkel alsnog het juiste antwoord. Hieronder staat een voorbeeld:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Elke dag groenten eten is belangrijk voor me	1	2	3	4	5



Instantie: Universiteit Twente

Hieronder staan vragen over condoomgebruik. Het zijn vragen over hoe je aankijkt tegen condoomgebruik, of je de mening van anderen over condoomgebruik belangrijk vindt, of je het moeilijk vindt om over condooms te praten en in hoeverre je jezelf in staat acht om condooms te gebruiken. Omcirkel achter de vraag in hoeverre je het eens of oneens bent met de stelling. Omcirkel 1 antwoord en vul alle vragen in! Er zijn geen goede of foute antwoorden. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Het gebruik van condooms zal seks minder romantisch maken	1	2	3	4	5
2. Het gebruik van condooms zal seks minder plezierig maken	1	2	3	4	5
3. Het gebruik van condooms zal een vervelende onderbreking zijn van de seks	1	2	3	4	5
4. Het gebruik van condooms zal het seksuele genot van mijn partner verminderen	1	2	3	4	5
5. Het gebruik van condooms zal mijn seksuele genot verminderen	1	2	3	4	5
6. Het gebruik van een condoom zal moeilijk van tevoren te plannen zijn	1	2	3	4	5
7. Het gebruik van een condoom zal weerstand van mijn partner oproepen	1	2	3	4	5
8. Het gebruik van een condoom zal de seks rommelig maken	1	2	3	4	5
9. Het gebruik van een condoom zal mijn partner het idee geven dat ik met iedereen seks heb	1	2	3	4	5
10. Het gebruik van een condoom zal me het gevoel geven dat ik minder man/vrouw ben	1	2	3	4	5
11. Mijn huidige sekspartner vindt dat we condooms moeten gebruiken	1	2	3	4	5
12. Ik trek me veel aan van de mening van mijn huidige sekspartner	1	2	3	4	5
13. Mijn vrienden vinden dat ik een condoom moet gebruiken	1	2	3	4	5
14. Ik trek mij veel aan van de mening van mijn vrienden	1	2	3	4	5

15. Mijn vriendinnen vinden dat ik condooms moet gebruiken	1	2	3	4	5
16. Ik trek mij veel aan van de mening van mijn vriendinnen	1	2	3	4	5
17. Mijn ouders vinden dat ik condooms moet gebruiken	1	2	3	4	5
18. Ik trek me veel aan van de mening van mijn ouders	1	2	3	4	5
19. Voorlichtingcampagnes van de overheid stimuleren mij om condooms te gebruiken	1	2	3	4	5
20. Ik trek mij veel aan van voorlichtingscampagnes van de overheid	1	2	3	4	5
21. Ik vind het moeilijk om te praten over condooms	1	2	3	4	5
22. Ik vind het moeilijk om de seks te onderbreken om een condoom om te doen	1	2	3	4	5
23. Ik vind het moeilijk om vooruit te denken als het om seks gaat	1	2	3	4	5
24. Ik schaam mij als ik condooms koop	1	2	3	4	5
25. Ik vind condooms moeilijk te verkrijgen	1	2	3	4	5
26. Ik ben in staat om met mijn partner over veilig vrijen te praten	1	2	3	4	5
27. Ik ben in staat om mijn partner naar zijn/haar seksverleden te vragen	1	2	3	4	5
28. Ik denk dat mijn partner boos wordt als ik voorstel een condoom te gebruiken	1	2	3	4	5
29. Ik ben bang dat ik een slechte indruk maak op mijn partner als ik voorstel een condoom te gebruiken	1	2	3	4	5
30. Ik heb er veel controle over of ik en mijn partner een condoom gebruiken	1	2	3	4	5
31. Ik vind dat ik in staat ben om mijn partner ervan te overtuigen een condoom te gebruiken	1	2	3	4	5
32. Het ligt vooral aan mij of we een condoom gebruiken	1	2	3	4	5

De vragen hieronder gaan over hoe kwetsbaar je jezelf voelt voor het oplopen van een geslachtsziekte. Tevens zullen er vragen gesteld worden over de ernst van het oplopen van een Seksueel Overdraagbare Aandoening (dit zijn geslachtsziekten als chlamydia en gonorrhoe) en tot slot zullen er een aantal vragen gesteld worden over in hoeverre je jezelf beschermd voelt als je condooms gebruikt. Graag ook hier weer alle vragen invullen en telkens maar 1 antwoord omcirkelen. Er zijn geen goede of foute antwoorden!

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
33. Als ik geen condooms gebruik, loop ik een grote kans om besmet te raken met een seksueel overdraagbare aandoening (SOA)	1	2	3	4	5
34. Als ik geen condooms gebruik is de kans op besmetting met chlamydia groot	1	2	3	4	5
35. Als ik geen condooms gebruik loop ik een grote kans om zwanger te raken	1	2	3	4	5
36. Als ik geen condooms gebruik, heb ik grote kans op het krijgen van gonorrhoe	1	2	3	4	5
37. Als ik veel seksueel wisselende contacten heb en geen condoom gebruik, is de kans op zwangerschap groot	1	2	3	4	5
38. Als ik besmet word met chlamydia, kan ik onvruchtbaar worden	1	2	3	4	5
39. Als ik een SOA zou oplopen, zal ik veel vervelende onderzoeken moeten ondergaan	1	2	3	4	5
40. Als ik een SOA zou oplopen, zal ik lange tijd medicijnen moeten slikken	1	2	3	4	5
41. Als ik besmet word met chlamydia, zal ik me ziek en grieperig voelen	1	2	3	4	5
42. Als ik besmet word met gonorrhoe, zal ik veel pijn hebben bij het plassen	1	2	3	4	5
43. Als ik een SOA zou oplopen, kost me dat veel moeite om het aan mijn ouders te vertellen	1	2	3	4	5
44. Het gebruik van condooms zal mij beschermen tegen HIV/AIDS	1	2	3	4	5
45. Het gebruik van condooms zal mij beschermen tegen chlamydia	1	2	3	4	5
46. Door condooms te gebruiken zal ik beschermd worden tegen gonorrhoe	1	2	3	4	5

47. Condoomgebruik zal de kans op zwangerschap sterk doen afnemen	1	2	3	4	5
48. Door condooms te gebruiken zal ik beschermd worden tegen Hepatitis B.	1	2	3	4	5
<i>Onderstaande vragen gaan over in hoeverre je van plan bent, zowel nu als in de toekomst, om condooms te gaan gebruiken. Gelieve alle vragen invullen en maar 1 antwoord per vraag omcirkelen.</i>					
49. In de toekomst zal ik altijd een condoom gebruiken	1	2	3	4	5
50. In de toekomst zal ik geen seks hebben als het niet mogelijk is om een condoom te gebruiken	1	2	3	4	5
51. In de toekomst zal ik het gebruik van een condoom eisen, zelfs als mijn partner geen condoom wil gebruiken	1	2	3	4	5
52. Als ik een condoom wil gebruiken maar mijn partner niet, dan hebben we geen seks	1	2	3	4	5
53. Als mijn partner geen condoom wil gebruiken, pas ik mij aan de wensen van mijn partner aan	1	2	3	4	5
54. Als mijn partner geen condoom wil gebruiken, probeer ik hem/haar ervan te overtuigen een condoom te gebruiken	1	2	3	4	5

Onderstaande vragen gaan over hoe jij denkt dat SOA (geslachtsziekten) opgelopen en overgebracht kunnen worden. Er zijn twee antwoordmogelijkheden: waar en niet waar. Graag 1 antwoord omcirkelen.

	Waar	Niet waar
55. Een SOA kan opgelopen worden via de wc-bril	1	2
56. Een SOA kan overgebracht worden door hoesten en niezen	1	2
57. Een SOA kan overgedragen worden door het delen van sigaretten	1	2
58. Een SOA kan opgelopen worden door te drinken uit hetzelfde glas van een besmet persoon	1	2
59. Een SOA kan opgelopen worden door te zoenen met een besmet persoon	1	2
60. Muggen/insecten kunnen ook SOA overbrengen	1	2
61. Een SOA kan overgebracht worden via het zwembad	1	2
62. Sommige mensen kunnen wel genezen van een SOA, anderen niet	1	2
63. Sommige mensen zijn immuun voor een SOA of kunnen immuun worden	1	2
64. Als ik me was na onveilige seks, neemt de kans dat ik een SOA oploop af	1	2
65. Sommige SOA gaan vanzelf weer over	1	2
66. Er zijn altijd symptomen aanwezig na een infectie van een SOA	1	2
67. Jongens kunnen geen chlamydia krijgen en meisjes wel	1	2
68. Jongens kunnen wel gonorrhoe krijgen en meisjes niet	1	2
69. Bij gebruik van de pil als voorbehoedsmiddel zijn condooms niet nodig, want je kunt dan geen geslachtsziekte oplopen	1	2
70. Je hebt meerdere sekspartners nodig om een geslachtsziekte op te lopen	1	2
71. Via orale seks kan geen SOA opgelopen worden	1	2
72. Een SOA kan niet overgedragen worden als de man niet klaarkomt	1	2
73. HIV/AIDS kan overgedragen worden door bloedcontact	1	2
74. Een zwangere vrouw kan HIV/AIDS overbrengen op haar kind	1	2
75. Een SOA kan overgedragen worden via anale seks	1	2

Hieronder staan vragen die gaan over hoe je op dit moment denkt over mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen en over homoseksuelen. Graag 1 antwoord omcirkelen. De antwoorden worden anoniem verwerkt!

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
76. Mensen die herhaaldelijk een SOA hebben, zijn vies	1	2	3	4	5
77. homoseksuelen zijn vies	1	2	3	4	5
78. Mensen die herhaaldelijk een SOA hebben, zouden zich moeten schamen	1	2	3	4	5
79. Ik zou geen vrienden willen zijn met iemand die herhaaldelijk een SOA had	1	2	3	4	5
80. Ik zou geen contact willen hebben met mensen die herhaaldelijk een SOA oplopen	1	2	3	4	5
81. Ik zou geen burens willen zijn met mensen die herhaaldelijk een SOA hebben opgelopen	1	2	3	4	5
82. Ik zou niet willen werken met mensen die herhaaldelijk een SOA hebben opgelopen	1	2	3	4	5
83. Ik heb medelijden met mensen die herhaaldelijk een SOA hebben opgelopen	1	2	3	4	5
84. Ik heb angst voor mensen die herhaaldelijk een SOA hebben opgelopen	1	2	3	4	5
85. Ik word boos als ik aan mensen denk die herhaaldelijk een SOA oplopen	1	2	3	4	5
86. Het is de eigen schuld van iemand die besmet is met een SOA	1	2	3	4	5
87. homoseksuelen brengen sneller een SOA over dan heteroseksuelen	1	2	3	4	5
88. homoseksuelen die herhaaldelijk een SOA hebben, zouden zich moeten schamen	1	2	3	4	5
89. Ik heb medelijden met homoseksuelen	1	2	3	4	5
90. Ik heb angst voor homoseksuelen	1	2	3	4	5
91. Ik word boos als ik aan homoseksuelen denk	1	2	3	4	5
92. Ik zou geen contact willen hebben met homoseksuelen	1	2	3	4	5

93. Ik zou geen burens willen zijn met homoseksuelen	1	2	3	4	5
94. Ik zou geen vrienden willen zijn met homoseksuelen	1	2	3	4	5
95. Ik zou niet willen werken met mensen die homoseksueel zijn	1	2	3	4	5
<i>De vragen hieronder gaan over welke rol je toekent aan mannen en vrouwen en hoe je denkt over man-vrouw verhoudingen zowel in het algemeen als wel binnen relaties. Graag elke vraag beantwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden! 1 Antwoord per vraag omcirkelen.</i>					
	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
96. Een man zou zijn emoties niet moeten tonen	1	2	3	4	5
97. Een man kan beter slim zijn dan sterk	1	2	3	4	5
98. Een vrouw zou dezelfde politieke mening moeten hebben als haar man	1	2	3	4	5
99. Een man zou alle belangrijke beslissingen moeten nemen in een huwelijk	1	2	3	4	5
100. Vrouwen zouden geïnteresseerd moeten zijn in politiek	1	2	3	4	5
101. Een man moet kinderen hebben, anders is hij geen echte man	1	2	3	4	5
102. Het is beter, dat een man hulp vraagt bij een moeilijke taak	1	2	3	4	5
103. Het is voor een man belangrijk dat hij wordt gerespecteerd door anderen	1	2	3	4	5
104. Voor een man is zijn gezin de eerste verantwoordelijkheid	1	2	3	4	5
105. Het is belangrijk voor een man om bij zijn opvattingen te blijven	1	2	3	4	5
106. Mannen zouden een deel van het huishoudelijke werk moeten doen	1	2	3	4	5
107. Beslissingen met betrekking tot het huishouden en het gezinsleven zouden gezamenlijk genomen moeten worden	1	2	3	4	5
108. Het is voor vrouwen gevaarlijk om meer te weten over seks dan mannen	1	2	3	4	5

109. Vrouwen moeten de gevolgen aanvaarden als ze met mannen flirten	1	2	3	4	5
110. Een man toont minder respect voor een vrouw als hij met haar over seks praat	1	2	3	4	5
111. Het hebben van seksuele ervaringen voor het huwelijk is belangrijker voor mannen dan voor vrouwen	1	2	3	4	5
112. Het is belangrijk dat een vrouw als maagd het huwelijk ingaat	1	2	3	4	5
113. Het is voor een man schadelijk als hij seksueel opgewonden raakt maar niet klaarkomt	1	2	3	4	5

114. Heb je wel eens geslachtsgemeenschap gehad? Ja Nee

115. In hoeveel procent van de gevallen heb je seks met een condoom?% nvt

116. Heb je de laatste keer dat je seks had een condoom gebruikt?
 ja nee niet van toepassing/ nog nooit seks gehad

117. Hoe vaak heb je een condoom gebruikt in de afgelopen 12 maanden?
 altijd bijna altijd soms nooit niet van toepassing/ nog nooit seks gehad

118. Gebruik je *altijd* een condoom bij geslachtsgemeenschap? Ja Nee

119. Gebruik je *altijd* een condoom bij orale seks? Ja Nee

120. Heb je op dit moment een vaste partner? Ja Nee

Wat is je leeftijd?jaar

Wat is je geslacht? Man Vrouw

Waar is je vader geboren? Nederland Suriname Antillen
 Turkije Marokko Anders, namelijk.....

Waar is je moeder geboren? Nederland Suriname Antillen
 Turkije Marokko Anders, namelijk.....

Waar ben jij geboren? Nederland Suriname Antillen
 Turkije Marokko Anders, namelijk.....

Welk opleidingsniveau volg je? Niveau 1 Niveau 2
 Niveau 3 Niveau 4

Wat is je huidige woonsituatie?
 Bij ouders/verzorgers Samen met vaste partner Samen met anderen
 Alleen In een tehuis Geen vaste woonplek