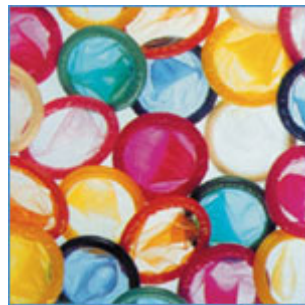


Studenten & Seks & Soa



Een onderzoek naar determinanten van veilig vrijen en testen op soa onder studenten in de regio IJssel-Vecht

Afstudeerscriptie voor de opleiding
Toegepaste Communicatiewetenschap
Universiteit Twente, Enschede

Onderzoek in opdracht van
GGD Regio IJssel-Vecht, Zwolle

Afstudeerder: Karla Kuiperij
Eerste begeleider: Dr. H. Boer
Tweede begeleider: Dr. R.F. Klaassen
Bedrijfsbegeleider: Ir. J.L. Felix



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

ggd



regio ijssel vecht

Voorwoord

In september 2004 ben ik begonnen met mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap van de Universiteit Twente in Enschede. Dit afstudeeronderzoek heb ik uitgevoerd voor de GGD Regio IJssel-Vecht in Zwolle. De afdeling O&O van de GGD Regio IJssel-Vecht had voor mij een interessant onderwerp om te onderzoeken, namelijk: "Hoe moeten wij als GGD de studenten in de regio aanspreken en voorlichten over soa?" Het was voor mij een interessant onderwerp omdat ik in de regio IJssel-Vecht woon en ben opgegroeid en omdat ik zelf, op dat moment, ook nog steeds student was. In feite behoorde ik zelf tot de doelgroep van mijn onderzoek.

Deze scriptie is het resultaat van mijn onderzoek 'Studenten & Seks & Soa' naar determinanten van veilig vrijen en testen op soa onder studenten in de regio IJssel-Vecht. De praktische aanbevelingen zijn in bezit van de GGD Regio IJssel-Vecht.

Bij deze wil ik graag mijn begeleiders vanuit de Universiteit, Henk Boer en Rob Klaassen, bedanken voor hun goede begeleiding bij het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van mijn scriptie. Ik heb met veel plezier met jullie samengewerkt.

Hiernaast wil ik het team O&O van de GGD bedanken, waaronder speciaal mijn praktijkbegeleidster Josien Felix, voor de goede ondersteuning tijdens mijn afstudeeronderzoek. Mijn 'klankbord', de soa-verpleegkundigen van de GGD, Harriëtte Bruins en Henny Nijeboer, wil ik bij deze hartelijk bedanken voor hun hulp bij inhoudelijke vragen over soa en het testen op soa. Ook bedank ik bij deze de andere stagiaires van O&O, Anna, Leonie en Alexandra voor alle gezelligheid op de 'stagiaire-kamer' en daarbuiten, met de 'stagiaires-vereniging'.

Als laatste wil ik familie, vrienden en Martin bedanken voor jullie belangstelling, steun en eindeloze vertrouwen dat ik het zéker zou halen.

Zwolle, juni 2005

Karla Kuiperij

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	7
ABSTRACT	9
1. INLEIDING	11
1.1 SOA IN NEDERLAND	11
1.2 SOA-PREVENTIE VAN DE GGD REGIO IJSSEL-VECHT	13
1.3 PROBLEEMSTELLING	17
2. DETERMINANTEN VAN VEILIG VRIJEN EN TESTEN OP SOA BIJ JONGEREN	19
2.1 DETERMINANTEN VAN GEDRAG	19
2.2 PRIMAIRE PREVENTIE VAN SOA	21
2.2.1 (On)veilig vrijen	21
2.2.2 Kennis over veilig vrijen en soa	23
2.2.3 Attitude ten aanzien van veilig vrijen	24
2.2.4 Belang subjectieve norm wat betreft veilig vrijen	24
2.2.5 Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	24
2.2.6 Kwetsbaarheid	25
2.2.7 Intentie om veilig te vrijen	26
2.2.8 Conclusie literatuur over primaire preventie van soa	27
2.3 SECUNDAIRE PREVENTIE VAN SOA	27
2.3.1 Testen op soa	28
2.3.2 Kennis over testen op soa	30
2.3.3 Attitude ten aanzien van testen op soa	30
2.3.4 Belang subjectieve norm wat betreft testen op soa	31
2.3.5 Zelfeffectiviteit	31
2.3.6 Kwetsbaarheid	31
2.3.7 Intentie om te testen op soa	32
2.3.8 Conclusie literatuur over secundaire preventie van soa	32
2.4 VOORLICHTINGSMETHODEN	32
2.4.1 Informatiebehoefte	33
2.4.2 Belangrijke informatiebronnen	33
2.4.3 Aansprekende voorlichtingsmethoden	34
2.4.4 Conclusie literatuur over voorlichtingsmethoden	34
2.5 ONDERZOEKSVRAGEN	35
3. ONDERZOEKSMETHODE	37
3.1 RESPONDENTEN	37
3.2 VRAGENLIJST	38
3.3 PROCEDURE	42

4. ONDERZOEKSRESULTATEN	43
4.1 VEILIG VRIJEN	43
4.1.1 (On)veilig seksueel gedrag	43
4.1.2 Kennis over veilig vrijen en soa	45
4.1.3 Attitude ten aanzien van veilig vrijen	46
4.1.4 Belang subjectieve norm wat betreft veilig vrijen	49
4.1.5 Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	52
4.1.6 Kwetsbaarheid	52
4.1.7 Intentie om veilig te vrijen	53
4.1.8 Invloed determinanten op veilig vrijen	55
4.2 TESTEN OP SOA	61
4.2.1 Testgedrag	61
4.2.2 Kennis over soa-spreekuur	62
4.2.3 Attitude ten aanzien van testen op soa	62
4.2.4 Belang subjectieve norm wat betreft testen op soa	63
4.2.5 Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa	66
4.2.6 Kwetsbaarheid	69
4.2.7 Intentie om te testen op soa	69
4.2.8 Invloed determinanten op testen op soa	70
4.3 VOORLICHTINGSMETHODEN	79
4.3.1 Informatiebehoefte	79
4.3.2 Belangrijke informatiebronnen	79
4.3.3 Aansprekende voorlichtingsmethoden	80
5 CONCLUSIE	83
5.1 CONCLUSIE ONDERDEEL 'VEILIG VRIJEN'	83
5.2 CONCLUSIE ONDERDEEL 'TESTEN OP SOA'	85
5.3 CONCLUSIE ONDERDEEL 'VOORLICHTINGSMETHODEN'	87
6 DISCUSSIE	89
7 AANBEVELINGEN	91
REFERENTIES	93
BIJLAGE: VRAGENLIJST	97

Samenvatting

Dit onderzoek 'Studenten & Seks & Soa' is een onderzoek naar determinanten van veilig vrijen testen op soa en is uitgevoerd onder studenten in de regio IJssel-Vecht. Het onderzoek is gedaan in opdracht van de GGD Regio IJssel-Vecht.

De probleemstelling is de volgende: "Welke determinanten zijn van invloed op soa-preventiegedrag van studenten?" In het onderzoek is gekeken naar het (on)veilig vrijgedrag en het testgedrag van studenten en de invloed van verschillende determinanten hierop. Hiernaast is onderzocht welke voorlichtingsmethoden geschikt zijn voor studenten bij voorlichting over soa. In deze scriptie is een duidelijke rode draad te zien van drie deelonderwerpen; primaire preventie van soa (veilig vrijen), secundaire preventie van soa (testen op soa) en voorlichtingsmethoden.

Het onderzoek is uitgevoerd in de vorm van een schriftelijke vragenlijst. Deze vragenlijst is persoonlijk uitgedeeld en weer ingenomen tijdens verschillende hoorcolleges van studenten van de opleidingen Commerciële Economie en Sociaal Pedagogische Hulpverlening van Hogeschool Windesheim in Zwolle. In totaal hebben 164 studenten de vragenlijst ingevuld. De gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd in SPSS.

Over het onderdeel 'primaire preventie van soa' is in de literatuur al veel bekend. De uitkomsten van het eigen onderzoek kwamen goed overeen met de literatuur en de GGD kan daarom de landelijke gegevens over veilig vrijen ook in de regio IJssel-Vecht gebruiken. Het condoomgebruik en de intentie om een condoom te gebruiken onder jongeren is laag. Een groot deel van de respondenten loopt risico op soa omdat hun reden om geen condoom te gebruiken het gevaar voor soa niet uitsluit. De respondenten hebben een negatieve attitude ten aanzien van condoomgebruik en ook de kennis over soa is onvoldoende. De gekozen determinanten blijken 32% van de intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner. De intentie om in de toekomst veilig te vrijen met een vaste partner werd niet voorspeld door de gebruikte determinanten. Waarschijnlijk zijn hierbij andere determinanten van invloed. Gedrag wordt slechts voor een klein deel voorspeld door intentie. Andere determinanten, met name subjectieve norm 'partner', voorspelden het gedrag voor 42%.

Over het onderdeel 'secundaire preventie van soa' is in de literatuur nog maar weinig bekend. Onderzoek naar testen op soa beperkt zich meestal tot het testen op hiv en dan vaak voor bepaalde risicogroepen. Onderzoek naar achterliggende determinanten van het testen op soa is in de literatuur niet gevonden. Slechts een klein deel van de respondenten uit het onderzoek 'Studenten & Seks & Soa' heeft zich in het verleden laten testen. Als reden om zich niet te laten testen wordt vaak aangegeven dat ze geen klachten hebben of dat ze de kans op soa klein achten. De intentie om te testen op soa als er geen klachten zijn is klein. Soa kunnen echter heel goed zonder klachten aanwezig zijn, en blijktbaar zijn studenten zich hiervan niet voldoende bewust. Een groot deel van de respondenten wist niet dat ze zich bij de GGD kunnen laten testen

op soa. Hier is dus nog veel winst te behalen voor de GGD, ook omdat schaamte bij testen op soa bij de huisarts een grotere rol speelt dan bij testen op soa bij de GGD. Het kennen van iemand die zich heeft laten testen op soa blijkt ervoor te zorgen dat mensen bewuster gaan nadenken over de mogelijkheid om zichzelf te laten testen op soa. De gekozen determinanten blijken 28% van de intentie om te testen op soa, bij klachten of als de respondenten bang zijn dat ze wat hebben opgelopen, te voorspellen en 28% te voorspellen van de intentie om te testen op soa bij geen klachten. Opvallend is dat 15% van de intentie om te testen op soa bij geen klachten wordt voorspeld door de intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner. Het verband is positief, dit betekent dat naarmate de intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner lager wordt, de intentie om te testen op soa wanneer er geen klachten zijn, ook lager wordt. Dit is natuurlijk geen positieve constatering voor de soa-preventie.

Over aansprekende informatiebronnen en voorlichtingsmethoden wat betreft veilig vrijen en soa is in de literatuur al veel bekend. Dit geldt niet voor voorlichtingsmethoden wat betreft het testen op soa en wellicht zijn hier wel andere informatiebronnen belangrijk en andere voorlichtingsmethoden geschikt. Respondenten geven echter aan zeer weinig behoefte te hebben aan informatie, terwijl al bleek dat de kennis over bepaalde onderwerpen lang niet voldoende is. Vrienden bleken in het onderzoek de belangrijkste informatiebron. Voorlichting door een verpleegkundige van de GGD werd als meest aansprekende vorm van voorlichting beoordeeld bij voorlichting over veilig vrijen en bij voorlichting over testen op soa.

Dit onderzoek heeft veel interessante conclusies, maar ook een aantal voorstellen voor interessant vervolgonderzoek. Hiernaast worden de volgende vijf aanbevelingen gedaan:

- Bekendheid soa-spreekuur verhogen
 - Jongeren meer bewust maken dat soa vaak zonder klachten aanwezig zijn
 - Stimuleren ook met vaste partner veilig te blijven vrijen
 - 'Fun' en voorlichting combineren
 - Kennis over soa vergroten
-

Abstract

This research 'Students & Sex & Std' is a research among Dutch students in the region IJssel-Vecht about determinants of safe sex and testing on std (sexually transmitted diseases). The research has been done for the 'GGD Regio IJssel-Vecht'.

The main question of this research is: "What determinants are of influence on 'std-prevention behaviour' of students?" In the research, the primary and secondary prevention of std and the influence of certain determinants are examined. Also has been examined what information methods are suitable for informing students on std. This study contains three main subjects; primary prevention of std (safe sex), secondary prevention of std (testing on std) and information methods. The methodology used in this research is written questionnaires. These questionnaires have been distributed personally during several lectures of the courses 'Commercial Economics' and 'Social Pedagogical Aid' within University Windesheim in Zwolle. A total of 164 students completed the questionnaire. The obtained data has been analysed in SPSS.

In the literature there already is a lot of knowledge regarding the subject 'primary prevention of std'. The outcomes of this research 'Students & Sex & Std' correspond well with the literature. For this reason the GGD will be able to use the outcomes of national research for their own region IJssel-Vecht.

Condom use and the intention to use a condom under young people is low. Many research participants are risking std because their reason for not using a condom does not exclude the danger of std. The participants have a negative attitude towards using a condom and also the knowledge concerning std is insufficient. The chosen determinants predict 32% of the intention to have safe sex with a new partner. The intention to have safe sex with a steady partner in the future was not predicted by the chosen determinants. Probably there are other determinants of influence here. Behaviour was only predicted by intention for a small part. Other determinants, particularly the subjective norm 'partner' predicted the behaviour for 42%.

Concerning the subject 'secondary prevention of std' there is very little knowledge in the literature. Research about testing on std is usually limited to testing on hiv and also limited to certain risk groups. Research about determinants of testing on std has not been found in the literature. Only a few participants of the research 'Students & Sex & Std' have been tested for std in the past. The reasons the participants give for not being tested is that they have no symptoms or consider the chance on std small. The intention for testing on std without having symptoms is low. Std however can be present without symptoms, but apparently students are not really aware of this. Many participants did not know that the GGD offers testing on std, so the GGD can gain a lot here, also because sense of shame is a bigger issue within testing on std at the general practitioner than it is within testing on std at the GGD. Knowing someone who has

been tested on std in the past appears to ensure people to more consciously consider the possibility of testing themselves on std. The chosen determinants predict 28% of the intention to test on std when they have symptoms or when they are afraid that they have std. The chosen determinants also predict 28% of the intention to test on std when they have no symptoms. It is interesting to know that 15% of the intention to test on std when there are no symptoms is predicted by the intention to use a condom with a new partner. This relation is positive; it means that when the intention to use a condom with a new partner decreases, the intention to test on std, when there are no symptoms, will also decrease. This is of course not favourable for std prevention.

On the subject 'information methods' regarding safe sex and std there already is much knowledge in the literature. However there is little knowledge in the literature on information methods about testing on std, there might be other information sources important and other information methods suitable here. Participants nevertheless say they have very little need for information, although already has been concluded that the knowledge regarding certain topics was not sufficient. Friends appeared to be the most important source of information.

'Information by a nurse of the GGD' was for the participants the most suitable information method for information about both safe sex and testing on std.

This research has many interesting conclusions, but also a number of proposals for interesting follow-up studies. Besides this the next five recommendations have been developed:

- To raise the familiarity with testing on std at the GGD
- To make young people more conscious that std can be present without symptoms
- To stimulate save sex even with a steady partner
- To combine 'fun' and information
- To increase knowledge on std

1. Inleiding

Soa in Nederland

In Nederland lopen naar schatting 100.000 mensen per jaar een seksueel overdraagbare aandoening (soa) op (Soa Aids Nederland, 2005a). In tabel 1.1 staat een overzicht van het jaarlijkse aantal nieuwe soa-infecties in Nederland.

Tabel 1.1 Jaarlijks aantal nieuwe soa-infecties in Nederland

Soa	Aantal nieuwe infecties
Chlamydia	60.000
Genitale wratten	25.000
Herpes genitalis	12.000
Gonorroë	6.000
Hepatitis B	2.000
Syfilis	750
Hiv-infectie	700
Overige soa	3.000
Totaal	109.450

NB: Soa Aids Nederland geeft geen schatting van het aantal nieuwe infecties van bacteriële vaginose, candida-infectie, schurft, schaamluis en trichomonas. Deze soa worden niet meegenomen in de soa-registratie bij GGD'en en Soa Aids Nederland heeft ook geen beeld van hoe vaak deze soa in huisartsenpraktijken worden gezien.

(Bron: Soa Aids Nederland, 2005d)

Ondanks grote inzet van voorlichtingscampagnes en testvoorzieningen komen soa veel voor (zie tabel 1.1), waaronder een aantal soa met ernstige gevolgen zoals hiv, syfilis en ook hepatitis B. Chlamydia is de meest voorkomende soa met ongeveer 60.000 infecties per jaar. Deze soa geeft meestal geen klachten maar kan op langere termijn tot onvruchtbaarheid leiden bij vrouwen (Soa Aids Nederland, 2004a). Chlamydia is echter wel goed te behandelen, mits er op tijd behandeld wordt. Nederlanders zijn in het algemeen nog onvoldoende op de hoogte van de risico's om een soa op te lopen. Ook hebben ze weinig kennis van mogelijke klachten die een infectie kan veroorzaken. Hiernaast onderschatten ze vaak de gevolgen van een niet-behandelde soa (Stichting soa-bestrijding, 1998).

Sinds 1995 is er een stijging van het aantal gevonden soa (Soa Aids Nederland, 2004a). Deze stijging wordt veroorzaakt door een terugval in onveilig vrijgedrag (Soa Aids Nederland, 2004b). Hiernaast is de stijging voor een klein deel te verklaren door gevoeliger laboratoriumtesten, waardoor soa makkelijker worden vastgesteld. Maar de stijging van soa komt vooral doordat er meer onveilig gevreeën wordt. Ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking heeft wisselende seksuele contacten en loopt dus, indien onveilig wordt gevreeën, risico op een soa-infectie. Deze groep verandert voortdurend van samenstelling. Duidelijk is wel dat veel jonge

mensen tot deze groep behoren (Stichting soa-bestrijding, 2000). De meeste infecties komen voor bij mensen tot 30 jaar. Dit komt doordat deze groep de meeste wisselende contacten heeft en daarbij onveilig vrijt. Tabel 1.2 geeft een overzicht van het jaarlijkse aantal soa naar leeftijd.

Tabel 1.2 Jaarlijks aantal soa naar leeftijd

Leeftijd	Jaarlijks aantal soa
0-14	550
15-19	8.800
20-24	27.500
25-29	27.500
30-34	16.500
35-39	11.000
40-49	11.000
50 en ouder	5.500

(Bron: Stichting soa-bestrijding, 1999)

Uit de tabel 1.2 blijkt dat prevalentie van soa het hoogst is in de leeftijd 20 tot 30 jaar. Maar ook bij personen boven de 30 jaar komt soa nog redelijk veel voor. Duidelijk is wel dat soa onder jongeren veel voorkomen. In Nederland loopt naar schatting 1 op de 10 jongeren voor zijn of haar 25^e jaar een soa op (Stichting soa-bestrijding, 1999). 60% van alle soa in Nederland komt voor bij jongeren tot 30 jaar (zie tabel 1.2). 34% van alle soa komen voor bij jongeren tot 25 jaar (zie tabel 1.2), maar bij vrouwen met gonorroe en chlamydia is meer dan 65% jonger dan 25 jaar; dit percentage is al jaren hoog en stabiel (RIVM, 2004). Jongeren hebben vaak meerdere kortdurende relaties na elkaar. Zelf zien jongeren zo'n relatie als vaste verkering, waardoor er al snel geen condooms meer worden gebruikt (Soa Aids Nederland, 2004c). Uit een onderzoek onder 1018 scholieren van 12 tot 19 jaar van Schaalma, Aarts, Kok & Peters (1992) blijkt dat jongeren met relatief veel ervaring op seksueel gebied condooms vaak niet consistent gebruiken. Ook geven die ervaren scholieren aan dat ze vooral problemen verwachten met het volhouden van consistent condoomgebruik in een vaste relatie.

Preventie van soa in Nederland

Preventie van soa kan op twee manieren; door primaire preventie en door secundaire preventie. Primaire preventie van soa is het voorkómen van soa door het stimuleren van veilig vrijen. Hiernaast is ook het vaccineren tegen bijvoorbeeld Hepatitis B een vorm van primaire preventie, omdat op deze manier Hepatitis B voorkómen wordt. Bij secundaire preventie van soa wordt geprobeerd mensen in een vroeg stadium van soa te identificeren zodat gerichte behandeling mogelijk is om erger te voorkomen (Brug et al., 2001). Hierbij moet gedacht worden aan consequenties voor de persoon zelf (chlamydia kan bij vrouwen bijvoorbeeld leiden tot onvruchtbaarheid), maar ook consequenties voor anderen door (onbewuste) verspreiding van soa. Voorlichting speelt bij beide vormen van preventie een belangrijke rol.

De soa- en hiv-bestrijding heeft zich de afgelopen jaren voornamelijk geconcentreerd op primaire preventie. Echter een actief testbeleid (secundaire preventie) is hiernaast ook belangrijk. Met een actief testbeleid wordt nagestreefd om naast primaire preventie een extra bijdrage te leveren in het voorkomen van de verspreiding van soa en hiv. "Primaire en secundaire preventie gaan op deze wijze samen en versterken elkaar", aldus de Stichting soa-bestrijding, Stichting Aids Fonds, Schorerstichting, Hiv Vereniging Nederland en de GG&GD Amsterdam (2002).

Vanuit de Nederlandse politiek is veel aandacht voor het gezondheidsprobleem soa. Staatssecretaris Ross-van Dorp van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en minister Hoogervorst van VWS, noemen het een zorgwekkende ontwikkeling dat het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen in ons land is toegenomen (VWS, 2003b). Ook zien ze soa niet alleen als individueel probleem, maar ook als maatschappelijk probleem. In een brief aan de Tweede kamer (VWS, 2003a) geeft minister Hoogervorst van VWS aan dat, in het kader van preventie van soa, voorlichting alleen niet voldoende is: *"Nationale en internationale deskundigen adviseren om het bestrijden van soa niet te beperken tot voorlichting. Zij bepleiten meer te investeren in het voorkómen van het verspreiden van soa door vroeg opsporen en behandelen."* Ook de politiek onderschrijft dus de noodzaak van primaire én secundaire preventie van soa. Om deze reden is soa-preventie één van de taken van de GGD. Voorlichting is, zoals gezegd, bij beide preventievormen van groot belang. Hier ligt dan ook een belangrijke taak voor de GGD.

Soa-preventie van de GGD Regio IJssel-Vecht

GGD Regio IJssel-Vecht is een onderdeel van Regio IJssel-Vecht en is gevestigd in Zwolle. Regio IJssel-Vecht is een samenwerkingsverband van twaalf gemeenten in Noordwest- en Noordoost Overijssel en Gelderland (zie figuur 1.1), met in totaal ruim 420.000 inwoners. *"Met en voor deze gemeenten werkt de Regio IJssel-Vecht aan de ontwikkeling van een gebied waarin het goed leven, wonen, werken en recreëren is"*, zo wordt gesteld op de site van Regio IJssel-Vecht.



Figuur 1.1 Gemeenten die deel uitmaken van de regio IJssel-Vecht

Regio IJssel-Vecht bestaat uit vijf sectoren:

- Regionaal Geneeskundig Functionaris
 - Regionale Ontwikkeling en Milieu
 - Regionale Brandweer IJssel-Vecht
 - GGD Onderzoek en Ontwikkeling
 - GGD Preventieve Zorg
- } Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD)

De GGD Regio IJssel-Vecht voert gemeenschappelijke taken uit die de deelnemende gemeenten hebben op het gebied van de openbare gezondheidszorg. De werkzaamheden van de GGD zijn onder andere gericht op infectieziektenbestrijding, milieu en gezondheid, reizigersadvisering en soa/hiv-preventie. Voor de uitvoering van de volksgezondheidstaken bestaat de GGD uit twee sectoren: 1. De sector Onderzoek en Ontwikkeling en 2. De sector Preventieve Zorg.

Sector Onderzoek en Ontwikkeling

De sector Onderzoek en Ontwikkeling (O&O) voert taken uit op de gebieden beleidsontwikkeling en onderzoek en is verantwoordelijk voor ondersteuning van de uitvoerende taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg.

Bij de afdeling O&O werken onder andere beleidsmedewerkers die werkzaam zijn voor deelterreinen van de sector Preventieve Zorg, zoals de openbare (geestelijke) gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg. Hiernaast werken bij de afdeling O&O mensen op het gebied van GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) welke werkzaam zijn als projectleider van verschillende projecten (o.a. project 'Protect yourself: Rubbers on!' en project 'De gezonde Hap & Stap vierdaagse'). Voor de uitvoering van de projecten worden verpleegkundigen van de sector Preventieve Zorg ingezet. Hiernaast werken bij de afdeling O&O onder andere een communicatiemedewerker en twee epidemiologen, die regelmatig de gezondheidstoestand van (groepen uit) de bevolking in kaart brengen.

Sector Preventieve Zorg

De sector Preventieve Zorg verricht uitvoerende taken, verdeeld over twee afdelingen, namelijk de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de Algemene Gezondheidszorg (AGZ).

Binnen de sector Preventieve Zorg en de afdeling AGZ valt soa/hiv-preventie. Het belangrijkste onderdeel van de soa/hiv-preventie van de GGD Regio IJssel-Vecht zijn de anonieme soa-sprekken. De soa-verpleegkundigen van de afdeling soa/hiv-preventie houden drie keer per week een anoniem spreekuur voor testen op soa en hiv. Hiernaast is er een keer per week een telefonisch spreekuur voor vragen over veilig vrijen, soa en het testen op soa. De afdeling soa/hiv-preventie houdt bij hoeveel bezoekers ze op het spreekuur krijgen. In tabel 1.3 staat hiervan een overzicht.

Tabel 1.3 Ontwikkeling in het aantal bezoekers anoniem soa-spreekuur van de GGD Regio IJssel-Vecht in de periode 2000 t/m 2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Aantal consulten	348	418	607	816	1311
Aantal vrouwen	165	222	326	441	680
Aantal mannen	167	194	281	375	631
Specifieke risicogroepen					
Homomannen			43	71	185
Bimannen			4	21	13
Prostituees			10	59	125
Aantal testen	342	319	507	684	880
Urinetest soa (gonorroe/chlamydia)	132	127	248	362	532
Hiv-test	79	23	30	33	34
Urinetest soa, bloedtest soa én hiv-test	131	169	229	289	314
Positieve uitslagen	41	32	81	59	87
Chlamydia	18	21	41	33	59
Gonorroe	6	3	14	4	4
Hiv	0	0	0	3	0
Syfilis	0	1	5	5	9
Herpes genitalis	0	1	3	2	2
Genitale wratten	0	5	8	5	10
Hepatitis B	0	0	0	1	0
Overig	17	2	10	6	3

(Bron: GGD Regio IJssel-Vecht, 2005)

Van 2000 tot 2004 is het aantal testen op soa tijdens het anonieme soa-spreekuur sterk toegenomen; van 342 testen in 2000 tot 880 testen in 2004, een stijging van ruim 250%. Ook het aantal positieve uitslagen stijgt; van 41 in 2000 tot 87 in 2004. Het aantal personen dat zich laat testen uit specifieke risicogroepen (homomannen, bimannen en prostituees) is ook toegenomen. Dit is voor een deel toe te schrijven aan de landelijke campagne 'Gratis hepatitis B-vaccinaties voor risicogroepen'. Het aandeel van de risicogroepen is ongeveer 25% van het totale aantal bezoekers en de stijging in het aantal bezoekers van het anonieme soa-spreekuur is dus met name toe te schrijven aan de heteroseksuelen (75% van de bezoekers in 2004). De leeftijd van de bezoekers wordt bij de GGD Regio IJssel-Vecht niet geregistreerd. Van de Laar & Op de Coul (2004) geven wel gegevens over de leeftijd van de bezoekers van soa-sprekuren van GGD'en en soa-poliklinieken in Nederland. Tabel 1.4 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 1.4 Aantal van soa-sprekuren in 2003 in Nederland naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
0-14	36	0%	62	0%	98	0%
15-19	765	3%	2.447	13%	3.213	8%
20-24	4.398	19%	7.198	37%	11.599	27%
25-29	4.728	21%	4.399	23%	9.132	21%
30-34	4.114	18%	2.243	12%	6.367	15%
35-39	3.304	14%	1.375	7%	4.682	11%
40-44	2.457	11%	849	4%	3.307	8%
45-49	1.384	6%	542	3%	1.927	5%
50-54	925	4%	244	1%	1.169	3%
55 +	999	4%	181	1%	1.180	3%
Totaal	23.110	100%	19540	100%	42.674	100%

(Bron: Van de Laar & Op de Coul, 2004)

In tabel 1.4 kunnen we lezen dat 35% van de bezoekers in 2003 jonger is dan 25 jaar. Van de mannen is 23% jonger dan 25 jaar en van de vrouwen is 50% jonger dan 25 jaar. De leeftijd waarop mannen zich laten testen op soa ligt gemiddeld duidelijk hoger dan de leeftijd waarop vrouwen dat doen (zie tabel 1.4). Van de Laar & Op de Coul (2004) geven in hun rapport ook een overzicht naar leeftijd voor het aantal testen op chlamydia, inclusief het percentage dat positief getest is (zie tabel 1.5).

Tabel 1.5 Aantal testen en positieve uitslagen in 2003 in Nederland voor chlamydia naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Mannen		Vrouwen	
	n	% positief	n	% positief
0-14	22	9%	46	9%
15-19	616	15%	2.256	16%
20-24	3.582	13%	6.830	11%
25-29	3.518	10%	4.149	7%
30-34	2.745	9%	2.071	6%
35-39	1.792	7%	1.240	6%
40-44	1.195	5%	743	5%
45-49	646	3%	487	4%
50-54	437	5%	223	4%
55 +	487	3%	154	3%
Totaal	15.063	9%	18.199	9%

(Bron: Van de Laar & Op de Coul, 2004)

Uit tabel 1.5 wordt duidelijk dat vooral jongeren vaak positief getest worden op chlamydia.

Naast de soa-sprekuren geven de soa-verpleegkundigen van de GGD Regio IJssel-Vecht op aanvraag voorlichting aan onder andere scholen en jongerencentra. De voorlichting is op dit moment dus opportunistisch van karakter. Ook bij bepaalde evenementen (o.a.

Extravaganzabeurs en de HBO-intro) is de GGD aanwezig om vragen van mensen te beantwoorden en materialen zoals folders en condooms uit te delen. Verder kan de GGD (tijdelijk)

een gratis vaccinatie hepatitis B aanbieden aan mensen die extra risico lopen op hepatitis B en loopt ook het zogenaamde spuitomruilproject; drugsgebruikers kunnen gebruikte spuiten omruilen voor nieuwe.

Jongeren in de leeftijdscategorie tot 25 jaar nemen 35% (zie tabel 1.2) van de in Nederland geconstateerde soa voor hun rekening. Zij dienen daarom als een belangrijke doelgroep in de soa-preventie beschouwd te worden (Vogels, Buitendijk, Bruil, Dijkstra & Paulussen, 2002). De GGD Regio IJssel-Vecht beschouwt jongeren zeker als een belangrijke doelgroep in de soa-preventie, maar haar voorlichtingsactiviteiten hebben zich in het verleden met name gericht op jongeren tot en met het middelbare onderwijs (ongeveer t/m 16 jaar). Vanuit de GGD Regio IJssel-Vecht bestond de behoefte om ook gerichte voorlichtingsactiviteiten op te zetten voor de wat oudere jongeren, ofwel studenten in de leeftijdscategorie 17 tot 25 jaar in de regio IJssel-Vecht. De GGD vond dat ze te weinig aandacht besteedde aan deze doelgroep en wilde een interventie opstarten. Omdat er bij de GGD te weinig kennis was over deze doelgroep en omdat de GGD graag goed aan wilde sluiten bij de behoeften van de doelgroep was een interventievoorbereidend onderzoek noodzakelijk. Tijdens het onderzoek is gekeken naar de mogelijkheden van primaire én secundaire preventie van soa.

Probleemstelling

De GGD Regio IJssel-Vecht wilde zich bij de doelgroep studenten richten op primaire én secundaire preventie. De GGD wilde weten hoe ze studenten in haar regio, in de leeftijdscategorie 17 tot 25 jaar, voor moet lichten over deze twee onderwerpen. Het onderzoek heeft zich dus gericht op primaire preventie van soa, secundaire preventie van soa en geschikte voorlichtingsmethoden bij voorlichting over soa.

De probleemstelling is als volgt:

Welke determinanten zijn van invloed op soa-preventiegedrag van studenten?

2. Determinanten van veilig vrijen en testen op soa bij jongeren

Door de rest van de scriptie loopt een soort driedelige rode draad; Primaire preventie van soa (veilig vrijen), secundaire preventie van soa (testen op soa) en voorlichtingsmethoden. In dit hoofdstuk wordt inleidend op de rest van de scriptie uiteengezet wat in de literatuur bekend is over deze drie onderwerpen.

Determinanten van gedrag

Een theorie die veel gebruikt wordt bij vraagstukken die samenhangen met veilig vrijen is de theorie van gepland gedrag van Icek Ajzen (Ajzen, 2002). In de theorie van gepland gedrag wordt gesteld dat gedrag het best te voorspellen is door aan mensen te vragen of zij van plan zijn om dat gedrag te vertonen (Brug et al., 2001), dit wordt dan intentie genoemd. Bijvoorbeeld: Als men wil voorspellen of een student een condoom zal gebruiken bij seksueel contact, kan men vragen of iemand van plan is, de intentie heeft, dat te doen. De theorie van gepland gedrag stelt dat gedrag verklaard wordt door intentie en dat intentie weer verklaard wordt door drie variabelen, de zogenaamde determinanten van gedrag:

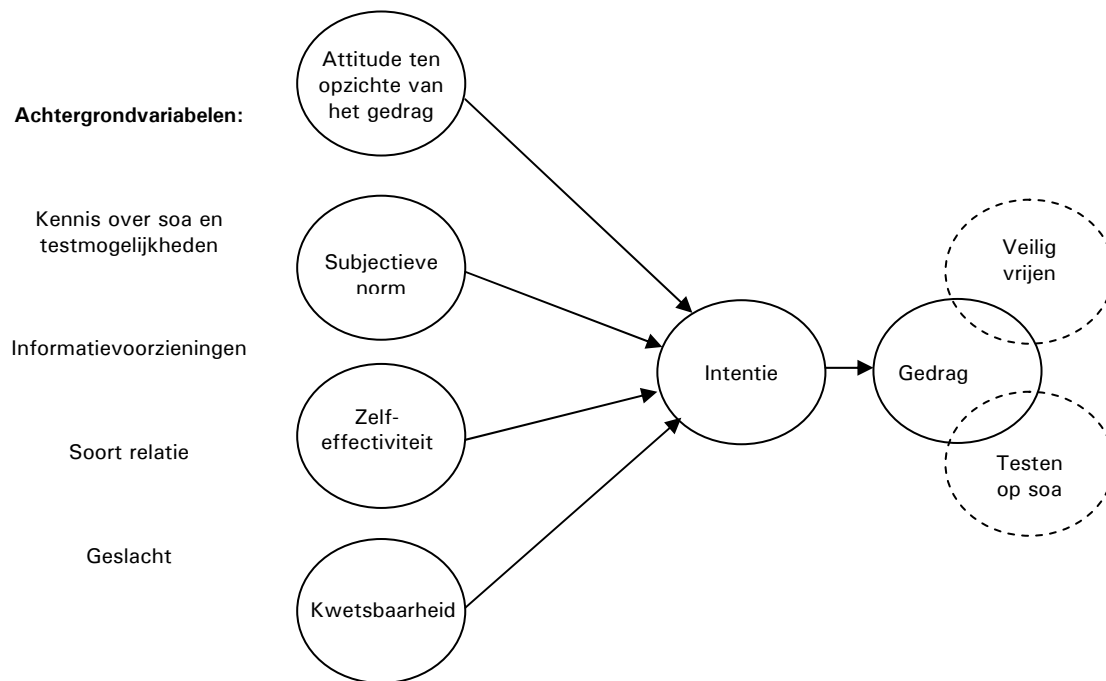
1. Attitude toward the behavior / Attitude ten opzichte van het gedrag;
2. Subjective norm / Subjectieve norm;
3. Perceived behavioral control / Waargenomen gedragscontrole of zelfeffectiviteit.

(Ajzen, 2002)

In sommige studies wordt 'waargenomen gedragscontrole' ook wel eigen-effectiviteitsverwachting of zelfeffectiviteit genoemd. Dit is niet exact hetzelfde, maar toch gebruik ik in mijn scriptie de term zelfeffectiviteit.

Er bestaat naar mijn idee, naast de drie determinanten uit de theorie van gepland gedrag, één belangrijk aspect wat betreft veilig vrijen dat niet expliciet wordt genoemd in de theorie van gepland gedrag, namelijk; kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid wordt wel in verschillende andere theorieën genoemd, zoals het Health Belief Model (HBM) en de Protectie Motivatie Theorie (PMT). In het HBM wordt gesteld dat mensen eerder geneigd zijn tot preventief gedrag wanneer zij denken dat ze bevattelijk zijn voor het gezondheidsrisico (waargenomen vatbaarheid) en wanneer zij denken dat het risico mogelijk ernstige consequenties heeft (waargenomen ernst). Ook in de PMT wordt gesteld dat ernst en kwetsbaarheid samen de inschatting van de dreiging bepalen en zo ook de motivatie om zich tegen de dreiging te beschermen (Brug et al., 2001). Kwetsbaarheid lijkt echter meer van belang dan ernst bij de keuze om al of niet veilig te vrijen of te testen op soa; als men zich niet kwetsbaar voelt wat betreft het oplopen van een soa, kunnen de gevolgen wel ernstig zijn, maar zal dit niet van invloed zijn op het gedrag. Specifiek het

onderdeel 'kwetsbaarheid' is om deze reden meegenomen in het onderzoek en het formuleren van de onderzoeksvragen. Kwetsbaarheid bepaalt ook voor een deel de intentie, daarom wordt deze determinant op hetzelfde niveau als de determinanten uit het TpB-model gezet (zie figuur 2.1).



Figuur2.1 Determinanten die van invloed zijn op veilig vrijen en het testen op soa

Figuur 2.1 kan gelezen worden voor het gedrag 'veilig vrijen' én het gedrag 'testen op soa'. Het gedrag 'veilig vrijen' wordt bepaald door de intentie om veilig te vrijen. De intentie om veilig te vrijen wordt bepaald door de attitude ten opzichte van veilig vrijen, de opvattingen van anderen over veilig vrijen en hoeverre die opvattingen voor de persoon van belang zijn, de inschatting van de persoon in hoeverre hij of zij in staat is veilig te vrijen en de kans die de persoon zichzelf toeschrijft om een soa op te lopen. Het gedrag 'testen op soa' wordt bepaald door de intentie om te testen op soa. De intentie om te testen op soa wordt bepaald door de attitude ten opzichte van het testen op soa, de opvattingen van anderen over het testen op soa en hoeverre die opvattingen voor de persoon van belang zijn, de inschatting van de persoon in hoeverre hij of zij in staat is zich te laten testen op soa en de kans die de persoon zichzelf toeschrijft om een soa te hebben opgelopen.

Alle onderdelen van het model, 'attitude ten opzichte van het gedrag', 'subjectieve norm', 'zelfeffectiviteit', 'kennis', 'kwetsbaarheid', 'intentie', 'gedrag' en ook de achtergrondvariabelen kennis, informatievoorzieningen, soort relatie en geslacht worden meegenomen in het onderzoek. Hierna wordt op basis van figuur 2.1 de literatuur besproken.

Primaire preventie van soa

Naar de determinanten van primaire preventie van soa, ofwel veilig vrijen, is al behoorlijk veel onderzoek gedaan. De literatuur is echter niet altijd actueel en gaat vaak ook niet specifiek over de doelgroep studenten in de leeftijdscategorie 17 tot 25, zoals in mijn onderzoek, maar over jongeren in een bredere leeftijdscategorie. In deze paragraaf wordt toch een zo goed mogelijk beeld gegeven van de relevante literatuur over primaire preventie van soa.

(On)veilig vrijen

De GGD Regio IJssel-Vecht (2003) heeft een zogenaamde gezondheidsmonitor gehouden onder 2032 jongeren in de regio IJssel-Vecht in de leeftijdscategorie 12 tot 24 jaar. In deze gezondheidsmonitor is een vraag over condoomgebruik opgenomen, namelijk: "De keren dat je met iemand naar bed bent geweest, zijn er toen condooms gebruikt?" 25% van de respondenten heeft aangegeven altijd een condoom te gebruiken. 75% van de respondenten heeft dus aangegeven niet altijd een condoom te gebruiken. Jongens (30%) geven vaker aan altijd een condoom te gebruiken dan meisjes (21%).

Uit onderzoek van Vanwesenbeeck et al. (2003) onder 1590 VMBO-scholieren, met een gemiddelde leeftijd van 14 jaar, geeft 68% van de respondenten (n = 1590) aan bij de laatste keer geslachtsgemeenschap een condoom te hebben gebruikt. Dit percentage ligt een stuk hoger dan het percentage uit de gezondheidsmonitor van de GGD. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de respondenten gemiddeld veel jonger waren, want condoomgebruik neemt af bij een hogere leeftijd (Bakker, Vanwesenbeeck & Zimbile, 2003).

Bakker et al. (2003) onderzochten het condoomgebruik bij jongeren van 14 tot 35 jaar (n = 1084), gemeten over een half jaar. Naar aanleiding van de vraag "Heeft u afgelopen 6 maanden iets gedaan om te voorkomen dat u met soa werd besmet?", uit hun onderzoek, bleek dat 80% procent van de respondenten met een vaste partner en 31% van de respondenten met (ook) losse partner(s), het afgelopen half jaar niets gedaan te hebben om zich tegen soa te beschermen. 17% van de respondenten met een vaste relatie en 63% van de respondenten met een losse relatie zegt een mannencondoom gebruikt te hebben. Het gebruik van een condoom neemt af met de leeftijd, aangezien dan vaker sprake is van een vaste relatie. Het is met deze vraagstelling echter niet duidelijk of het condoomgebruik consistent was omdat gevraagd wordt of de respondent de afgelopen 6 maanden iets gedaan heeft om soa te voorkomen en niet of de respondent consistent condooms heeft gebruikt. Een overschatting van het condoomgebruik is bij deze vraagstelling waarschijnlijk. Bakker et al. (2003), hebben echter ook een vraag over condoomgebruik gesteld die beter inzicht geeft in het structurele condoomgebruik; "Hoe vaak heeft u in het afgelopen half jaar condooms gebruikt met uw vaste / losse partner voor vaginale

seks?“. Hieruit blijkt dat in totaal 12% van de respondenten met vaste partner en 56% van de respondenten met losse partner het afgelopen half jaar altijd condooms heeft gebruikt.

Seks onder je 25^e is een onderzoek onder 4901 jongeren in de leeftijd 12 tot 25 jaar. De eindresultaten van het onderzoek worden in juli 2005 uitgegeven, maar op het moment van schrijven zijn al wel resultaten bekend. Uit het onderzoek (Soa Aids Nederland, 2005e) blijkt dat bij de vraag naar condoomgebruik bij de laatste partner, in vaste relaties, een minderheid van de jongeren altijd een condoom gebruikt (27% van de jongens en 17% van de meisjes). Als het gaat om losse relaties gebruikt meer dan de helft altijd een condoom (62% van de jongens en 53% van de meisjes).

De uitkomsten van de onderzoeken van Bakker et al. (2003) en Soa Aids Nederland (2005b) wat betreft condoomgebruik komen redelijk overeen. Gemiddeld gebruiken 6 op de 10 jongeren in een losse relatie een condoom en 1 op de 6 jongeren in een vaste relatie een condoom. Er is dus een zeer groot deel van de jongeren dat onveilig vrijt en risico loopt op een soa. Er moet ook rekening gehouden worden met het feit dat in de onderzoeken de respondent zelf aan kon geven of hij of zij een vaste relatie heeft. Een vaste relatie is onder jongeren echter niet altijd heel vast. Jongeren hebben vaak diverse opeenvolgende relaties, die zij zelf als vaste verkeren beschouwen (RIVM, 2002). Geconcludeerd kan worden dat het condoomgebruik onder jongeren laag is en dat voorlichting erg belangrijk blijft.

Redenen om wel een condoom te gebruiken

In het onderzoek van Bakker et al. (2003) wordt gevraagd naar de reden om wél condooms te gebruiken. Van de respondenten met vaste partner geeft 71% het voorkómen van zwangerschap als reden voor condoomgebruik met de vaste partner, 17% noemt het voorkomen van soa als reden om geen condooms te gebruiken met de vaste partner. De reden voor condoomgebruik met een losse partner is voor de meeste respondenten het voorkómen van soa (74%), bij deze respondenten is voor 22% het voorkomen van zwangerschap de belangrijkste reden om een condoom te gebruiken. Het condoom wordt dus vaak als anticonceptiemiddel gebruikt, vooral onder personen met een vaste relatie.

Redenen om geen condoom te gebruiken

Als reden voor het niet gebruiken van condooms met losse partner(s) worden in het onderzoek van Bakker et al. (2003) de volgende genoemd:

- drank op hebben;
- gebruik van anticonceptiepil;
- minder fijn / lekker met condoom;
- geen tijd voor / te spannend;
- het niet voorhanden zijn van condoom;
- het goed kennen van de partner.

In de Gezondheidsmonitor van de GGD Regio IJssel-Vecht (2003) is de volgende vraag gesteld: “De keren dat je zonder condooms geslachtsgemeenschap had, waar kwam dat meestal door?”.

Als reden om geen condoom te gebruiken worden de volgende antwoorden gegeven:

- Omdat de pil gebruikt werd (39%);
- Omdat we vaste verkering hebben (27%);
- Omdat we elkaar vertrouwden (5%);
- Omdat we allebei niet wilden (5%);
- Omdat we geen condooms bij ons hadden (3%).

Geen van de vijf bovenstaande antwoorden zijn goede redenen om geen condoom te gebruiken, er wordt risico op soa gelopen. Wat bijvoorbeeld wel gegronde redenen zouden kunnen zijn om zonder condoom te vrijen is bijvoorbeeld als je beiden getest (en eventueel behandeld) bent op soa of als je alleen met elkaar seks gehad heb, ook in het verleden (of in het verleden altijd veilige seks gehad).

Voor 9% van de respondenten met een vaste partner en 42% van de respondenten uit het onderzoek van Bakker, et al. (2003) met (ook) losse partner(s) heeft zich het afgelopen half jaar wel eens de situatie voorgedaan dat ze een condoom nodig hadden maar er geen bij de hand hadden. Van deze groep heeft bijna de helft (43%) vervolgens vaginale of anale seks gehad zonder condoom.

Kennis over veilig vrijen en soa

Uit het onderzoek van Bakker et al. (2003) blijkt dat 33% van de respondenten weet dat chlamydia de meest voorkomende soa in Nederland is. Bij de vraag “Welke soa kent u” (spontane herinnering) worden hiv/aids (73%), gonorroe (57%) en chlamydia (52%) vaak genoemd. Het percentage dat geen enkele soa weet te noemen is laag; 9%.

Op de open vraag “Weet u wat de gevolgen van chlamydia kunnen zijn?” noemt 47% onvruchtbaarheid (36% van de mannen en 58% van de vrouwen). Op de stelling “Chlamydia kan bij meisjes/vrouwen leiden tot onvruchtbaarheid” antwoordt 82% correct met “juist” (78% van de mannen en 87% van de vrouwen) (Bakker et al., 2003).

Om de kennis op het vlak van seksuele risico's in kaart te brengen is in het onderzoek van Vanweesenbeeck et al. (2002) aan de respondenten gevraagd voor 14 stellingen (bijvoorbeeld “De pil verkleint de kans dat je aids of een andere soa oploopt” en “Als je geen lichamelijke klachten hebt kun je toch een soa hebben”) aan te geven of deze juist of onjuist waren of dat ze het antwoord niet wisten. Gemiddeld werden 60% van de stellingen goed beantwoord. 40% van de stellingen zijn fout beantwoord, dus dit is geen positieve constatering.

Attitude ten aanzien van veilig vrijen

Attitude is de eerste determinant van gedrag uit de theorie van gepland gedrag. Uit Nederlands onderzoek (Bakker et al., 2003) onder 1084 jongeren blijkt dat een groot deel van de respondenten van het onderzoek bepaalde nadelen van condoomgebruik onderschrijft; 57% van de jongeren denkt dat ze minder voelt bij het vrijen als je een condoom gebruikt en 61% van de jongeren denkt dat condooms een hinderlijke onderbreking bij het vrijen zijn. Mannen onderschrijven het nadeel "Als je een condoom gebruikt, voel je bij het vrijen veel minder" vaker dan vrouwen; 68% van de mannen is het hier (helemaal) mee eens tegenover 46% van de vrouwen. Met het nadeel dat condooms een hinderlijke onderbreking zijn bij het vrijen zijn even veel mannen (62%) als vrouwen (60%) het (helemaal) eens.

Belang subjectieve norm wat betreft veilig vrijen

Om de invloed van de subjectieve omgeving op de intentie om veilig te vrijen te bepalen kan gekeken worden naar voorbeeldgedrag en naar subjectieve norm. In het onderzoek van Bakker et al. (2003) is in het kader van de subjectieve norm alleen naar voorbeeldgedrag van vriend(inn)en gekeken. Bakker et al. trekken in hun onderzoek de conclusie dat twee op de drie respondenten binnen de vriendengroep een positieve norm voor condoomgebruik ervaart.

In het onderzoek van Vanwesenbeeck et al. (2003) onder VMBO-scholieren wordt gedeeltelijk naar de subjectieve norm gekeken, namelijk alleen naar de normative belief wat betreft ouders en beste vriend(in). In het onderzoek wordt gevonden dat ruim negen op de tien scholieren denken dat hun ouders vinden dat "zij, in verband met soa en aids, altijd een condoom moeten gebruiken als zij met iemand naar bed gaan" en krap negen op de tien denken dat van hun beste vriend of vriendin.

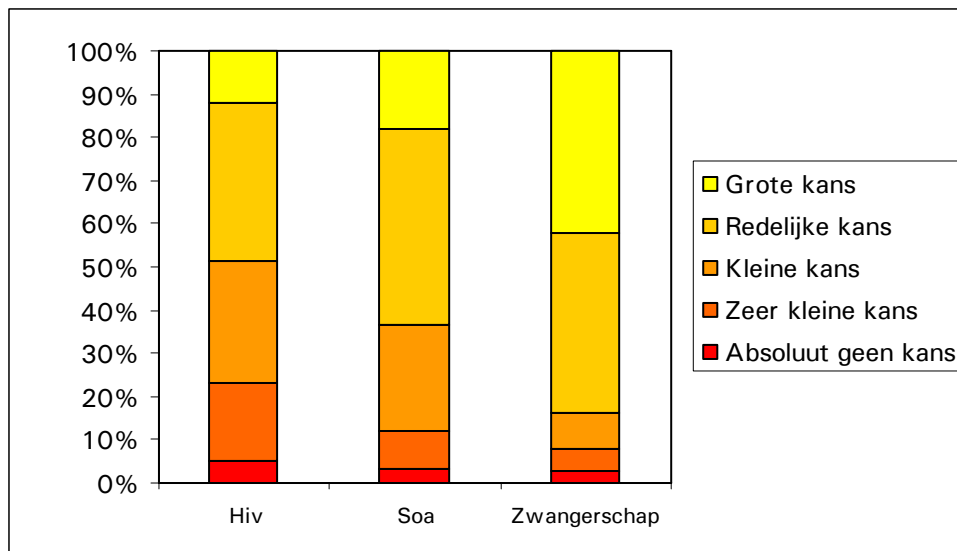
Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen

Wat betreft de zelfeffectiviteit om een condoom te gebruiken, ondanks de onwil daartoe bij de partner, zijn de respondenten uit het onderzoek van Vanwesenbeeck et al. (2003) redelijk positief; ze denken dat dit hen waarschijnlijk wel zal lukken (gemiddelde score 3 op een 4-puntsschaal). Uit het onderzoek van Bakker et al. (2003) blijkt dat de zelfeffectiviteit van jongeren laag is als er alcohol of partydrugs zijn gebruikt; 51% van de respondenten denkt (zeker) wel dat het lukt om condooms te gebruiken als ze teveel alcohol of partydrugs hebben gebruikt. 28% geeft als antwoord "misschien wel, misschien niet" en 20% denkt dat het dan (zeker) niet lukt om condooms te gebruiken.

Jongeren geven aan dat ze enige schroom moeten overwinnen als ze condooms kopen; 53% is het hier (helemaal) mee eens en 34% is het hier (helemaal) mee oneens (Bakker et al., 2003). In het onderzoek van Vanwesenbeeck et al. (2003) onder VMBO-scholieren zegt 66% dat ze wel condooms durven te kopen en 83% van de groep met ervaring zegt dit te durven.

Kwetsbaarheid

In het onderzoek van Bakker et al. (2003) is gekeken naar de geschatte kans op hiv, soa en zwangerschap in geval van een nieuwe sekspartner en geen condoomgebruik. Figuur 2.2 geeft hiervan een overzicht.



Figuur 2.2 Verdeling van respondenten (in %) m.b.t. geschatte kans op hiv, soa en zwangerschap, in geval van een nieuwe sekspartner en geen condoomgebruik. (Bron: Bakker et al., 2003)

Het percentage respondenten dat het risico bij een nieuwe sekspartner en geen condoomgebruik afwezig of zeer klein schat is 23% voor hiv, 12% voor andere soa dan hiv en 8% voor zwangerschap (zie figuur 2.2). Het percentage dat de kans redelijk tot groot inschat is voor hiv 48%, voor andere soa dan hiv 63% en voor zwangerschap 84%. Respondenten schatten de kans op zwangerschap duidelijk het hoogst in. Het blijkt hiernaast dat de respondenten uit 2003 de kans op besmetting met andere soa dan hiv lager inschatten dan respondenten uit voorgaande jaren. Dit is een kwalijke ontwikkeling; als de kans op soa lager wordt ingeschat bestaat de mogelijkheid dat er eerder onveilig gevreeën wordt. In 2003 geeft 36% van de respondenten aan dat ze vinden dat ze een kleine kans tot absoluut geen kans lopen op soa als ze geen condoom gebruiken bij een nieuwe sekspartner (Bakker et al., 2003).

In het onderzoek van Vanwesenbeeck et al. (2003) onder VMBO-scholieren is ook de geschatte kans op soa onderzocht. De kans dat men zelf soa of aids oploopt bij “vrijen zonder condoom met iemand die men niet goed kent” wordt, gemiddeld, “best groot” gevonden (gemiddelde score 3,2 op een 4-puntschaal). Bij “iemand waar ik al een paar maanden verkeer met” ligt de risico-inschatting lager (gemiddelde score 2,5 op een 4-puntschaal). Meisjes schatten het risico iets hoger in dan jongens.

Intentie om veilig te vrijen

De meerderheid van de (heteroseksuele) respondenten uit het onderzoek van Bakker et al. (2003) is niet van plan om condooms te gebruiken voor vaginale seks met hun vaste partner (53% zeker niet), maar wel voor vaginale seks met losse partners (76% zeker wel). Indien geen condoom bij de hand, zou 12% wel en 21% mogelijk vaginale seks hebben zonder condoom met losse partner. Ook in het onderzoek van Schutten & De Wit (1999) onder 201 jongeren van 19 tot 29 jaar bleken respondenten meer gemotiveerd en achtten zichzelf meer in staat om condooms te gebruiken met een losse partner. Dit is te verklaren doordat de wens om de partner te vertrouwen met name van belang was bij een vaste partner en minder van belang was bij een losse partner (Schutten & De Wit, 1999).

Driekwart van de VMBO-scholieren uit het onderzoek van Vanwesenbeeck et al. (2003) is zeker van plan om een condoom te gebruiken in een (hypothetisch) seksueel contact met iemand die ze nog niet goed kennen, ook als het meisje de pil gebruikt. Nog eens 17% is dat waarschijnlijk van plan. Als het een partner betreft die ze al een paar maanden kennen, ligt de intentie iets lager; 65% is dan zeker en 22% is waarschijnlijk van plan een condoom te gebruiken. Meisjes zijn, vooral bij een los contact, vaker van plan een condoom te gebruiken dan jongens: 82% van de meisjes en 67% van de jongens is het zeker van plan bij een los contact. Hiernaast is 68% van de meisjes en 61% van de jongens zeker van plan een condoom te gebruiken bij een ‘vast’ contact. Ook in het onderzoek van Schaalma et al. (1992) geven de seksueel ervaren scholieren aan dat ze vooral problemen verwachten met het volhouden van consistent condoomgebruik in een vaste relatie.

Het is momenteel behoorlijk slecht gesteld met de primaire preventie van soa onder jongeren. Een te groot deel van de jongeren gebruikt geen of niet altijd een condoom bij het vrijen en is dit in de toekomst ook niet van plan. Als er alcohol gebruikt is, acht een behoorlijk deel zich niet in staat een condoom te gebruiken. Hiernaast wordt de kans op soa lager ingeschat dan vorige jaren waardoor het mogelijk is dat er eerder onveilig geveeën wordt.

Conclusie literatuur over primaire preventie van soa

Er is veel onderzoek gedaan naar primaire preventie van soa en er is in de literatuur dus ook veel over bekend. Het overgrote deel van de jongeren uit de verschillende onderzoeken gebruikt niet altijd een condoom bij het vrijen. Een belangrijke reden om geen condoom te gebruiken is dat de pil gebruikt wordt. Het condoom wordt vaak als anticonceptiemiddel gebruikt, bij jongeren met vaste partner wordt het condoom zelfs vaker gebruikt om zwangerschap te voorkomen dan om soa te voorkomen. Er is een duidelijke afname in condoomgebruik te zien naarmate de leeftijd hoger is. Dit is te verklaren doordat mensen dan vaker een vaste relatie hebben, waarbij condoomgebruik achterwege gelaten wordt. De vorm van de relatie (los of vast) is zeer bepalend voor condoomgebruik. Het blijkt uit de literatuur dat het condoomgebruik onder jongeren duidelijk afneemt bij een vaste relatie. Gemiddeld gebruiken 6 op de 10 jongeren in een losse relatie een condoom en 1 op de 6 jongeren in een vaste relatie een condoom. De meerderheid van de jongeren is niet van plan om condooms te gebruiken met hun vaste partner maar wel met losse partners. Echter, indien geen condoom bij de hand, zou eenderde van de jongeren (mogelijk) wel zonder condoom seks hebben met een losse partner.

Het grootste deel van de jongeren onderschrijft de nadelen van condoomgebruik. Wat betreft het nadeel dat je minder zou voelen als je een condoom gebruikt is een verschil te zien tussen jongens en meisjes. Jongens onderschrijven dit nadeel vaker. De kennis over soa en veilig vrijen is niet voldoende onder jongeren, zo blijkt uit de literatuur. De subjectieve norm wat betreft condoomgebruik lijkt wel positief te zijn.

De zelfeffectiviteit van jongeren blijkt laag als er alcohol of partydrugs zijn gebruikt. Ook vinden jongeren dat ze enige schroom moeten overwinnen als ze condooms kopen. Wat betreft de zelfeffectiviteit om een condoom te gebruiken ondanks de onwil daartoe bij de partner zijn de respondenten redelijk positief; ze denken dat dit hen waarschijnlijk wel zal lukken.

Wat betreft risico op hiv, soa en zwangerschap schatten respondenten het risico op zwangerschap het hoogst in. Daarna volgt soa en daarna hiv. De geschatte kans op soa is in vergelijking met voorgaande jaren afgenomen. Dit is een kwalijke ontwikkeling; als de kans op soa lager wordt ingeschat bestaat de mogelijkheid dat er eerder onveilig geveeën wordt.

Secundaire preventie van soa

Naar de determinanten van secundaire preventie van soa (uitgezonderd hiv), ofwel het testen op soa, is zeer weinig onderzoek gedaan. Alleen naar gedrag en intentie is enig onderzoek gedaan, maar niet naar de achterliggende determinanten. Over de achterliggende determinanten van secundaire preventie van hiv is wel enig onderzoek gedaan, maar dan vaak onder de doelgroep homomannen. Het is wel goed om onderzoek naar de determinanten van secundaire preventie

van soa te doen. Veel voorkomende soa onder jongeren zoals chlamydia en gonorroe zijn goed te behandelen, mits er op tijd behandeld kan worden. Hierom is het belangrijk te weten welke determinanten meespelen bij de keuze om zich al dan niet te laten testen op soa.

Testen op soa

In het onderzoek van Bakker et al. (2003) onder jongeren en jongvolwassenen is alleen gekeken naar het onderdeel 'gedrag' van secundaire preventie van soa, namelijk het hiv- en soa-testgedrag. Uit het onderzoek van Bakker et al. (2003) blijkt dat 22% van de respondenten (in de leeftijd van 14 tot 35 jaar) zich ooit heeft laten testen op soa (uitgezonderd hiv). 28% van de respondenten uit het onderzoek heeft zich ooit laten testen op hiv.

Redenen om wel te testen op soa

Als redenen voor de laatste soa-test werden in het onderzoek van Bakker et al. (2003) onder andere de volgende genoemd:

- Lichamelijke klachten (31%);
- Onveilige seks gehad (20%);
- Nieuwe relatie (16%);
- Wens om zonder condoom te vrijen met vaste partner (15%).

Uit de registratie van soa- en hiv-consulten bij GGD'en en soa-poliklinieken van het RIVM (Van de Laar et al., 2002) blijken de belangrijkste redenen voor een soa-test:

- Eigen risicogedrag (37%);
- klachten (29%);
- begin nieuwe relatie (12%);
- risicogedrag partner (7%).

Redenen om wel te testen op hiv

De belangrijkste redenen voor een hiv-test waren in het onderzoek van Van de Laar et al. (2002):

- eigen risicogedrag (49%);
- begin nieuwe relatie (19%);
- risicogedrag partner (8%).

Redenen uit het onderzoek van Bakker et al. (2003) voor een hiv-test waren onder andere:

- Een nieuwe relatie (20%);
- Uit vrees voor een hiv-infectie (17%);
- Onveilige seks gehad (16%);
- Wens om zonder condoom te vrijen met vaste partner (15%);
- Kinderwens (12%);

- In verband met een regulier onderzoek bij zwangerschap (12%);
- Regulier onderzoek bij bloeedonorschap (12%);
- In het kader van algeheel lichamelijk/bloed onderzoek (6%).

In een onderzoek van Haks, Cremer, Mikolajczak & Ameijden (2004) onder homoseksuele mannen worden de volgende redenen voor het doen van een hiv-test als belangrijkste genoemd:

- Onveilige seks gehad (24%);
- Het willen hebben van onbeschermd seks met vaste partner (18%);
- Het hebben van gezondheidsklachten (12%).

Redenen om niet te testen op soa

De meest genoemde redenen in het onderzoek van Bakker et al. (2003) om zich niet te laten testen op soa (uitgezonderd hiv) zijn:

- Ik heb geen of weinig risico gelopen (56%);
- Nooit over nagedacht / niet bij me opgekomen (50%).

Redenen om niet te testen op hiv

De meest genoemde redenen in het onderzoek van Bakker et al. (2003) om zich niet te laten testen op hiv zijn:

- Ik heb geen of weinig risico gelopen (64%);
- Nooit over nagedacht / niet bij me opgekomen (44%).

In het onderzoek van Haks, onder homoseksuele mannen, werden van alle redenen om niet getest te zijn die werden gegeven, er door de respondenten die zich nog nooit op hiv hebben laten testen drie belangrijk gevonden:

- Geen risico gelopen;
- Nooit onbeschermd seks gehad;
- Een positieve uitslag zou mijn leven op zijn kop zetten.

Klachten, eigen risicogedrag en een nieuwe relatie blijken de belangrijkste redenen voor een soa-test. Voor een hiv test zijn dit ook eigen risicogedrag en een nieuwe relatie. Genoemde reden om niet te testen op soa of hiv is vooral dat er geen risico gelopen is.

Testlocatie

Haks et al. (2004) hebben onder homoseksuele mannen onderzocht wat voor hun de belangrijkste testlocatie voor het testen op hiv is. Het blijkt dat voor homoseksuele mannen de belangrijkste testlocatie voor het testen op hiv, de GGD of soa-polikliniek is; meer dan de helft van de mannen heeft zich daar op hiv laten testen en is van plan zich daar in de toekomst (opnieuw) te laten testen. Daarnaast scoort ook de huisarts hoog, bijna 40% van de respondenten heeft zich in het verleden bij de huisarts laten testen op hiv en is van plan zich daar in de toekomst (opnieuw) te laten testen.

Nuradini et al. (2004) hebben een onderzoek gehouden onder bezoekers van een pilot van de hiv-sneltest (n = 185) en het hiv-spreekuur (n = 40) van de GGD Rotterdam en omstreken. In dit onderzoek is onder andere gevraagd naar de testlocatie van de laatste hiv-test. Uit dit onderzoek bleek dat 29% van de respondenten de laatste test bij de huisarts heeft laten doen. 42% heeft dit bij een GGD of soa-polikliniek gedaan.

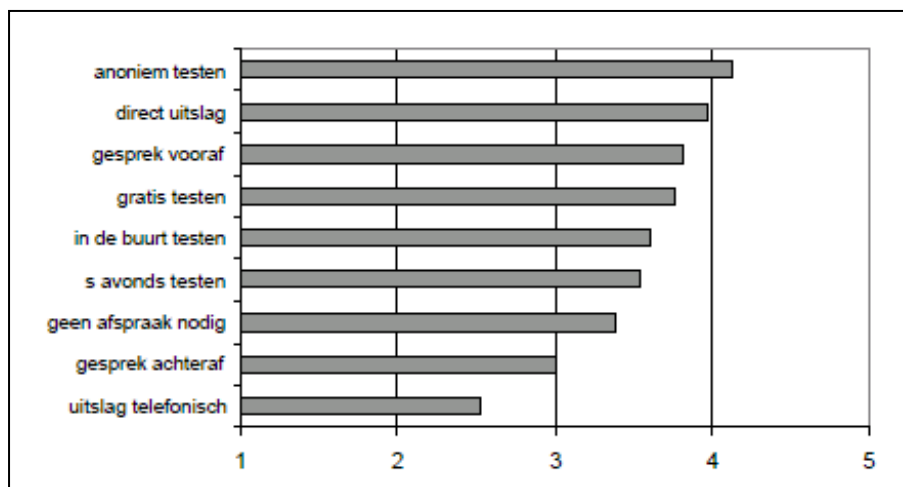
De GGD of soa-polikliniek als hiv-testlocatie lijkt meer gebruikt te worden dan de huisarts. Dit kan echter niet met zekerheid aangenomen worden.

Kennis over testen op soa

Over de kennis van soa-testlocaties is weinig bekend. Nuradini et al. (2004) hebben onder bezoekers van het hiv-(sneltest) spreekuur de volgende vraag gesteld; "Waar kun je terecht voor een hiv-test?" De antwoorden op deze vraag zijn echter zeer gekleurd omdat de vraag alleen gesteld is aan bezoekers van het hiv-spreekuur van de GGD. Deze personen wéten dus dat ze zich bij de GGD kunnen laten testen op hiv. Wat wel opvalt, is dat 22% van de respondenten denkt dat je bij de huisarts niet terecht kunt voor een hiv-test. Ook is het bij ruim eenderde van de deelnemers niet bekend dat je bij een drempelvrije soa-poli een hiv-test kunt doen.

Attitude ten aanzien van testen op soa

Voor het bepalen van de attitude ten opzichte van de hiv-test hebben Haks et al. (2004) voor verschillende faciliteiten gevraagd hoe belangrijk de respondenten (homomannen) ze vinden. Figuur 2.3 geeft hiervan een overzicht.



Figuur 2.3 Mate waarin verschillende faciliteiten rondom de hiv-test belangrijk worden gevonden door homomannen

(1 = zeer onbelangrijk en 5 = zeer belangrijk)

(Bron: Haks et al., 2004)

Uit figuur 2.3 blijkt dat alles, behalve de mogelijkheid van een telefonische uitslag en een gesprek achteraf, belangrijk wordt gevonden door de homomannen. De aspecten die het meest belangrijk worden gevonden zijn: het anoniem testen, het direct krijgen van de uitslag, een gesprek vooraf over de voor- en nadelen van een hiv-test en het gratis testen.

Belang subjectieve norm wat betreft testen op soa

In het onderzoek van Haks et al. (2004) onder homomannen is ook de invloed van de subjectieve norm bepaald: Er is een positief verband tussen de mate waarin de respondenten er zekerder van zijn dat hun goede vrienden het zouden goedkeuren als zij zich op hiv zouden laten testen en de intentie om te testen. Ook het aantal goede vrienden dat al getest is op hiv, het aantal bekenden in de directe omgeving die geïnfecteerd zijn met hiv of aids hebben of daaraan zijn overleden heeft een positieve relatie met de intentie om te testen op hiv. Ook de mate waarin men over de hiv-test praat met goede vrienden heeft een positieve relatie met de intentie om te testen op hiv (Haks et al., 2004).

Zelfeffectiviteit

Uit een onderzoek onder 326 personen met een hiv-testvraag bij GGD'en en soa-poliklinieken blijkt dat schaamte en angst voor afkeuring seksueel gedrag voor een groot aantal mensen aanleiding vormen om voor een hiv-test niet naar de eigen huisarts te gaan (Leenaars, Sandfort, Oliehoek & Schrijvers, 1993).

Kwetsbaarheid

De determinant 'kwetsbaarheid' is van belang voor de intentie wat betreft condoomgebruik én het laten testen op soa, omdat het in beide gevallen draait om de kans die men zichzelf geeft om soa op te lopen. Als men het idee heeft dat ze geen kans op soa lopen, zullen ze eerder een condoom achterwege en verwachten ze waarschijnlijk ook niet dat het nodig is om zich te laten testen. Kwetsbaarheid is al in paragraaf 2.2.6 besproken, onder 'primaire preventie' en wordt daarom niet weer in deze paragraaf besproken.

Intentie om te testen op soa

In het onderzoek 'Seks onder je 25^{er}' (Soa Aids Nederland, 2005b) is de jongeren gevraagd waar ze als eerste heen zouden gaan wanneer ze een soa denken te hebben. Het overgrote deel van de jongeren uit het onderzoek (72%) zou in eerste instantie naar de huisarts gaan, 8% zou naar een soa-poli van de GGD gaan. Een redelijk groot deel (10%) zegt geen idee te hebben waar ze naar toe zouden gaan.

Conclusie literatuur over secundaire preventie van soa

Er is weinig onderzoek gedaan naar de determinanten van secundaire preventie van soa, ofwel het testen op soa (uitgezonderd hiv). Alleen naar gedrag en intentie is enig onderzoek gedaan. Achterliggende determinanten van gedrag zijn niet onderzocht voor testen op soa bij de doelgroep jongeren en slechts in kleine mate voor testen op hiv en dan vaak onder de specifieke doelgroep homomannen. Toch is geprobeerd een overzicht te geven van wat bekend is in de literatuur over secundaire preventie van soa.

Uit de literatuur blijkt dat ongeveer 1 op de 4 jongeren (tot 35 jaar) zich heeft laten testen op soa. Redenen om zich niet te laten testen op soa zijn onder andere dat ze er niet over nagedacht hebben of dat ze weinig risico hebben gelopen. Uit de literatuur lijken de GGD en soa-polikliniek als hiv-testlocaties samen meer gebruikt te worden dan de huisarts. Dit kan echter niet met zekerheid aangenomen worden. Uit een onderzoek onder jongeren blijkt dat het overgrote deel in eerste instantie naar de huisarts zou gaan.

Uit een onderzoek onder bezoekers van een hiv-spreekuur blijkt, dat schaamte en angst voor afkeuring seksueel gedrag, voor een groot aantal mensen aanleiding vormen om voor een hiv-test niet naar de eigen huisarts te gaan. Aspecten van een hiv-spreekuur die belangrijk gevonden worden door homomannen zijn: het anoniem testen, het direct krijgen van de uitslag, een gesprek vooraf over de voor- en nadelen van een hiv-test en het gratis testen. Bij homomannen is ook een positieve subjectieve norm vastgesteld wat betreft het testen op hiv.

Voorlichtingsmethoden

Voor het onderdeel 'voorlichtingsmethoden' is gekeken naar de informatiebehoefte van jongeren ten aanzien van veilig vrijen en het testen op soa, naar belangrijke informatiebronnen en naar aansprekende voorlichtingsmethoden.

Informatiebehoefte

In het onderzoek 'Seks onder je 25^{er}' (Soa Aids Nederland, 2005c) is aan de jongeren gevraagd over welke onderwerpen ze informatie zouden willen krijgen. In tabel 2.1 staat een overzicht van de uitkomsten voor jongens en voor meisjes.

Tabel 2.1 Informatiebehoefte naar onderwerp: 'Top 10' van jongeren

Informatiebehoefte	Jongens	Meisjes	Totaal
1. Hoe kun je vrijen leuker of lekkerder kunt maken	50%	40%	45%
2. Versieren	35%	24%	29%
3. Relaties (verkering)	28%	25%	27%
4. Zwangerschap en kinderen krijgen	17%	28%	23%
5. Hiv en aids	22%	23%	22%
6. Andere soa dan hiv	21%	23%	22%
7. De pil condooms en andere voorbehoedmiddelen	18%	21%	20%
8. Verliefdheid en andere gevoelens	21%	19%	20%
9. Hoe je kunt aangeven wat je wel en niet wilt	13%	19%	16%
10. Veranderingen in je lichaam i.v.m. de puberteit	13%	10%	11%

(Bron: Soa Aids Nederland, 2005c)

Uit tabel 2.1 blijkt duidelijk dat de 'fun' voor jongeren op de eerste plaats komt wat betreft de informatiebehoefte over vrijen; jongeren denken met name behoefte te hebben aan "hoe je vrijen leuker of lekkerder kunt maken", "versieren" en "relaties". Informatie over hiv en soa staan op plek 5 en 6, informatie over condooms op plaats 7; aan informatie over deze onderwerpen zeggen jongeren minder behoefte te hebben.

Belangrijke informatiebronnen

In het onderzoek 'Seks onder je 25^{er}' (Soa Aids Nederland 2005c) wordt gevraagd naar gebruik en waardering van verschillende informatiebronnen. Hieruit blijkt school het beste te scoren; vrijwel alle respondenten (93%) zeggen op school minstens enige informatie over seks te hebben gekregen. De school wordt hiernaast ook als beste informatiebron gewaardeerd (3.8 op een schaal van 5). Ongeveer een derde van de jongeren krijgt daarnaast (minstens enige) informatie van de GGD. De waardering van de GGD als informatiebron is niet zo goed, 1.9 op een schaal van vijf. Uit het onderzoek van Vanwesenbeeck et al. (2003) onder VMBO-scholieren (met een gemiddelde leeftijd van 14 jaar) blijkt school ook de belangrijkste bron van informatie over seksualiteit.

Uit 'Seks onder je 25^{er}' (Soa Aids Nederland, 2005c) blijkt dat jongeren veel gebruik maken van televisie (jongens 85%, meisjes 75%), tijdschriften (jongens 82%, meisjes 86%) en boeken (jongens 67%, meisjes 68%) om informatie over seks te krijgen. Vooral in het gebruik

van internet is het sekseverschil groot: 63% van de jongens versus 34% van de meisjes maakt hier gebruik van.

In een onderzoek van TNO (Vogels et al., 2002) wordt gesteld dat internet duidelijk toeneemt in populariteit. Er wordt nog wel veel gebruik gemaakt van telefonische hulpdiensten en informatielijnen, maar dit aandeel neemt af, volgens TNO deels ten gunste van vragen die bij dezelfde hulpdiensten via e-mail worden gesteld. De reden hiervan is volgens Vogels et al. (2002) waarschijnlijk dat het anoniemer is dan een telefonische hulpvraag stellen.

Aansprekende voorlichtingsmethoden

Soa Aids Nederland (2005c) heeft in hun onderzoek 'Seks onder je 25^e' gekeken naar de 'bron waarvan men informatie wil'. Het bleek dat met name boeken/tijdschriften (54%) en internet (43%) bij jongeren tot 25 jaar goed scoren als informatiebron. GGD staat op de 7^e plek met gemiddeld 18%. School scoort bij deze manier van vragen laag; slechts 12 % geeft aan informatiebehoefte van die bron te hebben. Echter werd school in dat zelfde onderzoek (Soa Aids Nederland, 2005c) als beste informatiebron gewaardeerd (zie paragraaf 2.4.2).

Conclusie literatuur over voorlichtingsmethoden

Wat betreft de informatiebehoefte over vrijen komt 'fun' voor jongeren duidelijk op de eerste plaats. Jongeren denken met name behoefte te hebben aan "hoe je vrijen leuker of lekkerder kunt maken", "versieren" en "relaties". Informatiebehoefte wat betreft soa en hiv en condooms denken jongeren veel minder te hebben. Het belang van bepaalde informatiebronnen verschilt waarschijnlijk met de leeftijd. Jongeren zeggen vrijwel allemaal op school minstens enige informatie over seks te hebben gekregen en waarderen school als informatiebron ook het best. Deze jongeren maken hiernaast veel gebruik van massamedia zoals televisie, tijdschriften, boeken en internet. Bij de vraag van welke bron men informatie wil, scoren massamedia als boeken, tijdschriften en internet het best, school komt bij hierbij bijna op de laatste plek wat betreft behoefte aan informatie van die bron. Wellicht is de informatie van school in het verleden goed geweest, maar willen jongeren op dit moment informatie van andere bronnen. De GGD wordt door jongeren niet veel gebruikt als informatiebron wat betreft vrijen.

Onderzoeksvragen

In paragraaf 1.3 is de volgende probleemstelling geformuleerd: *“Welke determinanten zijn van invloed op soa-preventiegedrag van studenten?”* Naar aanleiding van de literatuur, welke besproken is in paragraaf 2.2, 2.3 en 2.4, zijn onderstaande onderzoeksvragen geformuleerd. De verschillende onderzoeksvragen hebben betrekking op primaire preventie van soa, secundaire preventie van soa en voorlichtingsmethoden.

Onderzoeksvragen primaire preventie van soa

1. Hoe (on)veilig vrijen studenten?
2. Hoe is de kennis van studenten over veilig vrijen en soa?
3. Wat is de attitude van studenten ten aanzien van veilig vrijen?
4. Hoe belangrijk is de subjectieve norm bij veilig vrijen?
5. Voelen studenten zich op het moment suprême in staat om veilig te vrijen?
6. Hoe groot achten studenten de kans dat ze zelf een soa oplopen?
7. Zijn studenten in de toekomst van plan een condoom te gebruiken?

Onderzoeksvragen secundaire preventie van soa

1. Laten studenten zich testen na onveilig vrijgedrag?
2. Zijn studenten op de hoogte dat ze zich kunnen laten testen op soa?
3. Wat is de attitude van studenten ten aanzien van testen op soa?
4. Hoe belangrijk is de subjectieve norm bij het testen op soa?
5. Welke rol speelt zelfeffectiviteit bij het testen op soa?
6. Hoe groot achten studenten de kans dat ze zelf een soa oplopen?
7. Zijn studenten in de toekomst van plan zich na onveilig vrijgedrag te laten testen?

Onderzoeksvragen voorlichtingsmethoden

1. Hebben studenten de behoefte om voorgelicht worden?
2. Wat zijn belangrijke informatiebronnen voor studenten?
3. Welke voorlichtingsmethoden zijn het meest geschikt om studenten te bereiken?

3. Onderzoeksmethode

Het onderzoek 'Studenten & Seks & Soa' is een kwantitatief onderzoek, uitgevoerd in de vorm van een schriftelijke vragenlijst (zie bijlage). Er is voor de vorm van een vragenlijst gekozen omdat het aantal personen in de doelgroep groot is en er veel verschillende variabelen onderzocht moesten worden. Hiernaast is een vragenlijst zeer geschikt om het model (zie figuur 2.1) te toetsen en kunnen interessante statistische analyses uitgevoerd worden. Er is gekozen voor een schriftelijke vragenlijst omdat dit de snelste en goedkoopste manier van dataverzameling was, met de hoogste respons (zie paragraaf 3.3 'Procedure').

Respondenten

De vragenlijsten zijn afgenomen onder tweede- en vierdejaars studenten van de Hogeschool Windesheim in Zwolle van de opleidingen Commerciële Economie (CE) en Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH). Gestreefd is naar 75 tot 100 respondenten per opleiding, en dit aantal is bereikt. In totaal zijn er 164 vragenlijsten afgenomen. Bij $n = 164$ en een betrouwbaarheid van 95% is de foutmarge 7,65% ($n = (z^*/2m)^2$). 86 vragenlijsten (52%) zijn afgenomen onder studenten CE en 78 (48%) onder studenten SPH.

De opleiding SPH heeft alleen met vierdejaars studenten meegedaan aan het onderzoek, de opleiding CE heeft met tweede- en vierdejaars studenten meegedaan. De verdeling tweedejaars / vierdejaars studenten is 43 (26%) tweedejaars studenten en 121 (74%) vierdejaars studenten. Op de opleiding CE zitten voornamelijk mannen en op de opleiding SPH voornamelijk vrouwen. De verdeling mannen / vrouwen is 77 (47%) mannen en 86 (53%) vrouwen.

De leeftijd van de respondenten varieert van 18 tot 27 jaar en de gemiddelde leeftijd is 21 jaar. De leeftijd van de mannen en vrouwen verschilt, omdat de opleiding SPH (waar met name vrouwen op zitten; 87% van de SPH-respondenten was vrouw) alleen met vierdejaars studenten heeft meegedaan en de opleiding CE (waar met name mannen op zitten; 97% van de CE-respondenten was man) met tweede en vierdejaars studenten heeft meegedaan. De gemiddelde leeftijd van de SPH-studenten is 21,7 jaar en de gemiddelde leeftijd van de CE-studenten is 20,4 jaar, dit gemiddelde verschil van 1,3 jaar is significant (t -toets = -5.234, $p < .001$).

Vragenlijst

Op basis van literatuur en eigen inzicht werd een vragenlijst samengesteld over de onderwerpen gedrag, kennis, attitude, subjectieve norm, zelfeffectiviteit, kwetsbaarheid, intentie, informatiebehoefte, belangrijke informatiebronnen en aansprekende voorlichtingsmethoden wat betreft veilig vrijen en testen op soa. Hiernaast zijn nog een aantal vragen gesteld over de respondent zelf.

De meeste vragen in de vragenlijst zijn gesteld als een stelling waarbij de respondent aan kon geven in hoeverre hij of zij het er mee eens was (5-puntsschaal; "helemaal mee oneens", "mee oneens", "neutraal", "mee eens" en "helemaal mee eens").

In de vragenlijst zijn twee situatieschetsen opgenomen om de intentie voor condoomgebruik en het testen op soa te toetsen. De situatieschets om de intentie condoomgebruik te toetsen is de volgende:

Stel je voor: Je hebt 3 weken geleden in de kroeg een erg leuke jongen / leuk meisje ontmoet. Sindsdien heb je een paar keer wat afgesproken en hebben jullie verkeren. Je kent de ander nog niet door en door en hebt het ook nog niet over vorige relaties van elkaar gehad. Vanavond heb je weer afgesproken en je denkt dat het vanavond wel eens kan gebeuren dat je met elkaar naar bed gaat. De volgende stellingen gaan over hoe jij je zou voelen en wat je zou doen in deze situatie.

Na bovenstaande situatieschets (te vinden op pagina 5 van de vragenlijst) volgen stellingen over de intentie condoomgebruik van de respondenten in deze situatie.

De situatieschets om de intentie te testen op soa te toetsen is de volgende:

Stel je voor: Met die leuke jongen / dat leuke meisje ben je inderdaad naar bed geweest en om de een of andere reden hebben jullie geen condoom gebruikt. Nu kennen jullie elkaar wat langer en heeft de ander je verteld dat hij of zij in een vorige relatie ook wel eens zonder condoom heeft gevreeën. De volgende stellingen gaan over hoe jij je zou voelen en wat je zou doen in deze situatie.

Na bovenstaande situatieschets (te vinden op pagina 6 van de vragenlijst) volgen stellingen over de intentie van de respondenten om te testen op soa in deze situatie. Er is gekozen voor de situatie van een nieuwe partner omdat jongeren zich hier waarschijnlijk goed in kunnen verplaatsen. Jongeren hebben nog al eens kortdurende relaties (Soa Aids Nederland, 2004c) en waarschijnlijk kunnen jongeren zich daarom beter in deze situatie verplaatsen dan in bijvoorbeeld een situatie van een one-night-stand.

De vragenlijst is op A5-formaat uitgeprint om te voorkomen dat klasgenoten makkelijk mee konden kijken en zo de respondenten een beetje privacy te geven bij het invullen. De vragenlijst is gepre-test onder 4 jongeren. De verschillende onderwerpen van de vragenlijst

worden hieronder besproken. Hierbij wordt tussen haakjes aangegeven welke vragen uit de vragenlijst bij dat onderwerp horen.

(On)veilig seksueel gedrag (Pagina 9: vraag 7, 8 en 9)

Het gedrag is gemeten door te vragen of de respondent al eens met een vriend(in) naar bed is geweest, of de respondent toen condooms heeft gebruikt (5-puntsschaal van “Ja, altijd” tot “Nooit”) en zo niet, wat de reden was om zonder condoom geslachtsgemeenschap te hebben (verschillende antwoordmogelijkheden waaronder ‘goede’ en ‘slechte’ redenen en een “anders, namelijk”-optie).

Kennis over veilig vrijen en soa (Pagina 1: 1 t/m 9)

De kennis over veilig vrijen en soa van de respondenten is gemeten door te vragen of de respondent denkt dat een zevental stellingen (zoals “Je bent extra vatbaar voor hiv als je een andere soa hebt”) waar of niet waar is. Hiernaast is gevraagd wat volgens de respondenten de meest voorkomende soa in Nederland is met als antwoordmogelijkheden zeven verschillende soa.

Attitude ten aanzien van veilig vrijen (Pagina 4: 1 t/m 7, pagina 5: 12 en 13)

De attitude ten aanzien van veilig vrijen en condoomgebruik is gemeten door het opstellen van stellingen waarvan de respondent aan kon geven in hoeverre hij of zij het er mee eens was. Er zijn negen stellingen (zoals “Het gebruik van een condoom maakt seks minder romantisch” en “Het gebruik van condooms zorgt ervoor dat ik me achteraf geen zorgen hoeft te maken”) over attitude geformuleerd. Deze negen stellingen hadden de 5-puntsschaal “Helemaal mee oneens” tot “Helemaal mee eens”.

Belang subjectieve norm wat betreft veilig vrijen (Pagina 5: 15 t/m 22, pagina 9: 5 en 6)

De subjectieve norm voor veilig vrijen is gemeten voor ‘mensen in mijn omgeving’, ‘beste vriend(inn)en’, ‘ouders’ en de eventuele ‘vaste partner’. Bij alle drie is de ‘normative belief strength’ en de ‘motivation to comply’ bepaald aan de hand van een 5-puntsschaal; van “helemaal mee oneens” tot “helemaal mee eens”. Hiernaast is gevraagd of mensen in hun omgeving en vriend(inn)en condooms gebruiken (voorbeeldgedrag).

Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen (Pagina 4: 8 t/m 10, pagina 5: 11 en 14)

Voor de zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen en condoomgebruik zijn 5 stellingen opgenomen in de vragenlijst, met een 5-puntsschaal van “helemaal mee oneens” tot “helemaal mee eens”. Drie vragen om te meten in hoeverre de respondent zichzelf in staat acht veilig te vrijen, één vraag over de invloed van alcohol en één vraag over mogelijke schaamte bij de aanschaf van condooms.

Kwetsbaarheid (Pagina 7: 14 t/m 16)

Er zijn 3 stellingen geformuleerd over de kwetsbaarheid, met de 5-puntsschaal “helemaal mee oneens” tot “helemaal mee eens”. Dit is van invloed op zowel veilig vrijen als het testen op soa. Eén stelling betrof de geschatte kans op soa als de respondent een keer onveilig geveeën zou hebben. De andere twee stellingen gingen over het al dan niet overdreven zijn van informatie over het risico van het oplopen van een soa dan wel hiv/aids.

Intentie om veilig te vrijen (Pagina 5: 23 t/m 26, pagina 6: 27 en 28, pagina 7: 17)

Er zijn 7 stellingen over de intentie geformuleerd waarbij de respondenten aan konden geven in hoeverre ze het er mee eens zijn (5-puntsschaal van “helemaal mee oneens” tot “helemaal mee eens”). De stellingen gingen over de intentie om veilig te vrijen (bijvoorbeeld als er geen condoom voor handen is of als de ander geen condoom wil gebruiken) met iemand die ze een paar weken kennen en waar ze voor het eerst mee naar bed gaan (situatieschets). Ook is gevraagd naar de intentie om veilig te vrijen met een vaste partner.

Testgedrag (Pagina 10: 10 t/m 13)

Om het gedrag, wat betreft het testen op soa, te bepalen zijn de volgende vier vragen gesteld: “Heb je het wel eens overwogen om je te laten testen op soa?” (ja / nee), “Heb je je wel eens laten testen op soa?” (ja / nee), “Waar heb je je laten testen op soa?” (Huisarts / GGD / Soa-polikliniek / anders, namelijk...) en “Wat was de belangrijkste reden om je niet te laten testen?” Voor de laatste vraag zijn meerdere antwoordmogelijkheden geformuleerd en een optie “anders, namelijk...”. De enige ‘gegronde’ reden om je niet te laten testen die in de antwoordmogelijkheden stond was: “Omdat we allebei geen andere sekspartners hebben gehad en soa dus uitgesloten was”. Hiernaast zijn ‘slechte redenen’ zoals “omdat ik geen klachten had” en “omdat ik vaste verkering had” als antwoordmogelijkheid gegeven.

Kennis over soa-spreekuur (Pagina 3: 10 en 11, pagina 4: 12)

Om kennis over testen op soa te toetsen is de vraag gesteld: “Wist je voor het invullen van deze vragenlijst dat je je bij de GGD in Zwolle kunt laten testen op een soa?” (Ja / Nee). Deze vraag is op deze manier gesteld, en niet in de vorm “Kun je je bij de GGD laten testen op soa?”, omdat dit blijkt uit de rest van de vragenlijst. Respondenten zouden dan dus terug kunnen bladeren in de vragenlijst om alsnog het juiste antwoord te geven.

Attitude ten aanzien van testen op soa (Pagina 4: 13 en 14, pagina 6: 10 t/m 12)

Er zijn, voor testen op soa, 3 vragen gesteld in de vorm van een stelling met een 5-puntsschaal (“helemaal mee oneens” tot “helemaal mee eens”). De stellingen gingen over een al dan niet gerust gevoel dat je krijgt als je je laat testen, het belang van testen in verband met tijdige behandeling, en dat het prettig is dat het testen bij de GGD anoniem is.

Belang subjectieve norm wat betreft testen op soa (Pagina 7: 19 t/m 27, pagina 8: 28)

De subjectieve norm voor testen op soa is gemeten voor 'mensen in mijn omgeving', 'beste vriend(inn)en' en 'ouders'. Bij alle drie is de 'normative belief strength' en de 'motivation to comply' bepaald aan de hand van een 5-puntsschaal; van "helemaal mee oneens" tot "helemaal mee eens". Ook is de vraag gesteld of mensen in hun omgeving en vriend(inn)en zich laten testen als ze onveilig gevreeën hebben (voorbeeldgedrag). Hiernaast zijn twee specifieke vragen gesteld; "Ken je iemand die zich wel eens heeft laten testen op een soa?" en "Ken je iemand die een soa heeft (gehad)?"

Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa (Pagina 6: 4 t/m 9 en 13)

Er zijn 7 stellingen geformuleerd over zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa. De stellingen gaan over het bang zijn voor de uitslag en het tijd vrijmaken voor een test. Hiernaast zijn ook stellingen over testen bij de huisarts en testen bij de GGD geformuleerd, zoals "Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij mijn huisarts / de GGD omdat ik me zou schamen", maar ook stellingen over niet weten waar de GGD gevestigd is, je huisarts vertellen dat je onveilig gevreeën hebt en de bekendheid met de huisarts wat makkelijk gevonden kan worden.

Kwetsbaarheid (Pagina 7: 14 t/m 16)

Er zijn 3 stellingen geformuleerd over de kwetsbaarheid, met de 5-puntsschaal "helemaal mee oneens" tot "helemaal mee eens". Dit is van invloed op zowel veilig vrijen als het laten testen op soa. Eén stelling betrof de geschatte kans op soa als de respondent een keer onveilig gevreeën zou hebben. De andere twee stellingen gingen over het al dan niet overdreven zijn van informatie over het risico van het oplopen van een soa dan wel hiv/aids.

Intentie om te testen op soa (Pagina 6: 1 t/m 3, pagina 7: 18)

Om de intentie voor het testen op soa te meten zijn drie stellingen geformuleerd (5-puntsschaal van "helemaal mee oneens" tot "helemaal mee eens"). Er is bepaald wat de intentie voor testen is als de respondent klachten heeft die kunnen duiden op een soa, als de respondent bang is wat opgelopen te hebben en als de respondent geen klachten heeft.

Informatiebehoefte (Pagina 8: 1 t/m 3)

Om de informatiebehoefte te bepalen zijn 3 stellingen geformuleerd; "Ik heb behoefte aan meer informatie over soa en veilig vrijen", "Ik heb behoefte aan gesprekstechnieken met betrekking tot het gebruiken van een condoom" en "Ik heb behoefte aan meer informatie over het testen op een soa". Voor de stellingen is een 5-puntsschaal gemaakt, van "helemaal mee oneens" tot "helemaal mee eens".

Belangrijke informatiebronnen (Pagina 8: 4)

Belangrijke informatiebronnen zijn bepaald voor veilig vrijen aan de hand van de 5-puntsschaal “helemaal niet belangrijk” tot “heel belangrijk”. Dit is gevraagd voor de informatiebronnen; ouders, vrienden, school, weekbladen en internet.

Aansprekende voorlichtingsmethoden (Pagina 8: 5 en 6)

Er is voor verschillende vormen van voorlichting gevraagd aan de respondenten in hoeverre deze hen aanspreekt bij voorlichting over veilig vrijen en bij voorlichting over testen op soa. Dit is gedaan aan de hand van de 5-puntsschaal (“Spreekt me helemaal niet aan” tot “Spreekt me heel erg aan”), voor ‘voorlichting door een leraar’, ‘voorlichting door een verpleegkundige van de GGD’, ‘voorlichting door leeftijdsgenoten’, ‘voorlichting via internet’, ‘voorlichting via artikelen in weekbladen’ en ‘voorlichting via folders’.

Respondenten (Pagina 9: 1 t/m 4)

Er zijn in totaal 4 vragen gesteld over de respondent zelf. Er is gevraagd naar de leeftijd, het geslacht en het studiejaar van de respondent. Hiernaast is gevraagd of de respondent een vaste partner heeft.

Procedure

De vragenlijsten zijn, verscheidene malen, aan het begin van verschillende hoorcolleges uitgedeeld. Voorafgaand aan het uitdelen is verteld dat de vragenlijst onderdeel was van een afstudeeronderzoek bij de GGD.

De vragenlijsten zijn vrijwel altijd door mijzelf uitgedeeld en ook tijdens de les weer ingenomen. Tijdens één les heb ik de enquêtes niet tijdens de les weer ingenomen, maar hebben de studenten de ingevulde enquêtes in het postvak van de docent gelegd. Dit hebben 3 van de 5 studenten toen gedaan. Tijdens één andere les was het niet mogelijk dat ik zelf de enquêtes uitdeelde, toen heeft de betreffende docente dat gedaan en deze heeft ze ook weer ingenomen. Het ging toen om 10 uitgedeelde én ingenomen enquêtes. In totaal is de respons 99%.

De studenten kregen voldoende tijd (ongeveer een kwartier) om de enquête in te vullen. Alle ingenomen enquêtes zijn daarom volledig ingevuld. Er is nadrukkelijk gevraagd de enquêtes serieus in te vullen en dit is ook gebeurd. De vragenlijsten zijn correct ingevuld en geven een goede analyse van de mening van studenten in de regio IJssel-Vecht. De studenten hebben voor het invullen van de vragenlijst een ‘doe-het-safe boekje’ met informatie over veilig vrijen en soa en een blikje pepermuntjes met het telefoonnummer van de soa-afdeling van de GGD gekregen.

4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de schriftelijke vragenlijst besproken. De vragenlijst is in verwerkt en geanalyseerd in SPSS en de belangrijkste resultaten van deze analyse worden hieronder besproken. In sommige gevallen zijn verschillen tussen groepen getoetst en is gekeken of de verschillen significant zijn (bij een overschrijdingskans p kleiner dan .05 is het verschil significant). Ook in dit hoofdstuk worden de resultaten aan de hand van de onderdelen 'veilig vrijen' (primaire preventie van soa), 'testen op soa' (secundaire preventie van soa) en 'voorlichtingsmethoden' besproken.

4.1 Veilig vrijen

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek wat betreft primaire preventie besproken, achtereenvolgens; ((on)veilig seksueel gedrag, kennis over veilig vrijen en soa, attitude ten aanzien van veilig vrijen, het belang van de subjectieve norm wat betreft veilig vrijen, zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen, kwetsbaarheid (welke van invloed is op zowel primaire als secundaire preventie van soa) en als laatste de intentie om veilig te vrijen.

4.1.1 (On)veilig seksueel gedrag

Als eerste de uitkomsten van het onderzoek wat betreft het (on)veilig seksueel gedrag van de respondenten. 59% van de respondenten geeft in de vragenlijst aan een vaste partner te hebben. 84% van de respondenten zegt al eens met iemand naar bed geweest en slechts 24% hiervan zegt altijd een condoom te hebben gebruikt (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Condoomgebruik van seksueel actieve respondenten (n = 136)

Condoms gebruikt?	n	%
Ja, altijd	33	24%
Meestal wel	42	31%
Soms	44	32%
Vrijwel nooit	12	9%
Nooit	5	4%

Het is interessant om te bepalen welk deel van de respondenten, op basis van de gegeven antwoorden, een reëel risico heeft gelopen op soa en zich dus eigenlijk zou moeten laten testen. Dit is gedaan door achtereenvolgens te kijken of de respondenten al eens met iemand naar bed

zijn geweest, of ze altijd een condoom hebben gebruikt of anders een reden opgeven waardoor condoomgebruik, als het goed is, niet noodzakelijk is (geen andere sekspartners gehad of een soa-test gedaan). Tabel 4.2 geeft de analyse goed weer.

Tabel 4.2 Aantal respondenten met reëel risico op soa

	n
Totaal aantal respondenten	164
Nooit met een vriend(in) naar bed geweest (A) *	28
	136
Altijd condooms gebruikt (C) *	33
	103
Heeft een 'goede' reden om zonder condoom te vrijen (B) *	52
Totaal aantal respondenten dat risico op soa heeft gelopen	51

* ABC voor aids-preventie: A: **A**bstain / B: **B**e faithful / C: **C**ondoms

Het ABC voor aids-preventie geldt natuurlijk ook voor soa-preventie. De 'A' staat voor 'Abstain', ofwel seksuele onthouding, de 'B' staat voor 'Be faithful' ofwel seksueel contact met één partner en de 'C' staat voor 'Use Condoms' ofwel condoomgebruik. Het zijn in feite drie strategieën om soa te voorkómen, condoomgebruik is er daar één van.

In totaal heeft, op basis van de berekening van tabel 4.2, 38% van de respondenten mét seksuele ervaring (n = 136) risico gelopen op soa en zich niet laten testen. Bij deze studenten bestaat de kans dat ze een soa hebben en ook doorgeven aan anderen.

Redenen voor onveilig vrijen

Respondenten die niet altijd een condoom hebben gebruikt geven verschillende redenen waarom ze onveilig gevreeën hebben. Tabel 4.3 geeft een overzicht van de redenen die de seksueel actieve respondenten, die niet altijd een condoom hebben gebruikt, geven. De respondenten konden meerdere antwoordmogelijkheden geven; minimaal 1, maximaal 3.

Tabel 4.3 Redenen om onveilig te vrijen van seksueel actieve respondenten die niet altijd een condoom hebben gebruikt (n = 105)

Reden	n	%
Omdat de pil werd gebruikt	73	70%
Omdat we vaste verkering hadden	45	43%
Omdat we elkaar vertrouwden	34	32%
Omdat we allebei geen andere sekspartners hebben gehad en soa dus uitgesloten was	29	28%
Omdat ik zelf/de ander/we allebei niet wilde(n)	29	28%
Omdat we geen condooms bij ons hadden	17	16%
Omdat we er niet meer aan dachten	15	14%
Omdat we te veel gedronken hadden	9	9%
Omdat het, door een soa-test, uitgesloten was dat we een soa hadden	5	5%

NB: Meerdere antwoordmogelijkheden.

Sommige redenen uit tabel 4.3 zijn, als het goed is, gegronde redenen om geen condoom te gebruiken, zoals; “Omdat we allebei geen andere sekspartners hebben gehad en soa dus uitgesloten was” en “Omdat het, door een soa-test, uitgesloten was dat we een soa hadden”.

De meest genoemde reden van de respondenten om onveilig te vrijen (70%) is: “Omdat de pil gebruikt werd” (zie tabel 4.3), dit is echter geen goede reden, de pil beschermt niet tegen soa. Mogelijk zien deze respondenten het condoom ook vooral als anticonceptiemiddel en minder als middel tegen soa. Hiernaast zijn de redenen “Omdat we vaste verkering hadden” (43%), “Omdat we elkaar vertrouwden” (32%) en “Omdat we allebei geen andere sekspartners hebben gehad en soa dus uitgesloten was” (28%) vaak gegeven door de respondenten. Deze redenen hebben te maken met een concurrerende strategie om soa te voorkomen; de ‘Be faithful’-strategie in plaats van de ‘Use condoms’-strategie (zie ook tabel 4.2). In principe is dit een goede methode om soa te voorkomen, mits beide personen ook echt trouw zijn aan één partner en ook in het verleden niet onveilig gevreeën hebben.

4.1.2 Kennis over veilig vrijen en soa

Op de open vraag “Hoeveel procent van de jongeren in Nederland loopt volgens jou voor zijn / haar 25° een soa op?” (Juiste antwoord is 10%) werd 28% als gemiddelde geantwoord. De antwoorden verschilden echter sterk; van 2% tot 80% (Standaarddeviatie 16,5).

Hiernaast is de vraag “Wat is denk je de meest voorkomende soa in Nederland?” gesteld. Chlamydia is het correcte antwoord. Tabel 4.4 geeft een overzicht van de gegeven antwoorden.

Tabel 4.4 Wat is denk je de meest voorkomende soa in Nederland?

Antwoordmogelijkheden	<i>Aantal nieuwe infecties per jaar</i>	n	% man	% vrouw	% totaal
Chlamydia	60.000	79	31%	64%	49%
Genitale wratten	25.000	3	3%	1%	2%
Herpes genitalis	12.000	34	23%	19%	21%
Gonorroë	6.000	11	8%	6%	7%
Hepatitis B	2.000	9	9%	2%	6%
Syfilis	750	20	18%	7%	12%
Hiv-infectie	700	7	8%	1%	4%
Totaal		163	100%	100%	100%

Uit tabel 4.4 blijkt dat bijna de helft van de respondenten (49%) de vraag “Wat is denk je de meest voorkomende soa in Nederland?” correct beantwoordt met ‘chlamydia’. Ruim de helft van de respondenten beantwoordt deze vraag dus fout. Opvallend is dat vrouwen deze vraag opmerkelijk beter beantwoorden dan de mannen; 64% van de vrouwen beantwoordt deze vraag goed tegen 31% van de mannen. Uit een chi-kwadraat test blijkt dat het verschil significant is; $\chi^2(1, n = 162) = 16.95, p < .001$. Een mogelijke verklaring voor het verschil in antwoorden is het

feit dat chlamydia bij vrouwen tot onvruchtbaarheid kan leiden. Mogelijk blijft deze boodschap bij vrouwen beter hangen. Wat ook mee zou kunnen spelen is de leeftijd van de respondenten, de vrouwelijke respondenten zijn gemiddeld ouder dan de mannelijke respondenten.

Er zijn verschillende kennisvragen (in de vorm van stellingen) in de vragenlijst opgenomen om de kennis van de respondenten te toetsen. In tabel 4.5 staat een overzicht van de stellingen, de correcte antwoorden op de stellingen en het percentage van de respondenten dat correct heeft geantwoord.

Tabel 4.5 Kennis over veilig vrijen en soa (n = 164)

Kennisvragen	Correct antwoord	% correct
Sommige soa kunnen zonder klachten aanwezig zijn	Waar	95%
Sommige soa gaan vanzelf over	Niet waar	66%
De meeste soa zijn eenvoudig te genezen	Waar	71%
Je bent extra vatbaar voor hiv als je een andere soa hebt	Waar	54%
Genitale wratten kunnen na behandeling terugkomen	Waar	85%
Chlamydia kan leiden tot verminderde vruchtbaarheid	Waar	98%
Gonorrroe (druiper) komt alleen bij mannen voor	Niet waar	54%

Een aantal kennisvragen zijn redelijk bekend (zie tabel 4.5), zoals dat chlamydia kan leiden tot verminderde vruchtbaarheid (98% correct), dat sommige soa zonder klachten aanwezig kunnen zijn (95% correct) en dat genitale wratten na behandeling terug kunnen komen (85% correct). Een aantal stellingen is minder bekend, slechts 71% van de respondenten weet dat de meeste soa eenvoudig te genezen zijn en slechts 66% weet dat soa nooit vanzelf over gaan.

Het is hiernaast behoorlijk onbekend onder de respondenten dat je extra vatbaar bent voor hiv als je een andere soa heb, slechts 54% beantwoordde deze vraag correct. Er bestaat bij deze kennisvraag een significant verschil in antwoorden tussen personen die altijd veilig vrijen (n = 33) en personen die niet altijd veilig vrijen (n = 103); Mensen die niet altijd een condoom hebben gebruikt denken minder vaak (47%) dat je extra vatbaar voor hiv bent als je een andere soa hebt dan mensen die altijd een condoom hebben gebruikt (73%) (t-toets = -2.81, $p < .01$).

De stelling "Gonorrroe (druiper) komt alleen bij mannen voor" is ook slecht beantwoord; slechts 54% van de respondenten had deze vraag correct. Gonorrroe komt weliswaar vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, maar toch is het aandeel gonorrroe bij vrouwen met 6% de nummer vijf qua aantal gediagnosticeerde soa-infecties (Van de Laar, Van Veen & Coenen, 2002).

4.1.3 Attitude ten aanzien van veilig vrijen

Om de attitude ten aanzien van veilig vrijen te bepalen zijn 9 stellingen geformuleerd. De respondenten konden op een 5-puntsschaal aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stelling (van "helemaal mee oneens" tot "helemaal mee eens"). Tabel 4.6 geeft een overzicht van

de gemiddelden en standaarddeviaties en de verschillen tussen mannen en vrouwen en mensen die altijd dan wel niet altijd een condoom hebben gebruikt.

Tabel 4.6 Attitude ten aanzien van veilig vrijen en verschillen tussen mannen en vrouwen (n = 164) en seksueel actieve respondenten die altijd dan wel niet altijd een condoom hebben gebruikt (n = 136)

Stelling			n	Gemiddelde	SD
1. Het gebruik van een condoom maakt seks minder romantisch	Totaal		164	3,34	1,14
	Geslacht***	Man	77	3,62	1,11
		Vrouw	86	3,06	1,10
	Condoom-gebruik	Altijd	33	3,24	1,12
		Niet altijd	103	3,44	1,14
2. Het gebruik van een condoom maakt seks minder plezierig	Totaal		164	3,26	1,11
	Geslacht***	Man	77	3,62	1,03
		Vrouw	86	2,92	1,07
	Condoom-gebruik	Altijd	33	3,09	1,18
		Niet altijd	103	3,34	1,11
3. Het gebruik van een condoom is een vervelende onderbreking van de seks	Totaal		164	3,51	0,98
	Geslacht	Man	77	3,60	0,96
		Vrouw	86	3,41	0,98
	Condoom-gebruik**	Altijd	33	3,09	1,10
		Niet altijd	103	3,69	0,90
4. Het gebruik van condooms geeft me een veilig gevoel	Totaal		164	4,02	0,82
	Geslacht	Man	77	3,92	0,77
		Vrouw	86	4,10	0,85
	Condoom-gebruik**	Altijd	33	4,36	0,55
		Niet altijd	103	3,90	0,83
5. Het gebruik van condooms zorgt ervoor dat ik me achteraf geen zorgen hoeft te maken	Totaal		164	3,75	0,99
	Geslacht	Man	77	3,70	0,93
		Vrouw	86	3,79	1,05
	Condoom-gebruik	Altijd	33	3,94	0,83
		Niet altijd	103	3,73	0,99
6. Ik gebruik condooms als bescherming tegen soa	Totaal		164	3,46	1,15
	Geslacht	Man	77	3,42	1,12
		Vrouw	86	3,52	1,19
	Condoom-gebruik**	Altijd	33	3,91	0,91
		Niet altijd	103	3,33	1,22
7. Ik gebruik condooms als bescherming tegen zwangerschap	Totaal		164	3,66	1,21
	Geslacht	Man	77	3,66	1,23
		Vrouw	86	3,69	1,18
	Condoom-gebruik***	Altijd	33	4,24	0,97
		Niet altijd	103	3,51	1,24
8. Het gebruik van een condoom zal mijn partner het idee geven dat ik met iedereen seks heb	Totaal		164	1,82	0,79
	Geslacht**	Man	77	2,01	0,85
		Vrouw	86	1,66	0,70
	Condoom-gebruik	Altijd	33	1,70	0,85
		Niet altijd	103	1,82	0,76
9. Als ik voorstel een condoom te gebruiken, zal mijn partner het idee hebben dat ik hem/haar niet vertrouw	Totaal		164	1,79	0,80
	Geslacht*	Man	77	1,94	0,94
		Vrouw	86	1,67	0,62
	Condoom-gebruik	Altijd	33	1,73	0,91
		Niet altijd	103	1,70	0,67

NB. Antwoorden uiteenlopend van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens.

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

De respondenten zijn het redelijk eens de drie 'negatieve stellingen' (eerste drie in tabel 4.6) over condoomgebruik. Mannen zijn negatiever over condoomgebruik dan vrouwen. Mannen vinden seks door condoomgebruik minder romantisch (t -toets = 3.28, $p < .001$) en minder plezierig (t -toets = 4.29, $p < .001$) dan vrouwen. Echter dat het gebruik van een condoom een vervelende onderbreking is van de seks onderschrijven mannen en vrouwen evenveel. Blijkbaar vinden ook vrouwen het gebruik van een condoom een vervelende onderbreking van de seks. Mensen die niet altijd een condoom hebben gebruikt zijn het echter wel meer eens met de stelling dat het gebruik van een condoom een vervelende onderbreking van de seks is dan mensen die altijd een condoom hebben gebruikt (t -toets = -2.84, $p < .01$).

Mensen die altijd een condoom hebben gebruikt zijn het meer eens met stelling 4 "Het gebruik van condooms geeft me een veilig gevoel" (t -toets = 2.97, $p < .01$). Ook zijn mensen die altijd een condoom hebben gebruikt het meer eens met stelling 6 "Ik gebruik condooms als bescherming tegen soa" (t -toets = 2.90, $p < .01$) en stelling 7 "Ik gebruik condooms als bescherming tegen zwangerschap" (t -toets = 3.49, $p < .001$).

Respondenten denken over het algemeen niet dat de partner negatief zal reageren op een voorstel tot condoomgebruik (respondenten zijn het vaak oneens met stellingen 8 en 9 in tabel 4.6). Er is bij deze twee stellingen wel een verschil in antwoorden tussen mannen en vrouwen; Vrouwen zijn het nog vaker oneens met deze twee stellingen dan mannen (Stelling 8: t -toets = 2.89, $p < .01$; Stelling 9: t -toets = 2.11, $p < .05$).

4 componenten van attitude ten aanzien van condoomgebruik

Om de attitude ten aanzien van het condoomgebruik te bekijken is Alpha berekend. Voor de 9 stellingen over attitude samengenomen is Alpha 0,60. Door componenten weg te laten wordt Alpha alleen maar kleiner. Alpha is laag, dus om te bekijken of de attitude wellicht uit verschillende onderdelen bestaat is een factoranalyse (Principal Component Analyses) uitgevoerd. Hierdoor kan bepaald worden welke stellingen bij elkaar horen. Uit de factoranalyse blijkt dat vier componenten (zie tabel 4.7) 72% van de variatie van attitude bepalen.

Tabel 4.7 4 componenten van attitude ten aanzien van condoomgebruik

Stelling	Component			
	1	2	3	4
Het gebruik van condooms geeft me een veilig gevoel	0,05	0,01	0,84	0,08
Het gebruik van condooms zorgt ervoor dat ik me achteraf geen zorgen hoeft te maken	-0,06	0,03	0,79	0,20
Ik gebruik condooms als bescherming tegen soa	0,10	-0,09	0,38	0,56
Ik gebruik condooms als bescherming tegen zwangerschap	-0,04	0,12	0,09	0,90
Het gebruik van een condoom maakt seks minder romantisch*	0,88	0,08	0,03	0,09
Het gebruik van een condoom maakt seks minder plezierig*	0,82	0,12	0,07	-0,04
Het gebruik van een condoom is een vervelende onderbreking van de seks*	0,84	-0,04	-0,09	-0,00
Het gebruik van een condoom zal mijn partner het idee geven dat ik met iedereen seks heb*	0,13	0,89	0,04	0,03
Als ik voorstel een condoom te gebruiken, zal mijn partner het idee hebben dat ik hem/haar niet vertrouw*	0,00	0,91	-0,02	0,02

* variabele hergecodeerd

Van tabel 4.7 kan goed afgelezen worden welke stellingen bij het verklaren van de attitude bij elkaar horen. De vier groepen Attitude heb ik de volgende namen gegeven:

1. Attitude 'niet vervelend' ($\alpha = 0,81$)
2. Attitude 'idee partner' ($\alpha = 0,78$)
3. Attitude 'eigen gevoel' ($\alpha = 0,58$)
4. Attitude 'bescherming' ($\alpha = 0,38$)

Er is dus geen één attitude ten opzichte van condoomgebruik, de attitude ten opzichte van condoomgebruik bestaat uit vier onderdelen. Cronbach's Alpha voor de groepen 1 en 2 is hoog en dit zijn dus betrouwbare schalen. De interne consistentie van de groepen 3 en 4 is helaas een stuk lager.

4.1.4 Belang subjectieve norm wat betreft veilig vrijen

De subjectieve norm is getoetst door te kijken naar voorbeeldgedrag van omgeving en beste vriend(inn)en en naar de 'normative belief strength' en de 'motivation to comply' voor 'mensen in mijn omgeving', 'beste vriend(inn)en', 'ouders' en eventuele 'vaste partner'. Wat betreft voorbeeldgedrag is gevraagd of mensen in de omgeving, dan wel beste vriend(inn)en condooms gebruiken. Voor 63% van de respondenten gebruiken mensen in hun omgeving condooms en voor 46% van de respondenten gebruiken beste vriend(inn)en condooms.

In tabel 4.8 staan de uitkomsten van de stellingen over de 'normative belief strength' en de 'motivation to comply' voor de verschillende mogelijk subjectieve normen.

Tabel 4.8 'Normative belief strength' en 'Motivation tot comply' ten aanzien van veilig vrijen

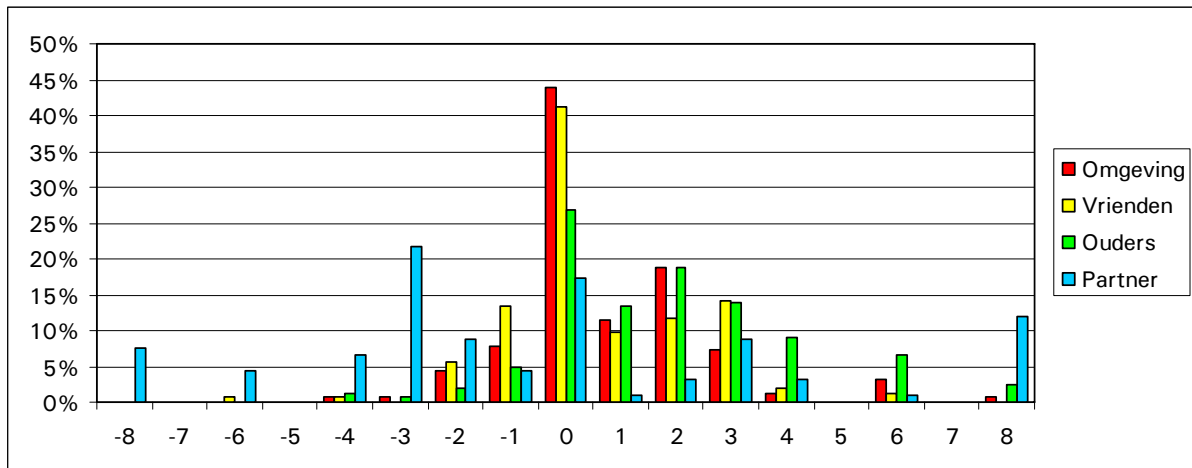
	Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Gem.	SD
'Normative belief strength'	Ik denk dat mensen in mijn omgeving vinden dat ik condooms moet gebruiken (n = 164).	7%	15%	30%	38%	9%	3,27	1,06
	Ik denk dat mijn beste vriend(inn)en vinden dat ik condooms moet gebruiken (n = 162)	10%	20%	29%	37%	4%	3,06	1,07
	Ik denk dat mijn ouders vinden dat ik condooms moet gebruiken (n = 164)	5%	7%	21%	44%	24%	3,75	1,05
	Mijn huidige partner vindt dat we condooms moeten gebruiken (n = 92)	20%	36%	15%	16%	13%	2,67	1,33
'Motivation to comply'	Ik trek mij veel aan van de mening van mensen in mijn omgeving wat betreft het gebruiken van condooms (n = 164)	21%	36%	31%	12%	1%	2,36	0,97
	Ik trek mij veel aan van de mening van mijn beste vriend(inn)en wat betreft het gebruiken van condooms (n = 163)	15%	33%	30%	22%	1%	2,60	1,01
	Ik trek mij veel aan van de mening mijn ouders wat betreft het gebruiken van condooms (n = 164)	8%	28%	38%	23%	3%	2,85	0,96
	Ik trek me veel aan van de mening van mijn huidige partner wat betreft het gebruiken van condooms (n = 92)	2%	9%	23%	39%	27%	3,8	1,01

Uit tabel 4.8 is af te lezen dat de respondenten vooral van hun ouders denken dat ze vinden dat ze condooms moeten gebruiken, maar helaas trekken de meeste respondenten zich niet veel aan van hun ouders wat betreft het gebruiken van condooms. Voor de subjectieve norm partner vertonen de antwoorden wat betreft 'normative belief strength' een grote spreiding. Wat betreft 'motivation to comply' heeft de partner de meeste invloed; de respondenten trekken zich het meest aan van de huidige partner als het gaat om het gebruiken van condooms.

Cronbach's Alpha voor de 4 'Normative belief strength'-stellingen is 0,79. Cronbach's Alpha voor de 4 'Motivation to comply'-stellingen is 0,53, maar wordt een stuk hoger als stelling 4 (over subjectieve norm partner) verwijderd wordt; 0,70.

Met steeds twee gekoppelde stellingen (antwoorden van de 'normative belief strength'-stellingen vermenigvuldigd met de antwoorden van de 'motivation to comply'-stellingen) uit de vragenlijst kan de subjectieve norm voor omgeving, beste vriend(inn)en, ouders en eventuele vaste partner bepaald worden (zie ook figuur 4.1):

- Ik denk dat mensen in mijn omgeving / mijn beste vriend(inn)en / mijn ouders / mijn huidige partner vinden/vindt dat ik/we condooms moet(en) gebruiken. (Helemaal mee oneens: -2; Mee oneens: -1; Neutraal: 0; Mee eens: 1; Helemaal mee eens: 2)
- Ik trek mij veel aan van de mening van mensen in mijn omgeving / mijn beste vriend(inn)en / mijn ouders / mijn huidige partner wat betreft het gebruiken van condooms. (Helemaal mee oneens: 0; Mee oneens: 1; Neutraal: 2; Mee eens: 3; Helemaal mee eens: 4)



Figuur 4.1 Belang subjectieve norm voor 'omgeving', 'vrienden', 'ouders' en 'partner' met betrekking tot condoomgebruik respondenten

Uit figuur 4.1 kunnen we aflezen dat bij de subjectieve normen 'omgeving' en 'beste vrienden' de top duidelijk op 0 ligt, deze subjectieve normen hebben dus niet veel invloed op het gedrag van de respondenten. Het gemiddelde van subjectieve norm 'omgeving' is 0,79 met een standaarddeviatie van 1,74. Het gemiddelde van subjectieve norm 'beste vrienden' is 0,60, met een standaarddeviatie van 1,71.

Bij de subjectieve norm 'ouders' ligt de top ook op 0 (zie figuur 4.1), echter zijn hierbij de antwoorden wel meer verspreid, waarbij ouders vooral een positieve subjectieve invloed hebben. Het gemiddelde van subjectieve norm 'ouders' is 1,74, met een standaarddeviatie van 2,23.

Bij de subjectieve norm 'partner' zijn de antwoorden nog meer gespreid en ligt de top op -3 (zie figuur 4.1). Dit betekent dat het vaak voorkomt dat de partner niet vindt dat ze een condoom moeten gebruiken (getallen in de min). De partner heeft dus veel negatieve subjectieve invloed. Ook 8 scoort hoog, dit betekent dat ook de combinatie voorkomt dat de partner vindt dat ze condooms moeten gebruiken en dat de respondent zich veel aantrekt van de partner. Doordat de antwoorden zo gespreid zijn ligt het gemiddelde dicht bij nul; -0,51 en is de standaarddeviatie is groot; 4,39.

Cronbach's Alpha voor de 4 subjectieve normen van condoomgebruik samen is 0,67, en wordt wederom hoger als de subjectieve norm 'partner' verwijderd wordt; 0,69.

4.1.5 Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen

In tabel 4.9 staan de 5 stellingen uit de vragenlijst over de zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen.

Tabel 4.9 Zelfeffectiviteit ten aanzien van veilig vrijen

Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik schaam me als ik condooms koop.	26%	32%	24%	14%	4%
2. Ik vind het moeilijk het vrijen te onderbreken om een condoom om te doen.	8%	31%	34%	24%	3%
3. Op het moment dat ik met iemand naar bed ga voel ik mij goed in staat om veilig te vrijen.	2%	6%	22%	54%	15%
4. Ik denk dat ik er veel controle over heb of mijn partner er ik een condoom gebruiken.	1%	4%	23%	53%	20%
5. Als ik gedronken heb vergeet ik snel een condoom te gebruiken.	17%	30%	33%	18%	3%

NB: n = 164

Uit tabel 4.9 blijkt dat 18% van de respondenten zich schaamt als ze condooms kopen en 27% van de respondenten het moeilijk vindt om het vrijen te onderbreken om een condoom om te doen. Meer dan 20% van de respondenten is het eens of helemaal eens met de stelling “Als ik gedronken heb vergeet ik snel een condoom te gebruiken”, 47% geeft aan het hier mee oneens te zijn. Hieruit blijkt dat alcohol voor een deel van de respondenten toch wel een belangrijke rol speelt bij de keuze om al dan niet veilig te vrijen.

Om de betrouwbaarheid van de schaal te bepalen is Alpha berekend. Voor de 5 stellingen over de zelfeffectiviteit samengenomen is Alpha 0,46. De interne consistentie is helaas laag. Door de component “ik schaam me als ik condooms koop” weg te laten wordt Alpha iets hoger 0,57. Dit is nog steeds redelijk laag en de schaal is hierdoor niet heel betrouwbaar.

4.1.6 Kwetsbaarheid

Er zijn drie stellingen over kwetsbaarheid geformuleerd, zie tabel 4.10. Cronbach’s Alpha voor deze drie stellingen is 0,63. Als stelling 1 verwijderd wordt, wordt Alpha 0,88. Stelling 1 verschilt wezenlijk van stelling 2 en 3. Stelling 2 en 3 zijn behoorlijk intern consistent.

Tabel 4.10 Kwetsbaarheid respondenten (n = 164)

Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Als ik een keer onveilig heb gevreeën en ik heb geen klachten acht ik de kans klein dat ik een soa heb.	4%	21%	24%	49%	2%
2. Ik denk dat de informatie over het risico van het oplopen van een soa vaak overdreven is.	17%	59%	17%	7%	0%
3. Ik denk dat de informatie over het risico van het krijgen van hiv/aids vaak overdreven is.	24%	57%	14%	5%	0%

Uit tabel 4.10 is af te lezen dat 51% van de respondenten de kans op soa klein acht als ze een keer onveilig gevreeën hebben en geen klachten hebben. Slechts 7% van de respondenten denkt dat de informatie over het risico van het oplopen van een soa vaak overdreven is. En slechts 5% van de respondenten denkt dat de informatie over het risico van het krijgen van hiv / aids vaak overdreven is. Mannen denken (significant) vaker dan vrouwen dat informatie over het risico van het oplopen van soa (t-toets = 4.77, $p < .001$) en hiv (t-toets = 4.92, $p < .001$) overdreven is.

4.1.7 Intentie om veilig te vrijen

Om een indruk te krijgen van de intentie van de respondenten wat betreft condoomgebruik zijn stellingen geformuleerd aan de hand van een situatieschets. In Situatieschets 4.1 is de situatie te lezen. Het gaat om de situatie van een relatie van 3 weken waarin men de ander nog niet door en door kent.

Situatieschets 4.1

Stel je voor: Je hebt 3 weken geleden in de kroeg een erg leuke jongen / leuk meisje ontmoet. Sindsdien heb je een paar keer wat afgesproken en hebben jullie verkering. Je kent de ander nog niet door en door en hebt het ook nog niet over vorige relaties van elkaar gehad. Vanavond heb je weer afgesproken en je denkt dat het vanavond wel eens kan gebeuren dat je met elkaar naar bed gaat. De volgende stellingen gaan over hoe jij je zou voelen en wat je zou doen in deze situatie.

Naar aanleiding van situatieschets 4.1 zijn, in de schriftelijke enquête, 6 stellingen over de intentie van condoomgebruik geformuleerd (zie tabel 4.11):

Tabel 4.11 Intentie condoomgebruik voor situatieschets 4.1 (n = 164)

Stelling	Geslacht	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Gemiddelde score (a)
1. Aangezien ik de ander niet goed ken en niet zeker weet of hij of zij geen soa heeft zal ik zeker een condoom gebruiken.	Man	0%	7%	7%	48%	39%	4,19
	Vrouw	2%	1%	4%	37%	56%	4,43
	Totaal	1%	4%	5%	43%	48%	4,32
2. Als de ander geen condoom wil gebruiken, probeer ik hem/haar er van te overtuigen een condoom te gebruiken. **	Man	0%	8%	13%	61%	18%	3,90
	Vrouw	2%	2%	7%	44%	44%	4,26
	Totaal	1%	5%	10%	52%	32%	4,09
3. Als de ander geen condoom wil gebruiken, dan hebben we geen seks. ***	Man	9%	18%	29%	34%	10%	3,18
	Vrouw	2%	6%	8%	35%	49%	4,22
	Totaal	6%	12%	18%	34%	31%	3,73
4. Als blijkt dat we geen van beiden een condoom bij ons hebben zal ik zonder condoom vrijen. ***	Man	14%	40%	27%	18%	0%	2,49
	Vrouw	44%	30%	17%	8%	0%	1,90
	Totaal	30%	35%	23%	13%	0%	2,18
5. Als de ander geen condoom wil gebruiken, pas ik mij aan zijn / haar wensen aan. ***	Man	16%	46%	21%	18%	0%	2,42
	Vrouw	50%	47%	2%	1%	0%	1,55
	Totaal	34%	46%	12%	9%	0%	1,96
6. Als blijkt dat we geen van beiden een condoom bij ons hebben zal ik geen seks hebben. ***	Man	4%	22%	29%	35%	10%	3,26
	Vrouw	4%	9%	13%	37%	37%	3,95
	Totaal	4%	15%	21%	36%	24%	3,62

(a) 1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = neutraal, 4 = mee eens, 5 = helemaal mee eens

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Om soa te voorkomen zou met stellingen 1, 2, 3 en 6 uit tabel 4.11 iedereen het eens moeten zijn en met stellingen 4 en 5 iedereen het oneens moeten zijn. Dit is natuurlijk niet haalbaar. Op zich lijken de percentages al redelijk positief, met de stelling "Aangezien ik de ander niet goed ken en niet zeker weet of hij of zij geen soa heeft zal ik zeker een condoom gebruiken", is het overgrote deel het eens, slechts een klein deel antwoordt dat ze het er mee oneens zijn. Als de partner geen condoom wil gebruiken, proberen ze de ander nog over te halen (stelling 2), maar denkt toch een groot deel erover om dan maar zonder condoom te vrijen (stelling 3, 4, 5 en 6 van tabel 4.11). Wat opvalt, is dat vooral mannen eerder denken een condoom achterwege te laten dan vrouwen. Het verschil is significant voor de stellingen 2 t/m 6.

Cronbach's Alpha voor de 6 stellingen over intentie is 0,88. De interne consistentie van de stellingen is dus goed en het is een betrouwbare schaal.

Intentie condoomgebruik bij vaste partner

Naast de 6 stellingen over intentie naar aanleiding van de situatieschets is nog een stelling over intentie in de vragenlijst opgenomen. Deze 7^e stelling over intentie gaat over de intentie van condoomgebruik met een vaste partner (zie tabel 4.12).

Tabel 4.12 Intentie condoomgebruik met vaste partner

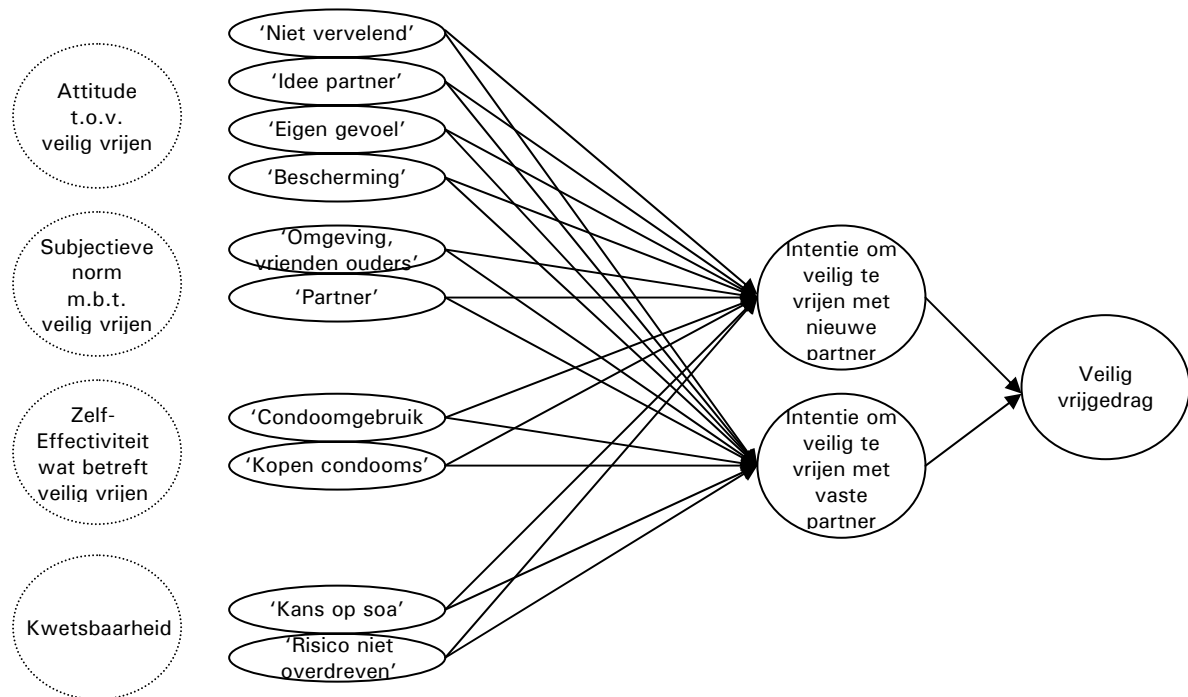
Stelling	Geslacht	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Gemiddelde score (a)
In de toekomst zal ik met mijn vaste partner, zolang niet zeker is dat we geen van beiden een soa hebben, met condoom vrijen. **	Man	7%	33%	30%	26%	4%	2,88
	Vrouw	5%	14%	30%	40%	12%	3,40
	Totaal	6%	23%	30%	33%	8%	3,15

** = $p < .01$

Met deze stelling over intentie condoomgebruik met vaste partner is gemiddeld slechts 41% van de respondenten het (helemaal) eens (zie tabel 4.12). RIVM (2002) schrijft in een Infectieziekten Bulletin dat jonge mensen vaak diverse opeenvolgende relaties hebben, die zij zelf als ‘vaste verkering’ beschouwen. Maar een vaste relatie betekent niet dat er geen gevaar voor soa is; dit gevaar blijft aanwezig tot beide personen getest (en eventueel behandeld) zijn op soa. Vrouwen zijn het meer eens met de stelling “In de toekomst zal ik met mijn vaste partner, zolang niet zeker is dat we geen van beiden een soa hebben, met condoom vrijen” dan mannen (t-toets = -3.22, $p < .01$).

4.1.8 Invloed determinanten op veilig vrijen

Om de invloed van de determinanten op veilig vrijen te toetsen wordt een regressieanalyse uitgevoerd. Attitude bleek uit 4 onderdelen te bestaan, zie tabel 4.7. Er zijn 4 mogelijke subjectieve normen meegenomen in het onderzoek, het belang van één subjectieve norm blijkt wezenlijk te verschillen, namelijk partner (zie figuur 4.1). Zelfeffectiviteit is onderzocht voor het gebruiken van een condoom en het kopen van een condoom (zie paragraaf 4.1.5) en bij kwetsbaarheid is gekeken naar kans en risico (zie paragraaf 4.1.6). Figuur 4.2 geeft een duidelijk inzicht welke regressieanalyses uitgevoerd worden.

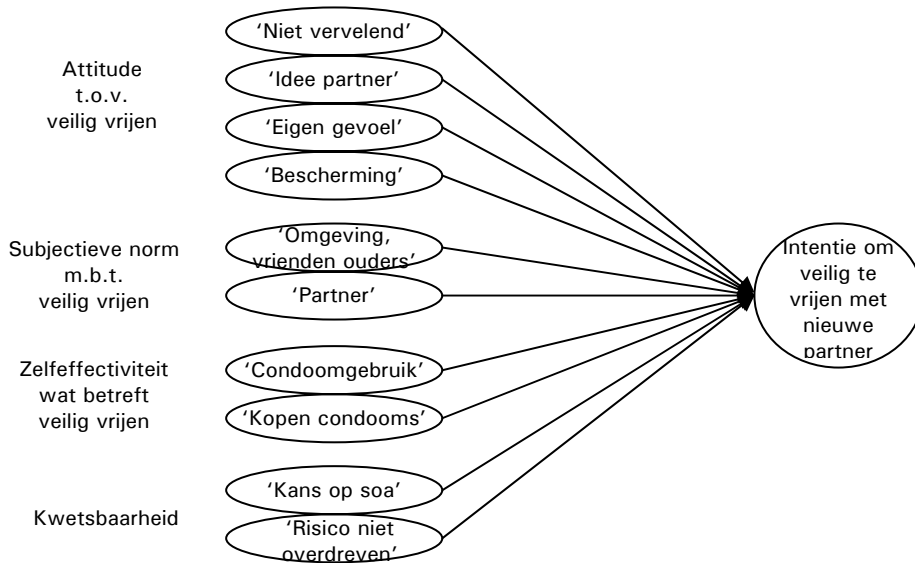


Figuur 4.2 Regressieanalyse van determinanten die van invloed zijn op veilig vrijen

Er zijn in totaal 10 'voorspellers' (zie figuur 4.2), deze hebben de volgende namen gekregen: 'niet vervelend', 'idee partner', 'eigen gevoel', 'bescherming', 'omgeving, vrienden, ouders', 'partner', 'condoomgebruik', 'kopen condooms', 'kans op soa' en 'risico niet overdreven'. In een regressieanalyse wordt gekeken in hoeverre deze 'voorspellers' de intentie voorspellen. Intentie bestaat uit twee onderdelen; 'intentie om veilig te vrijen met nieuwe partner' en 'intentie om veilig te vrijen met vaste partner'. Voor beide intenties wordt een regressieanalyse uitgevoerd. Hiernaast wordt ook een regressieanalyse gedaan om te kijken in hoeverre beide intenties het uiteindelijke gedrag 'veilig vrijen' verklaren. In totaal worden dus drie regressieanalyses uitgevoerd.

Determinanten van intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner

Figuur 4.3 geeft een overzicht van de regressieanalyse 'determinanten van intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner', welke hierna besproken wordt.



Figuur 4.3 Determinanten van intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner (n = 164)

Uit regressieanalyse 'Determinanten van intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner' (zie figuur 4.3) blijkt dat de 10 'voorspellers' samen 32% van de 'intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner' voorspellen ($F(10, 81) = 3.73, p < .001$). De regressieanalyse geeft hiernaast verschillende bèta's die aangeven wat de verhouding is tussen de voorspellers en de intentie. Tabel 4.13 geeft een overzicht van de bèta's.

Tabel 4.13 Determinanten van intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner

Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Attitude t.o.v. veilig vrijen	Niet vervelend	.20	.06
	Idee partner	-.01	.90
	Eigen gevoel	.05	.63
	Bescherming	.05	.70
Subjectieve norm m.b.t. veilig vrijen	Omgeving / vrienden / ouders	-.09	.44
	Partner	.02	.89
Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	Condoomgebruik **	.30	.01
	Kopen condooms	.09	.34
Kwetsbaarheid	Kans op soa	.19	.06
	Risico niet overdreven	.10	.33

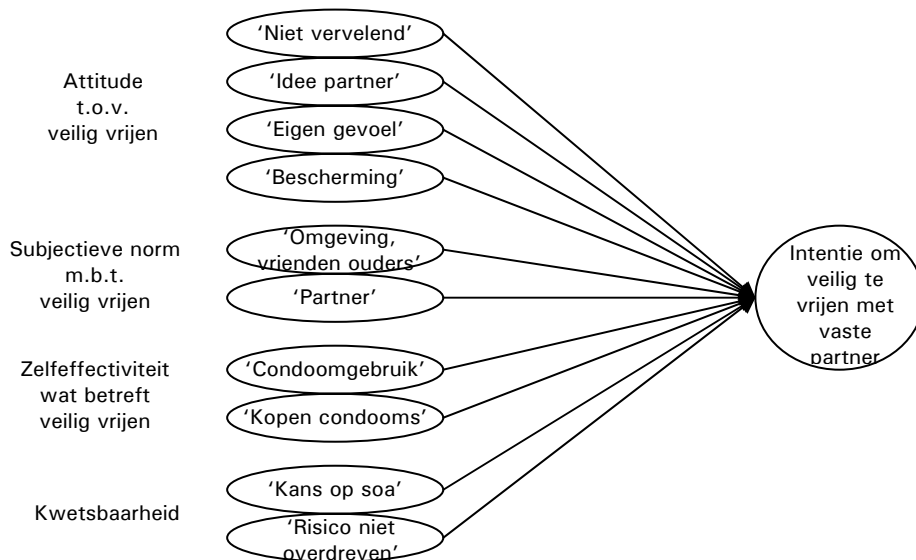
** = $p < .01$

Van tabel 4.13 kan afgelezen worden dat er 3 voorspellers zijn van intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner (waarvan twee bijna significant); de voorspeller 'condoomgebruik' een bèta heeft van .30 ($p < .01$). 'kans op soa' heeft een bèta van .19 ($p < .06$) en 'niet vervelend' heeft een bèta van .20 ($p < .06$). Mensen die geen condooms gebruiken bij een nieuwe partner

vinden het dus moeilijk een condoom te gebruiken, schatten hun kans op soa laag in en vinden het vervelend om condooms te gebruiken.

Determinanten van intentie om in de toekomst veilig te vrijen met vaste partner

Figuur 4.4 geeft een overzicht van de regressieanalyse 'Determinanten van intentie om in de toekomst veilig te vrijen met vaste partner'.



Figuur 4.4 Determinanten van intentie om in de toekomst veilig te vrijen met vaste partner (n = 163)

Uit de regressieanalyse blijkt dat de 10 'voorspellers' in totaal 16% van de intentie om in de toekomst veilig te vrijen met vaste partner voorspellen, maar dit is niet significant ($F(10, 80) = 1.55, p < .14$). Tabel 4.14 geeft een overzicht van de bèta's.

Tabel 4.14 Determinanten van intentie om in de toekomst veilig te vrijen met vaste partner

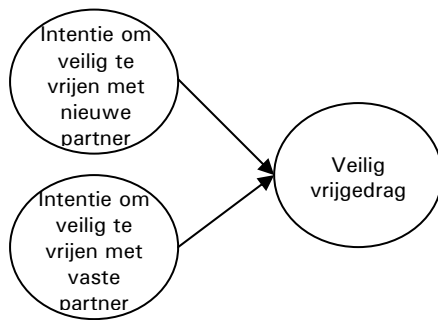
Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Attitude t.o.v. veilig vrijen	Niet vervelend	.14	.25
	Idee partner	.02	.85
	Eigen gevoel	-.01	.91
	Bescherming	.14	.28
Subjectieve norm m.b.t. veilig vrijen	Omgeving / vrienden / ouders	.08	.52
	Partner	.11	.40
Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	Condoomgebruik	.14	.27
	Kopen condooms	-.01	.94
Kwetsbaarheid	Kans op soa	.05	.64
	Risico niet overdreven	.11	.34

Uit tabel 4.14 blijkt dat ook geen enkele bèta significant is. Het veilig vrijgedrag met een vaste partner is dus niet goed te voorspellen door de gekozen variabelen. Waarschijnlijk zijn op dit

gedrag andere variabelen van invloed, wellicht variabelen die te maken hebben met de B-strategie van soa-preventie (zie tabel 4.2).

Voorspellen van veilig vrijgedrag door intentie om veilig te vrijen

Figuur 4.5 geeft een overzicht van regressieanalyse 'voorspellen van veilig vrijgedrag door intentie om veilig te vrijen'.



Figuur 4.5 Voorspellen van veilig vrijgedrag door intentie om veilig te vrijen (n = 136)

In totaal voorspellen beide onderdelen van intentie 7% ($F(2, 132) = 5.23, p < .01$) van het daadwerkelijke vrijgedrag.

Tabel 4.15 geeft een overzicht van de bèta's van regressieanalyse 'Voorspellen van veilig vrijgedrag door intentie om veilig te vrijen'.

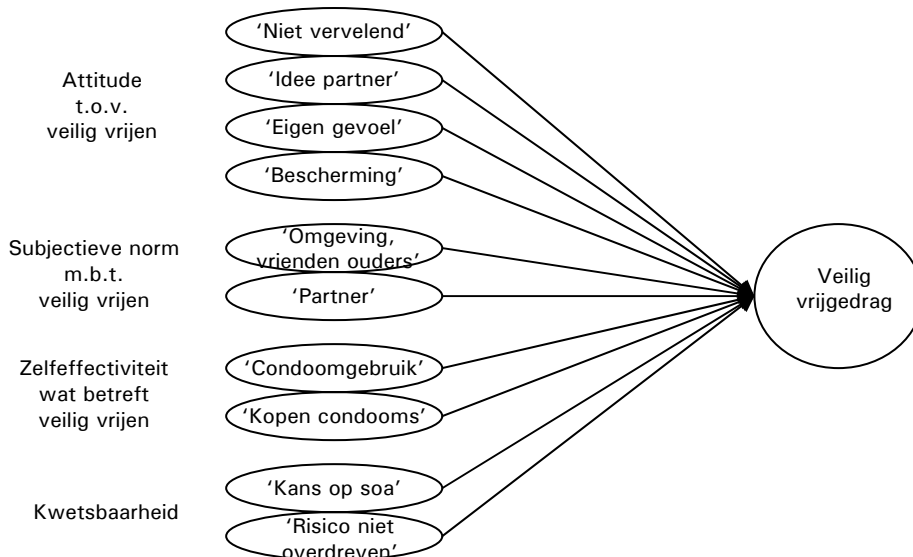
Tabel 4.15 Voorspellen van veilig vrijgedrag door intentie om veilig te vrijen

Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Intentie om veilig te vrijen	Intentie om veilig te vrijen met nieuwe partner	.16	.08
	Intentie om veilig te vrijen met vaste partner	.18	.051

Eén van beide bèta's is bijna significant; $p < .051$ (zie tabel 4.15).

Voorspellen van veilig vrijgedrag door determinanten van intentie om veilig te vrijen

Om te bepalen of de voorspellers van intentie wellicht ook direct het veilig vrijgedrag voorspellen wordt ook hiervoor een regressieanalyse uitgevoerd; 'Voorspellen van veilig vrijgedrag door determinanten van intentie om veilig te vrijen (zie figuur 4.6).



Figuur 4.6 Voorspellen van veilig vrijgedrag door determinanten van intentie om veilig te vrijen (n = 164)

Uit regressieanalyse 'Voorspellen van veilig vrijgedrag door determinanten van intentie om veilig te vrijen' blijkt dat de voorspellers 42% van het veilig vrijgedrag voorspellen ($F(10, 73) = 5.19$, $p < .001$). De bèta's die bij deze analyse horen staan in tabel 4.16.

Tabel 4.16 Voorspellen van veilig vrijgedrag door determinanten van intentie om veilig te vrijen

Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Attitude t.o.v. veilig vrijen	Niet vervelend	-.08	.42
	Idee partner	.01	.92
	Eigen gevoel	.04	.70
	Bescherming	.15	.18
Subjectieve norm m.b.t. veilig vrijen	Omgeving / vrienden / ouders	.06	.61
	Partner	.44	.001
Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	Condoomgebruik	.13	.23
	Kopen condooms	-.01	.94
Kwetsbaarheid	Kans op soa	.14	.14
	Risico niet overdreven	.03	.77

De theorie van gepland gedrag stelt dat gedrag voorspelt wordt door de intentie om dat gedrag te vertonen. Deze theorie gaat in dit onderzoek maar voor een klein deel op; gedrag wordt voor 7% voorspelt door de intentie. Echter wordt gedrag voor 42% rechtstreeks bepaald door de voorspellers van intentie. Hierbij is één van de 10 bèta's is significant; 'partner' (onderdeel van subjectieve norm) heeft een bèta van .44 ($p < .001$). De subjectieve norm partner voorspelt dus voor een groot deel rechtstreeks het werkelijke veilig vrijgedrag (zie tabel 4.16).

4.2 Testen op soa

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek wat betreft secundaire preventie besproken, achtereenvolgens; testgedrag, kennis over het soa-spreekuur, attitude ten aanzien van testen op soa, het belang van de subjectieve norm wat betreft testen op soa, de zelfeffectiviteit ten aanzien van testen op soa, kwetsbaarheid (welke van invloed is op primaire én secundaire preventie van soa) en als laatste de intentie om te testen op soa.

4.2.1 Testgedrag

Aan de seksueel actieve respondenten die niet altijd een condoom hebben gebruikt is gevraagd of ze het wel eens overwogen hebben om zich te laten testen. Het blijkt dat 29% (n = 107) van de seksueel actieve respondenten die niet altijd een condoom hebben gebruikt het wel eens heeft overwogen om zich te laten testen.

Van de in totaal 164 respondenten hebben in totaal 10 mensen zich daadwerkelijk laten testen op soa (6%). Niet alle respondenten waren al seksueel actief, van de seksueel actieve respondenten (n = 107) heeft 9% zich laten testen. Eén persoon heeft zich bij de GGD laten testen en de andere negen hebben dit bij de huisarts gedaan. Dit kan te maken hebben met de onbekendheid met de mogelijkheid om je te laten testen bij de GGD. Een andere reden kan zijn dat de mensen niet in eerste instantie voor een soa-test kwamen of daar aan dachten, maar gewoon met klachten, waarna de huisarts heeft besloten een soa-test te doen.

De redenen die de respondenten die zich niet hebben laten testen, geven om zich niet te laten testen staan in tabel 4.17.

Tabel 4.17 Redenen van respondenten om zich niet te laten testen op soa (n = 96)

Reden	n	Percentage
Omdat ik geen klachten had die duiden op een soa	60	63%
Omdat ik de kans klein acht dat ik een soa heb	51	53%
Omdat we allebei geen andere sekspartners hebben gehad en soa dus uitgesloten was	33	34%
Omdat ik vaste verkering had	30	31%
Omdat ik me schaam	10	10%

NB: Meerdere antwoorden mogelijk

63% van de respondenten geeft als reden: "Omdat ik geen klachten had die duiden op een soa" (zie tabel 4.17). Dit is echter geen goede reden, je kunt een soa hebben zonder dat je klachten hebt. Bij chlamydia, een soa die veel onder jongeren voorkomt heeft zelfs driekwart geen klachten. 53% van de respondenten geeft als reden "Omdat ik de kans klein acht dat ik een soa heb".

Alleen de reden dat je allebei geen andere sekspartners hebt gehad zou, als het goed is, een goede reden moeten zijn. Deze reden kan gezien worden als de 'Be faithful'-strategie (B in ABC van hiv-preventie, zie ook tabel 4.2) en is een goede manier om soa te voorkomen. De reden "omdat ik vaste verkering had" kan ook gezien worden als 'Be faithful'-strategie, maar deze reden sluit, zoals hij hier geformuleerd is, eerdere onveilige seksuele contacten niet uit.

4.2.2 Kennis over soa-spreekuur

Om te bepalen of de mogelijkheid om je bij de GGD te laten testen op soa bekend is onder studenten is de volgende vraag aan de respondenten gesteld: "Wist je voor het invullen van deze vragenlijst dat je je bij de GGD in Zwolle kunt laten testen op een soa?" 61% van de respondenten beantwoordde deze vraag met "ja", 39% met "nee" (n = 162). De bekendheid van het soa-spreekuur kan dus nog een stuk hoger worden door hier aandacht aan te besteden. Aan de respondenten die hebben aangegeven te weten dat je je bij de GGD kunt laten testen op soa (n = 99) zijn vervolgens de volgende vragen gesteld: "Is testen op soa bij de GGD in Zwolle anoniem?" en "Is testen op soa bij de GGD in Zwolle gratis?" (Voor beide vragen is het correcte antwoord "ja"). 100% van deze respondenten denken dat testen bij de GGD anoniem is en 68% denkt dat testen bij de GGD gratis is. 32% van de respondenten denkt dus dat ze moeten betalen voor een soa-test, wat niet het geval is.

4.2.3 Attitude ten aanzien van testen op soa

De GGD in Zwolle heeft de mogelijkheid om te testen op soa, maar kan niet behandelen. Als blijkt dat je een soa hebt, word je voor behandeling doorverwezen naar je huisarts. Aan de respondenten is gevraagd of ze het vervelend vinden dat de GGD soa alleen test en niet behandelt. 45% van de respondenten (n = 160) beantwoordde deze vraag met "ja", 55% met "nee". Bijna de helft van de respondenten gaf dus aan dat ze dit vervelend vinden.

Als blijkt dat iemand een soa heeft biedt de GGD de mogelijkheid partners van deze persoon anoniem te informeren. Aan de respondenten is gevraagd wat ze vinden van deze mogelijkheid. 70% van de respondenten (n = 162) gaf aan dat ze dit goed vinden, 20% antwoordde met "neutraal" en slechts 10% gaf aan dit onnodig te vinden.

Naast de twee vragen die hierboven besproken zijn, zijn in de vragenlijst nog 3 stellingen over attitude opgenomen (zie tabel 4.18), waarbij de respondenten konden aangeven in hoeverre ze het er mee eens waren (5-puntsschaal van "helemaal mee oneens" tot "helemaal mee eens").

Tabel 4.18 Attitude ten aanzien van testen op soa van de respondenten (n = 164)

Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Een belangrijke reden om me wel te laten testen is dat ik dan een gerust gevoel krijg	0%	2%	6%	60%	32%
2. Een belangrijke reden om me wel te laten testen is dat ik me dan tijdig kan laten behandelen	0%	2%	5%	60%	33%
3. Ik vind het erg prettig dat testen op een soa bij de GGD anoniem is	1%	2%	7%	60%	30%

Minimaal 90% van de respondenten is het eens of helemaal eens met alle drie stellingen uit tabel 4.18. Een belangrijke reden voor de respondenten om zich te laten testen op soa is dat ze dan een gerust gevoel krijgen en ook dat ze zich dan tijdig kunnen laten behandelen. Hiernaast vinden ze het ook erg prettig dat het testen op soa bij de GGD anoniem is.

Cronbach's Alpha voor de drie stellingen uit tabel 4.18 is 0,65. Als stelling 3 verwijderd wordt is Cronbach's Alpha 0,78.

4.2.4 Belang subjectieve norm wat betreft testen op soa

De subjectieve norm is getoetst door te kijken naar voorbeeldgedrag van omgeving en beste vriend(inn)en en naar de 'normative belief strength' en de 'motivation to comply' voor 'mensen in mijn omgeving', 'beste vriend(inn)en', 'ouders'.

Hiernaast zijn nog twee specifieke vragen gesteld; "Ken je iemand die zich wel eens heeft laten testen op een soa?" en "Ken je iemand die een soa heeft (gehad)?" Tabel 4.19 geeft een overzicht van de antwoorden op deze vragen.

Tabel 4. 19 Kennen van iemand die zich heeft laten testen op soa of een soa heeft gehad

Vraag	Ja, een goede vriend(in) van me	Ja, een kennis	Nee
1. Ken je iemand die zich wel eens heeft laten testen op een soa? (n = 164)	19%	11%	70%
2. Ken je iemand die een soa heeft (gehad)? (n = 163)	9%	9%	83%

Op eerste vraag; “Ken je iemand die zich wel eens heeft laten testen op een soa?”, antwoordde 30% van de respondenten “ja”. Op de tweede vraag; “Ken je iemand die een soa heeft (gehad)?”, antwoordde 18% van de respondenten “ja” (zie tabel 4.19).

Wat betreft voorbeeldgedrag is gevraagd of mensen in de omgeving, dan wel beste vriend(inn)en zich laten testen als ze onveilig gevreeën hebben. 18% van de respondenten geeft aan dat mensen in hun omgeving zich laten testen als ze onveilig hebben gevreeën. 17% denkt dat mensen in hun omgeving zich niet laten testen als ze onveilig gevreeën hebben. Wat betreft voorbeeldgedrag van beste vriend(inn)en geldt dat 19% van de respondenten aangeeft dat hun beste vriend(inn)en zich laten testen als ze onveilig gevreeën hebben. Maar liefst 33% denkt dat hun beste vriend(inn)en zich niet laten testen als ze onveilig gevreeën hebben. Het percentage dat “neutraal” als antwoord geeft is bij beide subjectieve normen hoog; bij ‘mensen uit de omgeving’ is het 53% en bij ‘beste vrienden’ 48%. Mogelijk is dit percentage zo hoog omdat de respondenten niet weten of anderen zich laat testen als ze onveilig gevreeën hebben.

In tabel 4.20 staan de uitkomsten van de stellingen over de ‘normative belief strength’ en de ‘motivation to comply’ voor de verschillende mogelijk subjectieve normen.

Tabel 4.20 ‘Normative belief strength’ en ‘Motivation tot comply’ t.a.v. testen op soa

	Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
‘Normative belief strength’	Ik denk dat mensen in mijn omgeving vinden dat ik me moet laten testen als ik onveilig gevreeën heb (n = 164)	1 %	16 %	34 %	46 %	3 %
	Ik denk dat mijn beste vriend(inn)en vinden dat ik me moet laten testen als ik onveilig gevreeën heb (n = 163)	1 %	17 %	37 %	44 %	3 %
	Ik denk dat mijn ouders vinden dat ik me moet laten testen als ik onveilig gevreeën heb (n = 164)	1 %	7 %	21 %	60 %	12 %
‘Motivation to comply’	Ik trek mij veel aan van de mening van mensen in mijn omgeving wat betreft het testen op soa (n = 164)	4 %	31 %	42 %	23 %	1 %
	Ik trek mij veel aan van de mening van mijn beste vriend(inn)en wat betreft het testen op soa (n = 164)	4 %	26 %	40 %	29 %	1 %
	Ik trek mij veel aan van de mening van mijn ouders wat betreft het testen op soa (n = 164)	2 %	23 %	42 %	31 %	2 %

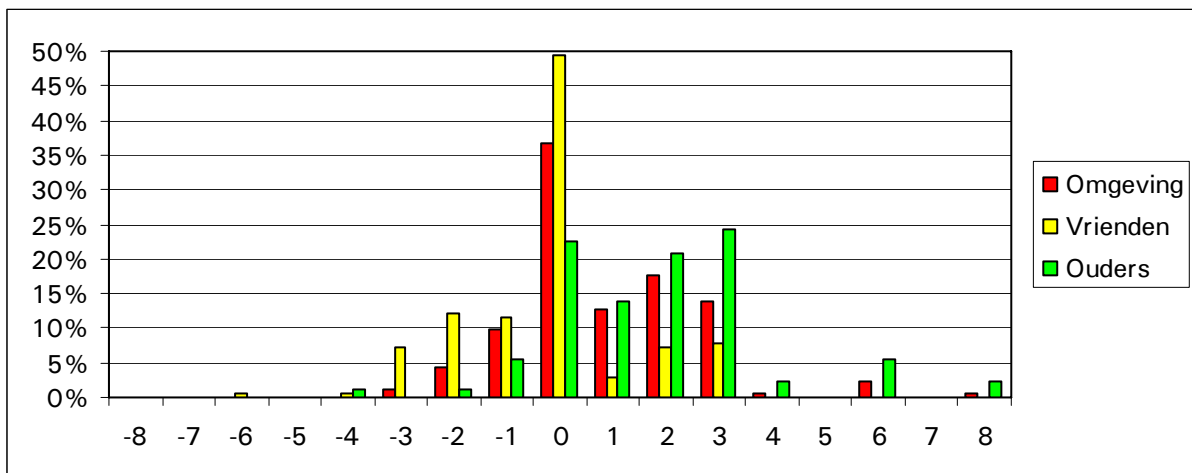
Uit tabel 4.20 is af te lezen dat de respondenten vooral van de subjectieve norm ‘ouders’ denken dat ze vinden dat ze zich moeten laten testen als ze onveilig hebben gevreeën. (Ouders bleken ook al de belangrijkste subjectieve norm wat betreft ‘normative belief strength’ bij condoomgebruik (zie tabel 4.8)). De ‘motivation to comply’ verschilt niet veel voor de

verschillende subjectieve normen. De mening van beste vriend(inn)en lijkt iets belangrijker dan de mening van mensen in de omgeving en de mening van de ouders lijkt weer belangrijker dan beide andere. Alleen het verschil tussen ouders en omgeving blijkt significant te verschillen; De respondenten trekken zich meer aan van de mening van hun ouders dan van mensen in hun omgeving wat betreft het testen op soa (t -toets = -3.01 , $p < .01$).

Met steeds twee gekoppelde stellingen uit de vragenlijst kan de subjectieve norm voor omgeving, beste vriend(inn)en en ouders bepaald worden (zie figuur 4.7):

- Ik denk dat mensen in mijn omgeving / mijn beste vriend(inn)en / mijn ouders vinden dat ik me moet laten testen als ik onveilig gevreeën heb. (Helemaal mee oneens: -2; Mee oneens: -1; Neutraal: 0; Mee eens: 1; Helemaal mee eens: 2)
- Ik trek mij veel aan van de mening van mensen in mijn omgeving / mijn beste vriend(inn)en / mijn ouders wat betreft het testen op soa. (Helemaal mee oneens: 0; Mee oneens: 1; Neutraal: 2; Mee eens: 3; Helemaal mee eens: 4)

De uitkomsten van de stellingen over 'Normative belief strength' en de stellingen over 'Motivation to comply' worden vermenigvuldigd om de subjectieve norm te bepalen. De uitkomsten hiervan staan in figuur 4.7.



Figuur 4.7 Belang subjectieve norm voor 'omgeving', 'vrienden' en 'ouders' met betrekking tot testen op soa

Uit figuur 4.7 kunnen we aflezen dat bij de subjectieve normen 'omgeving' en 'beste vrienden' de top duidelijk op 0 ligt, deze subjectieve normen hebben dus niet veel invloed op het gedrag van de respondenten. De sociale norm heeft echter wel meer positieve dan negatieve invloed, het gemiddelde is 0,90 met een standaarddeviatie van 1,75. De sociale norm 'beste vrienden' heeft een gemiddelde van -0,23 en een standaarddeviatie van 1,61.

Bij de subjectieve norm 'ouders' zijn de antwoorden meer gespreid en ligt de top op 3 (zie figuur 4.7). Het gemiddelde voor subjectieve norm 'ouders' is 1,78 met een standaarddeviatie

van 2,06. Ouders hebben dus een positieve subjectieve invloed wat betreft het testen op soa van de respondenten.

4.2.5 Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa

Om de zelfeffectiviteit van de respondenten wat betreft testen op soa te bepalen zijn 7 stellingen geformuleerd (zie tabel 4.21).

Tabel 4.21 Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa van de respondenten (n = 164)

Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik zou het moeilijk vinden om me te laten testen op soa omdat ik bang zou zijn voor de uitslag	4%	27%	20%	45%	4%
2. Ik zou het lastig vinden om me te laten testen op soa omdat ik er dan tijd voor vrij moet maken	16%	54%	17%	13%	0%
3. Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij mijn huisarts omdat ik me zou schamen	6%	22%	17%	48%	7%
4. Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij de GGD omdat ik me zou schamen	6%	42%	21%	28%	3%
5. Ik zou het lastig vinden om me te laten testen bij de GGD omdat ik niet weet waar de GGD zit	18%	49%	12%	19%	2%
6. Ik zou het lastig vinden om me bij mijn huisarts te laten testen omdat ik mijn huisarts dan moet vertellen dat ik onveilig gevreeën heb	9%	41%	13%	34%	3%
7. Omdat ik mijn huisarts al ken vind ik het makkelijk om me bij mijn huisarts te laten testen	10%	44%	30%	16%	1%

Uit tabel 4.21 blijkt dat bijna 50% van de respondenten aangeeft dat ze het moeilijk vinden zich te laten testen op soa omdat ze bang zouden zijn voor de uitslag. Het tijd vrijmaken voor een soa-test is voor de respondenten geen drempel om zich te laten testen op soa, slechts 13% geeft aan dat ze het lastig vinden dat ze er tijd voor vrij moeten maken.

Zelfeffectiviteit bij huisarts en GGD

Om te kijken of gevoelens van schaamte bij het testen op soa bij de huisarts en GGD verschillen zijn stelling 3 en 4 uit tabel 4.21 met elkaar vergeleken.

- Stelling 3. "Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij mijn huisarts omdat ik me zou schamen"
- Stelling 4. "Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij de GGD omdat ik me zou schamen".

55% is het (helemaal) eens met stelling 3, 31% is het (helemaal) eens met stelling 4. Het verschil tussen de antwoorden is significant (t -toets = 7.67, $p < .001$) en aangenomen kan worden dat de respondenten, met betrekking tot schaamte, het lastiger vinden om zich bij hun huisarts te laten testen op soa dan bij de GGD. De GGD wordt dus meer laagdrempelig gevonden door de respondenten. De antwoorden van de respondenten op een andere stelling (stelling 7 in tabel 4.21) in de enquête onderschrijft deze schroom: Met de stelling "Omdat ik mijn huisarts al ken vind ik het makkelijk om me bij mijn huisarts te laten testen" is slechts 17% het eens, 54% is het met deze stelling niet eens of helemaal niet eens. Met de stelling "Ik zou het lastig vinden om me bij mijn huisarts te laten testen omdat ik mijn huisarts dan moet vertellen dat ik onveilig gevreeën heb" (stelling 6 in tabel 4.21) is 37% het eens of helemaal eens en 50% is het hier mee oneens of helemaal mee oneens.

Ruim 20% geeft aan het lastig te vinden zich bij de GGD te testen omdat ze niet weten waar de GGD zit. Dit is waarschijnlijk niet de echte reden, het adres van de GGD is makkelijk op te zoeken, maar wellicht is het goed om de 'makkelijke plaats' van de GGD (5 minuten lopen van station Zwolle) duidelijk te maken aan de doelgroep.

Voor alle stellingen uit tabel 4.21 is nagegaan of de antwoorden van mannen en vrouwen van elkaar verschillen. Tabel 4.22 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 4.22 Verschillen tussen mannen en vrouwen voor zelfeffectiviteit m.b.t. testen op soa

Stelling	Geslacht	Gem.	p
1. Ik zou het moeilijk vinden om me te laten testen op soa omdat ik bang zou zijn voor de uitslag**	Man	2,97	.01
	Vrouw	3,37	
2. Ik zou het lastig vinden om me te laten testen op soa omdat ik er dan tijd voor vrij moet maken**	Man	2,44	.01
	Vrouw	2,09	
3. Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij mijn huisarts omdat ik me zou schamen**	Man	2,95	.001
	Vrouw	3,57	
4. Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij de GGD omdat ik me zou schamen	Man	2,64	.056
	Vrouw	2,94	
5. Ik zou het lastig vinden om me te laten testen bij de GGD omdat ik niet weet waar de GGD zit	Man	2,49	.17
	Vrouw	2,27	
6. Ik zou het lastig vinden om me bij mijn huisarts te laten testen omdat ik mijn huisarts dan moet vertellen dat ik onveilig gevreeën heb***	Man	2,36	.001
	Vrouw	3,22	
7. Omdat ik mijn huisarts al ken vind ik het makkelijk om me bij mijn huisarts te laten testen***	Man	2,86	.001
	Vrouw	2,26	

NB 1 = helemaal mee oneens; 2 = mee oneens; 3 = neutraal; 4 = mee eens; 5 = helemaal mee eens.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Uit tabel 4.22 blijkt dat de antwoorden van mannen en vrouwen significant verschillen voor de stellingen 1, 2, 3, 6, en 7. Mannen zeggen het lastiger te vinden om zich te laten testen omdat ze er dan tijd voor vrij moeten maken (stelling 2); t -toets = 2.58, $p < .01$. Vrouwen vinden het lastiger om zich te testen op soa omdat ze bang zijn voor de uitslag (stelling 1); t -toets = -2.53, $p < .01$. Maar wat uit deze analyse vooral blijkt is dat vrouwen zich meer schamen voor testen bij

de huisarts dan mannen; Vrouwen zijn het significant meer eens met stellingen “Ik denk dat ik het lastig vind om met te laten testen bij mijn huisarts omdat ik me zou schamen” (stelling 3); t-toets = -3.84, $p < .001$ en “Ik zou het lastig vinden om me bij mijn huisarts te laten testen omdat ik mijn huisarts dan moet vertellen dat ik onveilig gevreeën heb” (stelling 6); t-toets = -5.37, $p < .001$. Voor mannen is het kennen van de huisarts vaker een reden dan voor vrouwen dat het makkelijker maakt zich daar te laten testen (stelling 7); t-toets = 4.52, $p < .001$.

2 componenten van zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa

Cronbach's Alpha voor de 7 stellingen van zelfeffectiviteit is 0,71. Alpha is al wel redelijk hoog, maar om te kijken of de attituden ten aanzien van testen op soa wellicht uit verschillende onderdelen bestaat is een factoranalyse (Principal Component Analyses) gedaan. Door een factoranalyse kan bepaald worden welke stellingen bij elkaar horen. Uit de factoranalyse blijkt dat twee componenten (zie tabel 4.23) 58% van de variatie bepalen.

Tabel 4.23 2 componenten van zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa

Stelling	Component	
	1	2
1. Ik zou het moeilijk vinden om me te laten testen op soa omdat ik bang zou zijn voor de uitslag*	0,34	0,59
2. Ik zou het lastig vinden om me te laten testen op soa omdat ik er dan tijd voor vrij moet maken*	0,06	0,72
5. Ik zou het lastig vinden om me te laten testen bij de GGD omdat ik niet weet waar de GGD zit*	-0,07	0,69
3. Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij mijn huisarts omdat ik me zou schamen*	0,85	0,30
4. Ik denk dat ik het lastig vind om me te laten testen bij de GGD omdat ik me zou schamen*	0,68	0,41
6. Ik zou het lastig vinden om me bij mijn huisarts te laten testen omdat ik mijn huisarts dan moet vertellen dat ik onveilig gevreeën heb*	0,75	0,06
7. Omdat ik mijn huisarts al ken vind ik het makkelijk om me bij mijn huisarts te laten testen	0,74	-0,27

* variabele hergecodeerd

Van tabel 4.23 kan goed afgelezen worden welke stellingen bij elkaar horen bij het verklaren van de zelfeffectiviteit. De twee groepen zelfeffectiviteit heb ik de volgende namen gegeven:

1. Zelfeffectiviteit 'geen schaamte' ($\alpha = 0,77$)
2. Zelfeffectiviteit 'geen drempels' ($\alpha = 0,48$)

De zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa bestaat dus uit twee groepen. De betrouwbaarheid van de schaal van groep 1 is goed, die van schaal 2 minder.

4.2.6 Kwetsbaarheid

De stellingen in de vragenlijst over kwetsbaarheid zijn van belang voor primaire preventie van soa (veilig vrijen) en secundaire preventie van soa (testen op soa). De mening van de respondenten over kwetsbaarheid kan namelijk van invloed zijn op de intentie om veilig te vrijen én de intentie om zich te testen op soa. Het onderdeel kwetsbaarheid is al besproken in paragraaf 4.1.6, maar wordt voor de volledigheid in deze paragraaf nogmaals besproken.

Er zijn drie stellingen over kwetsbaarheid geformuleerd, zie tabel 4.24. Cronbach's Alpha voor deze drie stellingen is 0,63. Als stelling 1 verwijderd wordt, wordt Alpha 0,88. Stelling 1 verschilt wezenlijk van stelling 2 en 3. Stelling 2 en 3 zijn behoorlijk intern consistent.

Tabel 4.24 Kwetsbaarheid respondenten (n = 164)

Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Als ik een keer onveilig heb gevreeën en ik heb geen klachten acht ik de kans klein dat ik een soa heb.	4%	21%	24%	49%	2%
2. Ik denk dat de informatie over het risico van het oplopen van een soa vaak overdreven is.	17%	59%	17%	7%	0%
3. Ik denk dat de informatie over het risico van het krijgen van hiv/aids vaak overdreven is.	24%	57%	14%	5%	0%

Uit tabel 4.24 is af te lezen dat 51% van de respondenten de kans op soa klein acht als ze een keer onveilig gevreeën hebben en geen klachten hebben. Slechts 7% van de respondenten denkt dat de informatie over het risico van het oplopen van een soa vaak overdreven is. En slechts 5% van de respondenten denkt dat de informatie over het risico van het krijgen van hiv/aids vaak overdreven is. Mannen denken (significant) vaker dan vrouwen dat informatie over het risico van het oplopen van soa (t-toets = 4.77, $p < .001$) en hiv (t-toets = 4.92, $p < .001$) overdreven is.

4.2.7 Intentie om te testen op soa

Om een indruk te krijgen van de intentie van de respondenten wat betreft het testen op soa, zijn, net als bij de intentie ten aanzien van condoomgebruik, stellingen geformuleerd aan de hand van een situatieschets. In Situatieschets 4.2 is de situatie te lezen, deze situatieschets vloeit voort uit Situatieschets 4.1.

Situatieschets 4.2

Stel je voor: Met die leuke jongen / dat leuke meisje ben je inderdaad naar bed geweest en om de een of andere reden hebben jullie geen condoom gebruikt. Nu kennen jullie elkaar wat langer en heeft de ander je verteld dat hij of zij in een vorige relatie ook wel eens zonder condoom heeft gevreeën.

De volgende stellingen gaan over hoe jij je zou voelen en wat je zou doen in deze situatie.

Naar aanleiding van situatieschets 4.2 zijn, in de schriftelijke enquête, 3 stellingen over de intentie wat betreft het testen op soa geformuleerd (zie tabel 4.25).

Tabel 4.25 Intentie wat betreft testen op soa voor situatieschets 4.2

Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Als ik klachten krijg die kunnen duiden op een soa dan laat ik me testen	1%	3%	9%	62%	26%
2. Als ik bang ben dat ik wat heb opgelopen dan laat ik me testen	0%	8%	15%	59%	19%
3. Ook als ik geen klachten krijg laat ik me testen	9%	43%	29%	15%	5%

NB: n = 164

Uit tabel 4.25 is af te lezen dat 88% denkt zich te laten testen op soa als ze klachten krijgen die kunnen duiden op een soa. 78% denkt zich te laten testen als ze bang zijn dat ze wat opgelopen hebben. Maar wat opvalt, is dat maar 20% zich laat testen als ze geen klachten krijgen.

60% van de respondenten geeft aan, dat als ze zich in de toekomst willen laten testen, dit dan te doen bij de GGD, 40% kiest voor de huisarts. De intentie is wat dit betreft dus anders dan het werkelijke gedrag; 10 respondenten hebben zich in het verleden laten testen, 9 daarvan deden dat bij de huisarts.

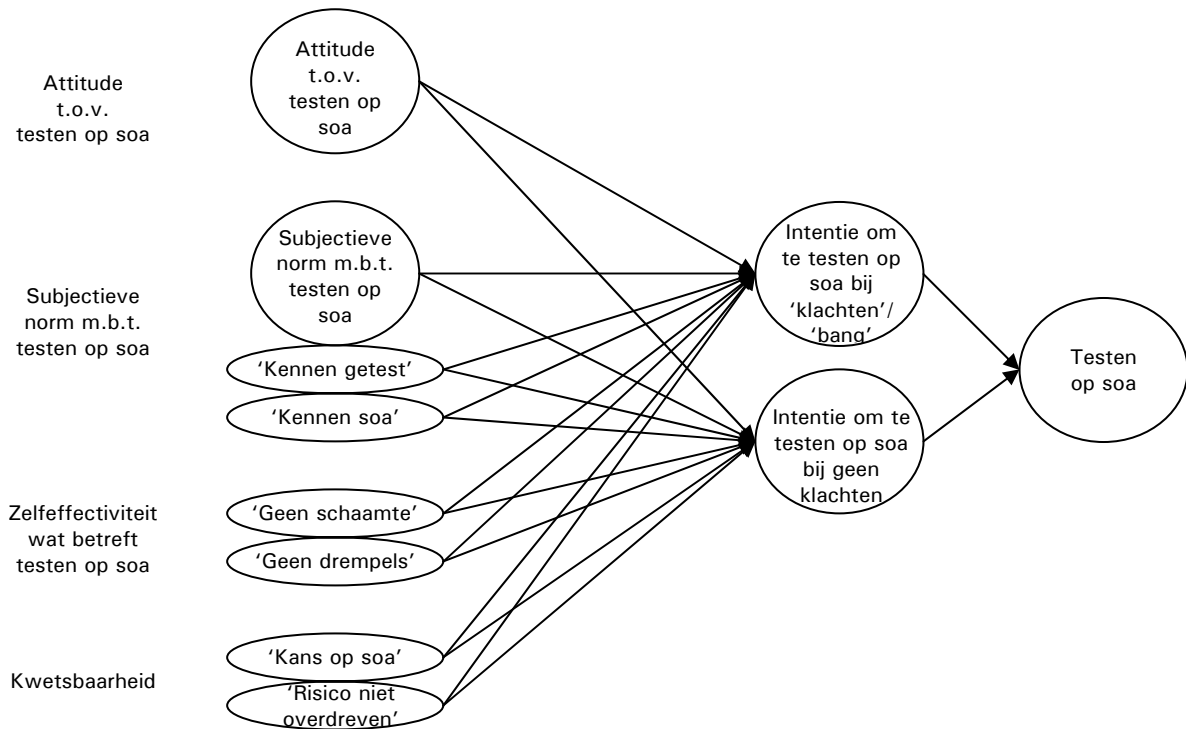
Cronbach's Alpha voor bovenstaande 3 stellingen over intentie is 0,68. Alpha wordt 0,73 als de 3^e stelling verwijderd wordt. Er zijn dus ook twee groepen voor intentie:

1. Intentie testen op soa bij klachten/bang
2. Intentie testen op soa bij geen klachten

4.2.8 Invloed determinanten op testen op soa

Om de invloed van de determinanten op testen op soa te toetsen, wordt net als bij veilig vrijen, een regressieanalyse uitgevoerd. De drie stellingen over attitude (zie tabel 4.18) nemen we

samen in de regressieanalyse. Er zijn 3 mogelijke subjectieve normen meegenomen in het onderzoek, namelijk; omgeving, beste vriend(inn)en en ouders, deze worden in de regressieanalyse ook samengenomen. Hiernaast worden ook de twee vragen over het kennen van iemand die zich wel eens heeft laten testen op soa of iemand die een soa heeft (gehad) meegenomen in de analyse. Zelfeffectiviteit bleek uit twee onderdelen te bestaan. (zie tabel 4.23) en bij kwetsbaarheid is gekeken naar kans en risico (zie paragraaf 4.2.6). Figuur 4.8 geeft een duidelijk inzicht in hoe de regressieanalyse uitgevoerd wordt.



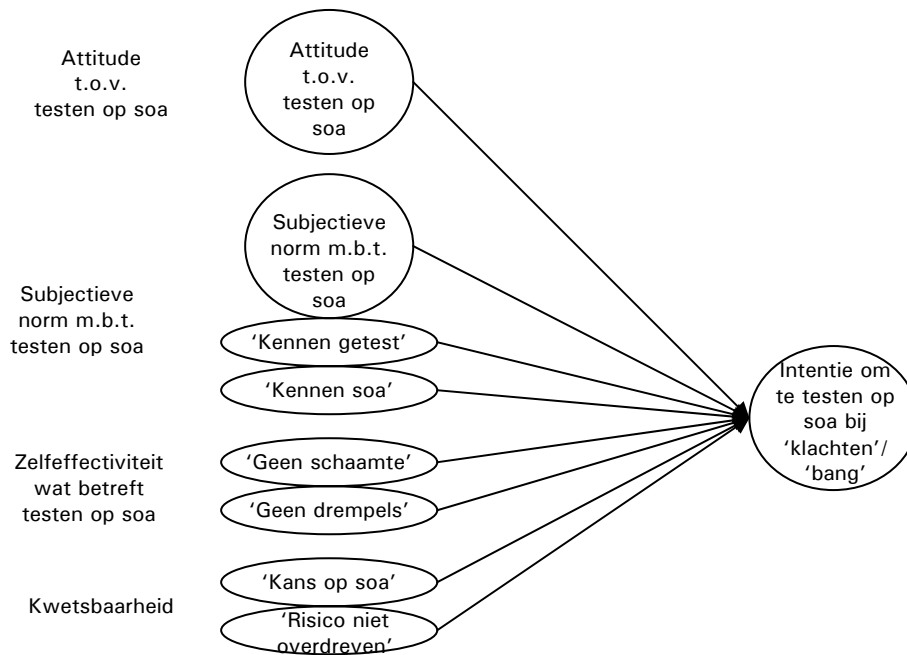
Figuur 4.8 Regressieanalyse van determinanten die van invloed zijn op testen op soa

Zoals uit figuur 4.8 kan worden afgelezen kunnen er in totaal drie regressieanalyses uitgevoerd worden; twee om te bepalen in hoeverre de determinanten de intentie voorspellen en één in hoeverre de intentie het gedrag voorspelt. Echter hebben in totaal slechts 10 respondenten zich laten testen op soa. Deze laatste regressieanalyse zal hierom niet uitgevoerd worden.

De vraag "Heb je het wel eens overwogen om je te laten testen op soa?" is door 107 respondenten ingevuld en hierbij zijn de antwoorden meer verspreid. Er zal ook een regressieanalyse uitgevoerd worden met deze vraag als afhankelijke variabele.

Determinanten van intentie om te testen op soa bij klachten of als respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen

Figuur 4.9 geeft een overzicht van regressieanalyse 'Determinanten van intentie om te testen op soa bij klachten of als respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen', welke daarna besproken wordt.



Figuur 4.9 Determinanten van intentie om te testen op soa bij klachten of als respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen (n = 164)

Uit regressieanalyse 'Determinanten van intentie om te testen op soa bij klachten of als respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen' blijkt dat de 'voorspellers' 30% ($F(8, 154) = 8.09, p < .001$) voorspellen van de intentie om te testen op soa bij klachten of als de respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen. De bèta's staan in tabel 4.26.

Tabel 4.26 Determinanten van intentie om te testen op soa bij klachten of als respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen

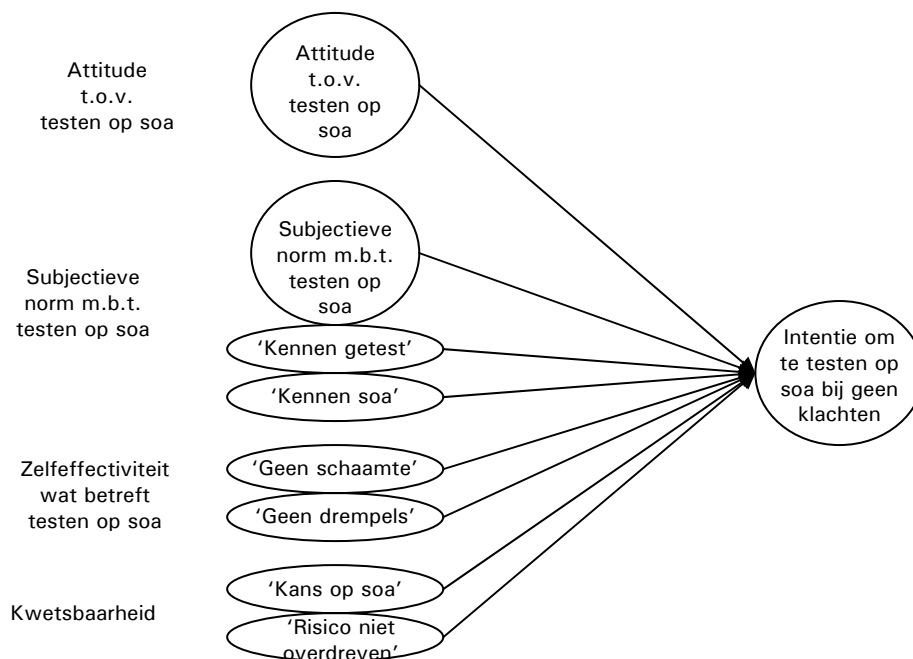
Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Attitude t.o.v. testen op soa	Attitude t.o.v. testen op soa***	.26	.001
	Subjectieve norm m.b.t. testen op soa***	.26	.001
Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	Ken getest	.70	.37
	Ken soa	.11	.17
Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	Geen schaamte***	.32	.001
	Geen drempels	.02	.80
Kwetsbaarheid	Kans op soa	.13	.08
	Risico niet overdreven	-.02	.78

*** = $p < .001$

Uit tabel 4.26 blijkt dat de bèta's van 3 van de 8 voorspellers significant zijn; de bèta van 'attitude' is .25 ($p < .001$), de bèta van 'subjectieve norm' is .27 ($p < .001$) en de bèta van 'geen schaamte' is .31 ($p < .001$). Naarmate de attitude ten aanzien van het testen op soa positiever wordt, men een positievere subjectieve norm ervaart en er minder schaamte ervaart om zich te laten testen, wordt de intentie om te testen op soa, bij klachten of als men bang is een soa te hebben opgelopen, groter.

Determinanten van de intentie om te testen op soa bij geen klachten

Figuur 4.10 geeft een overzicht van de volgende regressieanalyse; regressieanalyse 'Determinanten van de intentie om te testen op soa bij geen klachten'.



Figuur 4.10 Determinanten van de intentie om te testen op soa bij geen klachten (n = 164)

Uit regressieanalyse 'Determinanten van de intentie om te testen op soa bij geen klachten' blijkt dat 30% ($F(8, 154) = 8.10, p < .001$) van de intentie om te testen op soa bij geen klachten voorspeld wordt door de acht geformuleerde 'voorspellers'. Tabel 4.27 geeft een overzicht van de bèta's.

Tabel 2.27 Determinanten van de intentie om te testen op soa bij geen klachten

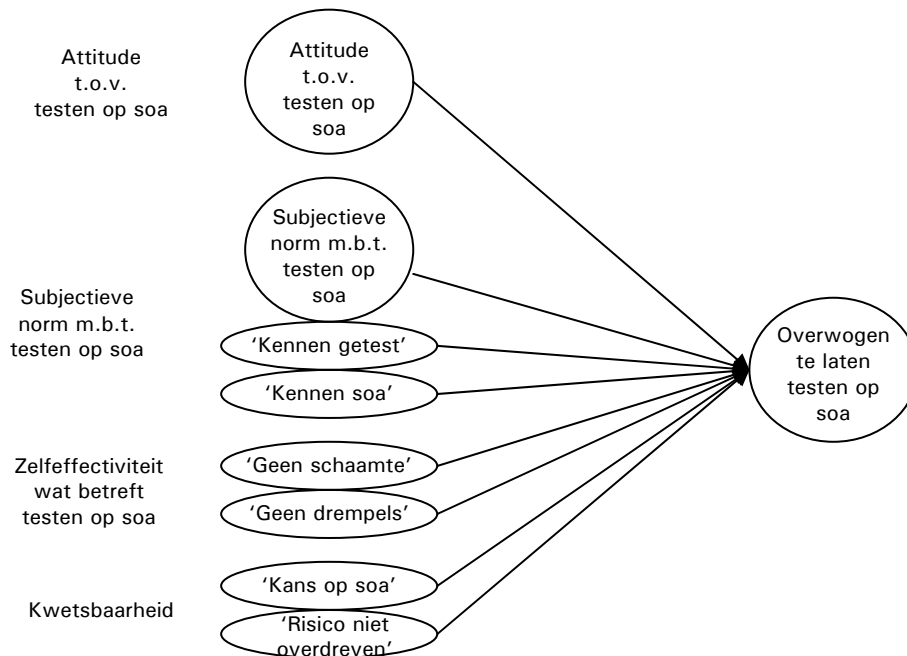
Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Attitude t.o.v. testen op soa	Attitude t.o.v. testen op soa	.13	.07
Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	Subjectieve norm m.b.t. testen op soa***	.26	.001
	Ken getest	-.10	.20
	Ken soa	.014	.06
Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa	Geen schaamte**	.22	.003
	Geen drempels	-.13	.10
Kwetsbaarheid	Kans op soa***	.37	.001
	Risico niet overdreven	.05	.48

** $p < .01$; *** $p < .001$

Uit tabel 4.27 blijkt dat 3 bèta's significant zijn; de bèta van 'subjectieve norm' is .26 ($p < .001$) en de bèta van 'geen schaamte' is .22 ($p < .01$) en de bèta van 'kans op soa' is .37 ($p < .001$). De intentie om te testen op soa bij geen klachten wordt dus groter als de subjectieve norm positiever is, er minder sprake van schaamte is en men de kans op soa groter acht.

Determinanten van 'overwogen te laten testen op soa'

Figuur 4.11 geeft een overzicht van de volgende regressieanalyse; regressieanalyse 'Determinanten van 'overwogen te laten testen op soa''.



Figuur 4.11 Determinanten van 'overwogen te laten testen op soa' (n = 107)

Uit regressieanalyse 'Determinanten van 'overwogen te laten testen op soa'' blijkt dat 39% ($F(8, 98) = 7.70, p < .001$) van 'overwogen te laten testen op soa' voorspeld wordt door de acht geformuleerde 'voorspellers'. Tabel 4.28 geeft een overzicht van de bèta's.

Tabel 4.28 Determinanten van 'overwogen te laten testen op soa'

Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Attitude t.o.v. testen op soa	Attitude t.o.v. testen op soa	.16	.07
Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	.08	.36
	Ken getest***	.38	.001
	Ken soa**	.26	.004
Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa	Geen schaamte	.09	.33
	Geen drempels	.01	.91
Kwetsbaarheid	Kans op soa	.05	.60
	Risico niet overdreven	.16	.08

** $p < .01$, *** $p < .001$

Uit tabel 4.28 blijkt dat 2 bèta's significant zijn; de bèta van 'ken getest' is .38 ($p < .001$) en de bèta van 'ken soa' is .26 ($p < .01$). Blijkbaar zorgt het kennen van iemand die zich al eens heeft laten testen op soa of iemand die al eens een soa heeft gehad, ervoor dat de respondenten bewuster gaan nadenken over de mogelijkheid om zichzelf te laten testen op soa.

Voorspellen van testen op soa door voorspellers van intentie condoomgebruik

Het lijkt interessant om te bepalen of de voorspellers uit de regressieanalyses over condoomgebruik wellicht ook een deel van de intentie om te testen op soa voorspellen. Om dit te bepalen worden de beide regressieanalyses (zie figuur 4.2 en figuur 4.8) als het ware gecombineerd. De significante voorspellers van 'intentie condoomgebruik' worden gecombineerd met de significante voorspellers van 'intentie testen bij klachten of als men bang is een soa opgelopen te hebben'. De significante voorspellers van 'intentie condoomgebruik' worden gecombineerd met de significante voorspellers van 'intentie testen bij geen klachten'. Hierdoor ontstaan 2 extra regressieanalyses. Deze worden hierna besproken.

Voorspellen van testen op soa bij klachten / bang door voorspellers van intentie condoomgebruik

Als eerste wordt 'Intentie om te testen op soa bij klachten of als respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen' voorspeld door 'significante voorspellers van intentie condoomgebruik bij nieuwe partner', 'intentie condoomgebruik bij nieuwe partner' en 'significante voorspellers van intentie om te testen op soa bij klachten of als men bang is een soa opgelopen te hebben'.

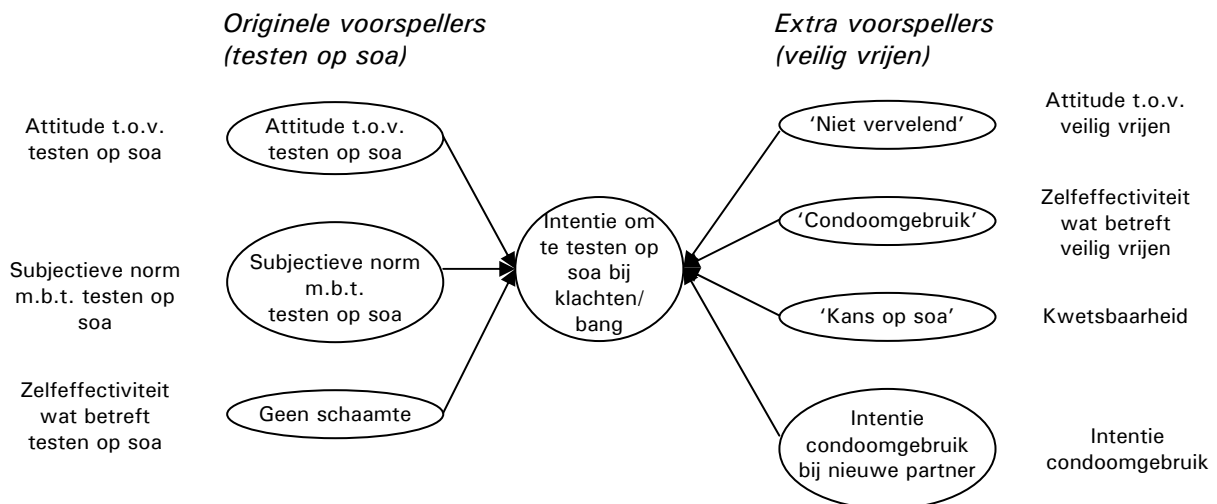
De oorspronkelijke voorspellers van intentie om te testen op soa bij klachten / bang zijn:

- Attitude t.a.v. testen op soa
- Geen schaamte (zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa)
- Subjectieve norm m.b.t. testen op soa

De oorspronkelijke voorspellers van intentie condoomgebruik bij nieuwe partner zijn:

- Vervelend (Attitude t.o.v. veilig vrijen)
- Condoomgebruik (Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen)
- Kans op soa (Kwetsbaarheid)

Figuur 4.12 geeft een duidelijk overzicht van de uitgevoerde extra regressieanalyse.



Figuur 4.12 Voorspellen van intentie testen op soa bij klachten/bang door voorspellers van intentie condoomgebruik

Uit de extra regressieanalyse 'Voorspellen van intentie testen op soa bij klachten/bang door voorspellers van intentie condoomgebruik' blijkt dat de 7 voorspellers samen 29% van de intentie om te testen op soa (bij klachten of als men bang is iets opgelopen te hebben) voorspellen. De 'extra voorspellers' die oorspronkelijk voorspellers voor intentie condoomgebruik waren ('vervelend', 'condoomgebruik', 'kans op soa') en 'intentie condoomgebruik bij nieuwe partner' nemen hiervan in totaal 9% voor hun rekening ($F(4, 159) = 3.85, p < .01$). De bèta's van deze extra regressieanalyse staan in tabel 4.29

Tabel 4.29 Voorspellen van testen op soa bij klachten/bang door voorspellers van intentie condoomgebruik

	Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Originele voorspellers	Attitude t.o.v. testen op soa	Attitude t.o.v. testen op soa	.24	.001
	Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	.25	.001
	Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa	Geen schaamte	.33	.001
Extra voorspellers	Attitude t.o.v. veilig vrijen	Niet vervelend	-.01	.92
	Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	Condoomgebruik	-.06	.48
	Kwetsbaarheid	Kans op soa	.13	.07
	Intentie condoomgebruik	Intentie condoomgebruik bij nieuwe partner	.15	.07

De bèta's van de extra voorspellers zijn geen van allen significant (zie tabel 4.29).

Voorspellen van intentie testen op soa bij geen klachten door voorspellers van intentie condoomgebruik

De tweede extra regressieanalyse die wordt uitgevoerd is 'Voorspellen van intentie testen op soa bij geen klachten door voorspellers van intentie condoomgebruik'. Hierbij wordt 'Intentie om te testen op soa bij geen klachten' voorspeld door 'significante voorspellers van intentie condoomgebruik bij nieuwe partner', 'intentie condoomgebruik bij nieuwe partner' en 'significante voorspellers van intentie om te testen op soa bij geen klachten'.

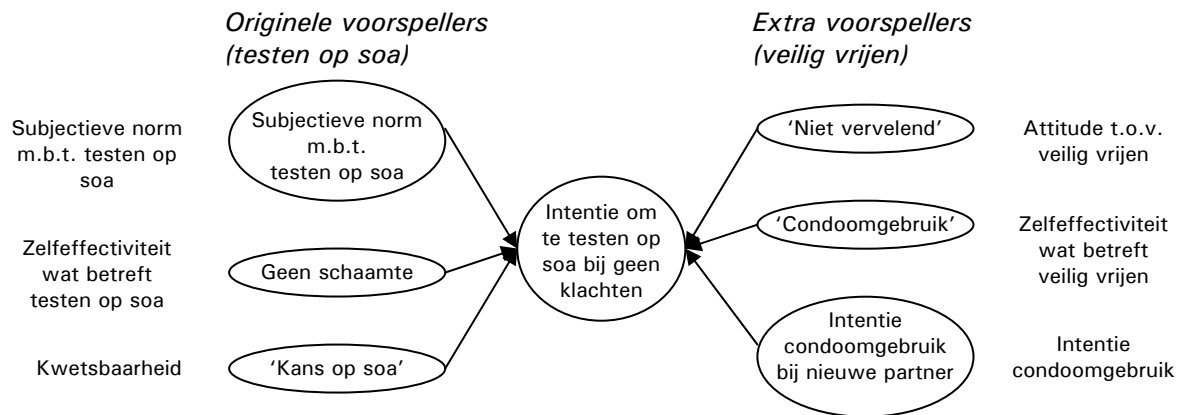
De oorspronkelijke voorspellers van intentie om te testen op soa bij geen klachten zijn:

- Subjectieve norm m.b.t. testen op soa
- Geen schaamte (zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa)
- Kans op soa (Kwetsbaarheid)

De oorspronkelijke voorspellers van intentie condoomgebruik bij nieuwe partner zijn:

- Vervelend (Attitude t.o.v. veilig vrijen)
- Condoomgebruik (Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen)

Figuur 4.13 geeft een duidelijk overzicht van de uitgevoerde extra regressieanalyse.



Figuur 4.13 Voorspellen van intentie testen op soa bij geen klachten door voorspellers van intentie condoomgebruik

Uit de extra regressieanalyse 'Voorspellen van intentie testen op soa bij geen klachten door voorspellers van intentie condoomgebruik' blijkt dat de 6 voorspellers samen 32% van de intentie om te testen op soa (bij geen klachten) voorspellen. De 'extra voorspellers' die oorspronkelijk voorspellers voor intentie condoomgebruik waren ('niet vervelend' en 'condoomgebruik') en 'intentie condoomgebruik bij nieuwe partner' nemen hiervan in totaal 15% voor hun rekening ($F(3,160) = 9.33, p < .001$). De bèta's van deze regressieanalyse staan in tabel 4.30.

Tabel 4.30 Voorspellen van testen op soa bij geen klachten door voorspellers van intentie condoomgebruik

	Determinant	Voorspeller	Bèta	p
Originele voorspellers	Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	Subjectieve norm m.b.t. testen op soa	.22	.002
	Zelfeffectiviteit wat betreft testen op soa	Geen schaamte	.20	.004
	Kwetsbaarheid	Kans op soa	.32	.001
Extra voorspellers	Attitude t.o.v. veilig vrijen	Niet vervelend	.04	.61
	Zelfeffectiviteit wat betreft veilig vrijen	Condoomgebruik	-.11	.15
	Intentie condoomgebruik	Intentie condoomgebruik bij nieuwe partner	.30	.001

De bèta's van één van de 'extra voorspellers' is significant; 'intentie condoomgebruik bij nieuwe partner' heeft een bèta van .30 ($p < .001$). De intentie om te testen op soa bij geen klachten wordt dus voor een deel voorspeld door de 'intentie condoomgebruik nieuwe partner'. Het verband is positief, dit betekent dat naarmate de intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner lager wordt, de intentie om te testen op soa wanneer er geen klachten zijn ook lager wordt. Dit is natuurlijk geen positieve constatering voor de soa-preventie.

4.3 Voorlichtingsmethoden

Om te bepalen wat geschikte voorlichtingsmethoden zijn wat betreft veilig vrijen en het testen op soa zijn in de vragenlijst vragen gesteld over informatiebehoefte, belangrijke informatiebronnen en aansprekende voorlichtingsmethoden. Deze drie worden hierna besproken.

4.3.1 Informatiebehoefte

Over de informatiebehoefte van de respondenten zijn drie directe vragen gesteld. In tabel 4.31 staan de stellingen en de antwoorden van de respondenten op deze drie stellingen.

Tabel 4.31 Informatiebehoefte (n = 164)

Stelling	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik heb behoefte aan meer informatie over soa en veilig vrijen.	12%	51%	20%	15%	2%
2. Ik heb behoefte aan gesprekstechnieken met betrekking tot het gebruiken van een condoom.	27%	58%	9%	5%	1%
3. Ik heb behoefte aan meer informatie over het testen op een soa.	12%	35%	24%	27%	2%

Uit tabel 4.31 blijkt dat op de drie stellingen over informatiebehoefte behoorlijk negatief is geantwoord: 63% was het (helemaal) oneens met stelling 1, 85% was het (helemaal) oneens met stelling 2 en 46% was het (helemaal) oneens met stelling 3. In 3 paired samples t-toetsen bleken de verschillen in antwoorden significant;

Stelling 1 – Stelling 2: t-toets = 6.17, $p < .001$

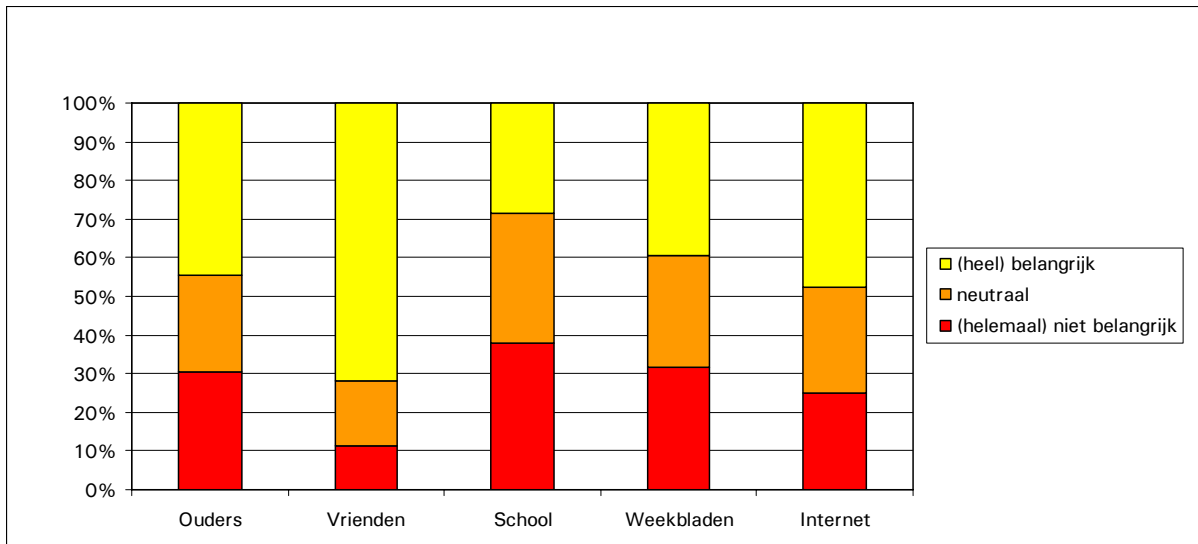
Stelling 1 – Stelling 3: t-toets = -4.00, $p < .001$

Stelling 2 – Stelling 3: t-toets = -9.44, $p < .001$

Dit wil zeggen dat de respondenten het meest negatief staan tegenover gesprekstechnieken met betrekking tot het gebruiken van een condoom en het minst negatief tegenover informatie over het testen op een soa.

4.3.2 Belangrijke informatiebronnen

De respondenten is gevraagd hoe belangrijk de informatiebronnen ouders, vrienden, school, weekbladen en internet voor hen zijn. Figuur 4.14 geeft hiervan een goed overzicht.



Figuur 4.14 Belangrijke informatiebronnen

Zoals goed af te lezen is uit figuur 4.14, blijken vrienden de belangrijkste informatiebron voor de respondenten. Het verschil is significant ten opzichte van de andere vier informatiebronnen ($p < .001$). School is de minst belangrijke informatiebron voor de respondenten. Ook hier is het verschil significant ten opzichte van de andere vier informatiebronnen ($p < .05$).

De informatiebronnen ouders (t -toets = -2.17 , $p < .05$), vrienden (t -toets = -3.13 , $p < .01$) en weekbladen (t -toets = -3.95 , $p < .001$) worden door vrouwen belangrijker gevonden dan door mannen.

4.3.3 Aansprekende voorlichtingsmethoden

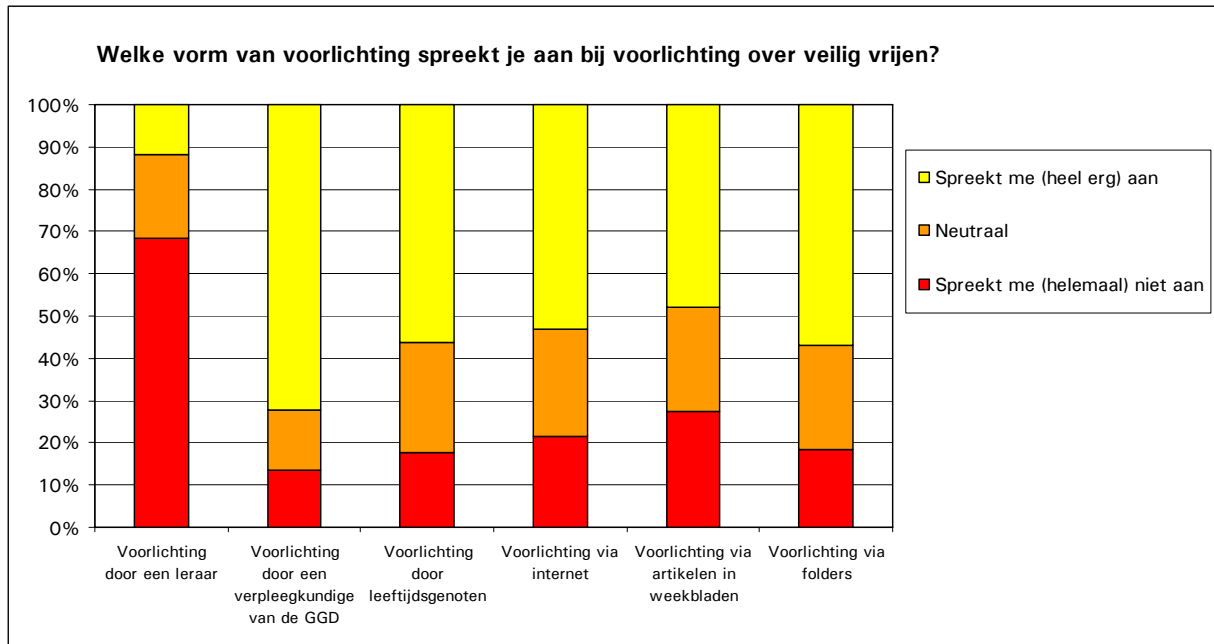
Om te bepalen welke voorlichtingsmethoden de respondenten aanspreken bij voorlichting over veilig vrijen en testen op soa zijn de volgende 2 vragen gesteld:

1. Welke vorm van voorlichting spreekt je aan bij voorlichting over veilig vrijen (condoomgebruik en soa)?
2. Welke vorm van voorlichting spreekt je aan bij voorlichting over het testen op een soa?

Deze twee vragen zijn gesteld voor de voorlichtingsmethoden 'Voorlichting door een leraar'; 'Voorlichting door een verpleegkundige van de GGD'; 'Voorlichting door leeftijdsgenoten'; 'Voorlichting via internet'; 'Voorlichting via artikelen in weekbladen' en 'Voorlichting via folders'.

Aansprekende voorlichtingsmethoden bij voorlichting over veilig vrijen

Figuur 4.15 geeft een overzicht van de uitkomsten van vraag 1 over voorlichtingsmethoden bij voorlichting over veilig vrijen.



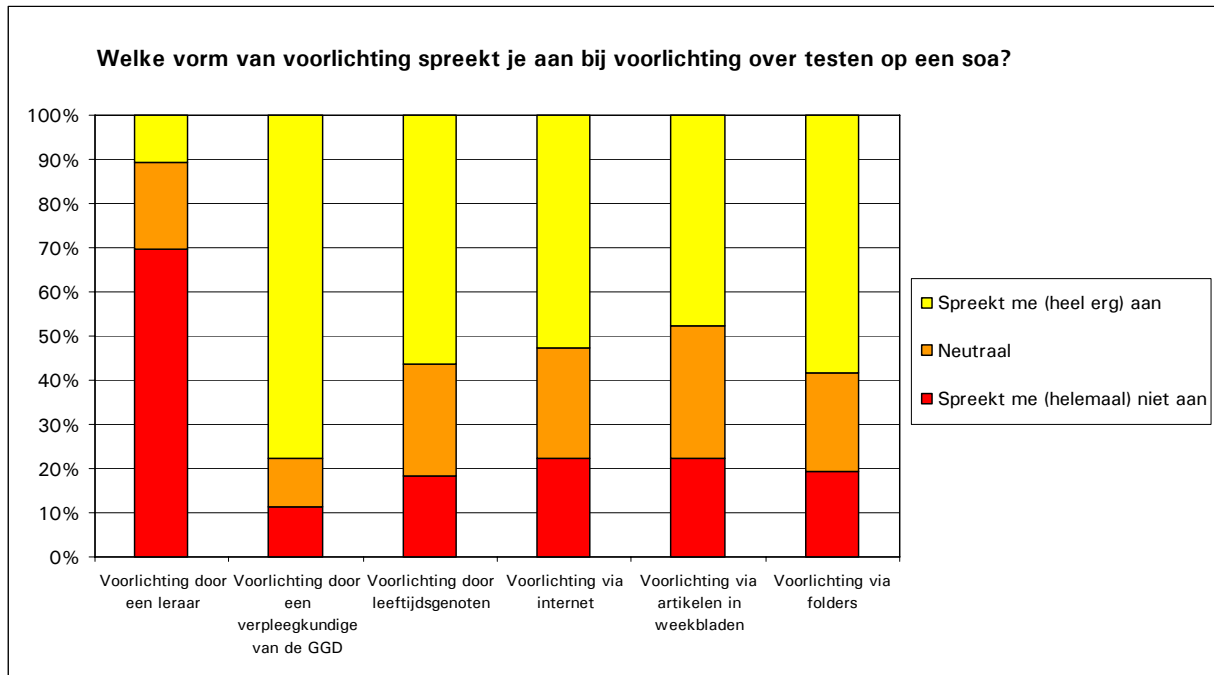
Figuur 4.15 Aansprekende voorlichtingsmethoden bij voorlichting over veilig vrijen

Uit figuur 4.15 blijkt dat de respondenten aangeven dat voorlichting door een verpleegkundige van de GGD hen het meest aanspreekt bij voorlichting over veilig vrijen. Het verschil is significant ten opzichte van de vijf andere gegeven vormen van voorlichting (meerdere paired samples t-toetsen; $p < .01$). Voorlichting door een leraar spreekt het minst aan bij voorlichting over veilig vrijen en het verschil is ook hier significant ten opzichte van de vijf andere gegeven vormen van voorlichting ($p < .001$).

Vrouwen zijn positiever over voorlichting door een verpleegkundige van de GGD (t-toets = -3.93, $p < .001$), voorlichting door leeftijdsgenoten (t-toets = -3.79, $p < .001$), voorlichting via artikelen in weekbladen (t-toets = -2.33, $p < .05$) en voorlichting via folders (t-toets = -3.56, $p < .001$).

Aansprekende voorlichtingsmethoden bij voorlichting over testen op soa

Figuur 4.16 geeft een overzicht van de uitkomsten van vraag 2 over voorlichtingsmethoden bij voorlichting over testen op soa.



Figuur 4.16 Voorlichting over testen op soa

Voor testen op soa spreekt de respondenten opnieuw voorlichting door een verpleegkundige van de GGD het meest aan, zie figuur 4.16. Het verschil is significant ten opzichte van de vijf andere gegeven vormen van voorlichting ($p < .001$)

Voorlichting door een leraar spreekt ook bij voorlichting over testen op soa het minst aan en het verschil is ook hier weer significant ten opzichte van de vijf andere gegeven vormen van voorlichting ($p < .001$)

Vrouwen zijn, net als bij voorlichting over veilig vrijen, positiever dan mannen over voorlichting door een verpleegkundige van de GGD (t -toets = -3.54 , $p < .001$), voorlichting door leeftijdsgenoten (t -toets = -2.76 , $p < .01$), voorlichting via artikelen in weekbladen (t -toets = -2.87 , $p < .01$) en voorlichting via folders (t -toets = -3.17 , $p < .01$).

5 Conclusie

De conclusies worden, zoals alle onderdelen van dit rapport, per onderdeel besproken. Voor de onderdelen 'Veilig vrijen', 'Testen op soa' en 'Voorlichtingsmethoden' worden achtereenvolgens de conclusies gegeven.

Conclusie onderdeel 'veilig vrijen'

Er is in de literatuur al veel bekend over het veilig vrijgedrag (en achterliggende determinanten) van Nederlandse jongeren. In deze paragraaf wordt besproken of de resultaten van dit onderzoek onder studenten in de regio IJssel-Vecht overeenkomen met de landelijke gegevens.

Veilig vrijgedrag jongeren

In dit onderzoek had dat slechts een kwart van de respondenten met seksuele ervaring altijd een condoom gebruikt. Er zijn verschillende redenen genoemd om geen condoom te gebruiken. Veel redenen die genoemd werden, waren redenen waarbij het risico op soa aanwezig bleef. Er werden ook vaak redenen genoemd die gezien kunnen worden als de 'Be faithful'-strategie om soa te voorkomen. Dit is een concurrerende strategie van de 'use Condoms'-strategie, en in principe een goede strategie om soa te voorkomen, mits beide personen ook echt trouw zijn aan één partner en ook in het verleden niet onveilig hebben gevreeën. Het percentage condoomgebruik van de respondenten in dit onderzoek kwam goed overeen met het percentage dat is gerapporteerd in andere onderzoeken (Regio IJssel-Vecht, 2003; Bakker et al., 2003 en Soa Aids Nederland 2005e). Ook werden in andere onderzoeken voor het niet gebruiken van een condoom redenen genoemd die soa niet uitsluiten (waaronder het gebruik van een anticonceptiepil) en redenen uit de 'Be faithful'-strategie (Bakker et al., 2003 en GGD Regio IJssel-Vecht, 2003)

Determinanten veilig vrijgedrag jongeren

Uit dit onderzoek bleek dat de kennis over soa van de respondenten niet voldoende is en zeker nog verbeterd kan worden. Dit komt ook overeen met andere onderzoeken (Bakker et al., 2003 en Vanweesenbeeck et al., 2002).

De respondenten uit dit onderzoek hadden een redelijk negatieve attitude ten opzichte van condoomgebruik. Mannen waren negatiever dan vrouwen en mensen die niet altijd een condoom hebben gebruikt waren negatiever dan mensen die altijd een condoom hebben gebruikt. De respondenten vonden condoomgebruik vooral een vervelende onderbreking en het bleek dat de respondenten het ook moeilijk vinden het vrijen te onderbreken om een condoom om te doen. Ook in de literatuur (Bakker et al., 2003) werden de nadelen van condoomgebruik onderschreven

en dan met name dat condoomgebruik een vervelende onderbreking is. Dit komt waarschijnlijk doordat, waar vrouwen bij andere nadelen iets gematigder antwoordden dan mannen, het nadeel van de vervelende onderbreking ook door vrouwen sterk onderschreven werd.

De subjectieve normen omgeving, beste vrienden en ouders hadden niet veel invloed op het condoomgebruik van de respondenten van dit onderzoek. Alleen de partner bleek als subjectieve norm invloed te hebben; met name negatieve invloed, maar ook wel positieve invloed. Het belang van de subjectieve norm kon niet goed vergeleken worden met de literatuur, omdat in de literatuur (Vanwesenbeeck et al., 2003) alleen informatie over 'normative belief strength' is gerapporteerd, welke niet vermenigvuldigd was met 'motivation to comply'. Er is wel onderzoek naar voorbeeldgedrag van vriend(inn)en bij een nieuwe partner in de literatuur gerapporteerd (Bakker et al., 2003), Dit voorbeeldgedrag had een meer positieve invloed dan in dit onderzoek werd gevonden. Mogelijke komt dit doordat in dit onderzoek niet specifiek naar de situatie 'nieuwe partner' gevraagd is.

De zelfeffectiviteit kwam eveneens overeen met de literatuur, respondenten gaven aan zich over het algemeen goed in staat te voelen een condoom te gebruiken (Vanwesenbeeck, 2003). Echter als er alcohol in het spel is verwachtte een te groot deel van de respondenten problemen met het gebruiken van een condoom (Bakker et al., 2003).

De respondenten van dit onderzoek achtten de kans op soa klein als ze een keer onveilig gevreeën hebben. Ze gaven echter aan niet te denken dat informatie over het risico soa of hiv op te lopen overdreven is. De ingeschatte kans op soa was in dit onderzoek lager dan in ander onderzoek (Bakker et al., 2003 en Vanwesenbeeck et al., 2003). De respondenten in dit onderzoek leken de kans op soa kleiner in te schatten. De vraagstelling verschilde echter sterk, mogelijk dat dit meespeelt.

De intentie van de respondenten uit dit onderzoek kwam overeen met de literatuur. De intentie om een condoom te gebruiken was hoger bij een losse partner dan bij een vaste partner (Schutten & De Wit, 1999; Bakker et al., 2003 en Schaalma et al., 1992). Mannen gaven aan eerder een condoom achterwege te willen laten dan vrouwen (Vanwesenbeeck et al., 2003).

Voorspellende waarde determinanten

De determinanten attitude, subjectieve norm, zelfeffectiviteit en kwetsbaarheid voorspelden in dit onderzoek 32% van de intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner. De onderzochte determinanten gaven geen significante voorspelling van de intentie om in de toekomst veilig te vrijen met de vaste partner. Dit duidt erop dat veilig vrijgedrag met een vaste partner niet goed te voorspellen is met de in dit onderzoek gebruikte determinanten. Waarschijnlijk zijn op veilig vrijgedrag met de vaste partner andere variabelen van invloed. Wellicht variabelen die te maken hebben met de 'Be faithful'-strategie voor soa-preventie.

De theorie van gepland gedrag (Ajzen, 2002) stelt dat gedrag voor een belangrijk deel voorspeld wordt door de intentie om dat gedrag te vertonen. Dit onderdeel van deze theorie gaat

in dit onderzoek maar voor een klein deel op; gedrag werd voor slechts 7% voorspelt door de intentie. Andere determinanten bepaalden echter het gedrag voor 42%. Hierbij was de voorspeller 'partner' significant; De subjectieve norm partner voorspelde met een bèta van .44 het veilig vrijgedrag.

Conclusie onderdeel 'testen op soa'

Er in de literatuur nog maar weinig bekend over het testen op soa van jongeren en de achterliggende determinanten daarbij. Het tot nu toe uitgevoerde onderzoek beperkte zich meestal tot het testen op hiv en dan vaak voor bepaalde risicogroepen, zoals homomannen. Verder beperkt de literatuur die er is over testen op soa zich tot het beschrijven van gedrag en intentie. Achterliggende determinanten zijn in het tot nu toe uitgevoerde onderzoek buiten beschouwing gelaten. In de volgende paragraaf wordt toch geprobeerd de resultaten van dit onderzoek af te zetten tegen de beschikbare literatuur.

Testgedrag jongeren

In dit onderzoek had slechts een klein deel (9%) van de seksueel actieve respondenten zich in het verleden laten testen op soa. De meeste respondenten hadden zich bij de huisarts laten testen. Echter van de seksueel actieve respondenten had 29% wel eens overwogen zich te laten testen op soa. Als reden om zich niet te laten testen werd vaak aangegeven dat ze geen klachten hadden of dat ze de kans op soa klein achtten. Soa kunnen echter heel goed zonder klachten aanwezig zijn. Uit één onderzoek uit de literatuur (Bakker et al., 2003) bleek één op de vier respondenten zich al eens getest te hebben op soa of hiv. Dit is hoger dan in het eigen onderzoek, maar de leeftijdsgrens lag ook een stuk hoger. De redenen om zich niet te laten testen op soa kwamen overeen met de literatuur; respondenten gaven aan dat ze weinig risico hadden gelopen. Klachten waren in de literatuur de belangrijkste reden om zich te laten testen op soa. Dat was ook in dit onderzoek een belangrijke reden om zich te laten testen op soa.

Determinanten testgedrag jongeren

Bijna 40% van de respondenten uit dit onderzoek wist niet dat je bij de GGD kunt laten testen op soa. Ook wisten veel respondenten niet dat testen op soa bij de GGD gratis is. Over de kennis van testlocaties is in de literatuur geen interessant onderzoek gevonden. Anoniem testen op soa werd door de respondenten in dit onderzoek erg prettig gevonden. Dit komt overeen met de eerdere resultaten bij het testen op hiv (Haks et al., 2004). Een gerust gevoel en tijdige behandeling waren voor de respondenten in dit onderzoek belangrijke redenen om te testen op soa.

De subjectieve normen 'omgeving' en 'beste vriend(inn)en' hadden in dit onderzoek niet veel invloed op het testgedrag van de respondenten. Ouders hadden in dit onderzoek met name een positieve invloed op het testgedrag. In het onderzoek van Haks et al. (2004) is alleen naar 'normative belief strength' gekeken. Hierbij werd een positief verband gevonden tussen de mate waarin de respondenten er zekerder van zijn dat hun goede vrienden het zouden goedkeuren als zij zich op hiv zouden laten testen en de intentie om te testen.

Het kennen van iemand die zich wel eens heeft laten testen op een soa of van iemand die een soa heeft (gehad) bleek in dit onderzoek te voorspellen of iemand het wel eens overwogen heeft om zich te laten testen op soa. Blijkbaar zorgt het testen op soa van bekenden ervoor dat mensen bewuster gaan nadenken over de mogelijkheid om zichzelf te laten testen op soa. Haks et al. (2004) heeft onderzoek gedaan onder homomannen en hieruit bleek ook dat het aantal goede vrienden dat al getest is op hiv en het aantal bekenden die hiv/aids hebben of daaraan zijn overleden een positieve relatie heeft met de intentie om te testen op hiv.

Bijna de helft van de respondenten uit dit onderzoek gaf aan dat ze het moeilijk zouden vinden zich te laten testen op soa omdat ze bang zouden zijn voor de uitslag. Ook schaamte speelt een rol bij het testen op soa. Respondenten vonden het, met betrekking tot schaamte, lastiger om zich bij hun huisarts te laten testen op soa dan bij de GGD. Schaamte bleek ook in de literatuur een belangrijke reden om voor een hiv-test niet naar de eigen huisarts te gaan (Leenaars et al., 1993). Uit de literatuur (Leenaars et al., 1993) bleek ook angst voor afkeuring een reden om niet naar de huisarts te gaan. In dit onderzoek vonden met name vrouwen het lastig te vinden om zich bij de huisarts te laten testen, omdat ze de huisarts dan moeten vertellen dat ze onveilig gevreeën hebben. Maar of dit komt door schaamte of door angst voor afkeuring is niet gevraagd.

In dit onderzoek bleek de intentie om zich te testen op soa redelijk hoog als de respondenten klachten hebben of als ze bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen. Als de respondenten geen klachten krijgen was de intentie om zich te laten testen laag. Slechts 10 respondenten hebben zich in het verleden laten testen op soa, 9 hiervan deden dit bij de huisarts. Echter 60% van de respondenten denkt zich in de toekomst bij de GGD te laten testen op soa en 40% bij de huisarts. Het onderzoek is uitgevoerd door de GGD, dus mogelijk is hier sprake van sociaal wenselijk antwoorden. Een andere mogelijkheid is dat jongeren bij de huisarts komen met (vage) klachten waarna de huisarts bepaald een soa-test te doen, waar de jongere wellicht niet eens aan gedacht had. De literatuur (Soa Aids Nederland, 2005b) liet ook duidelijk andere cijfers zien dan het eigen onderzoek; driekwart denkt naar de huisarts te gaan in geval van een soa en één op de tien denkt naar een soa-poli van de GGD te gaan. De samenstelling van de respondenten in het onderzoek van Soa Aids Nederland kwam redelijk overeen met de samenstelling van de respondenten in dit onderzoek. Het verschil in antwoorden is daarom niet goed te verklaren. Wellicht speelt sociaal wenselijk antwoorden weer een rol. In dit onderzoek werden de enquêtes uitgedeeld en ingenomen door een medewerker van de GGD en in het onderzoek van Soa AIDS Nederland werd de vragenlijst geretourneerd via de post of e-mail. Voor

testen op hiv leek ook in de literatuur de GGD of een soa-polikliniek meer gebruikt voor het testen op hiv dan de huisarts (Haks et al., 2004 en Nuradini et al., 2004).

Voorspellende waarde determinanten

De determinanten attitude, subjectieve norm, zelfeffectiviteit en kwetsbaarheid voorspelden 28% van de intentie om te testen op soa bij klachten of als de respondenten bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen. De determinanten voorspelden hiernaast ook 28% van de intentie om te testen op soa bij geen klachten. De determinanten voorspellen dus de intentie en hieruit blijkt dat er goede vragen gesteld zijn in de vragenlijst.

Condoomgebruik bleek in een specifiek geval het testen op soa te voorspellen; 15% van de intentie om te testen op soa bij geen klachten werd voorspeld door de intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner. Het verband is positief, dit betekent dat naarmate de intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner lager wordt, de intentie om te testen op soa wanneer er geen klachten zijn, ook lager wordt.

Conclusie onderdeel 'Voorlichtingsmethoden'

Over aansprekende informatiebronnen en voorlichtingsmethoden wat betreft veilig vrijen en soa is in de literatuur al veel bekend. Voor het testen op soa zijn wellicht andere informatiebronnen belangrijk en andere voorlichtingsmethoden geschikt. Hiernaar is in de literatuur nog geen onderzoek gedaan. Hieronder worden de conclusies uit het eigen onderzoek besproken en afgezet tegen de literatuur.

De studenten uit dit onderzoek gaven aan weinig behoefte te hebben aan informatie over soa en veilig vrijen. Dit staat in contrast met de kennis van studenten over veilig vrijen en soa, welke nog niet voldoende is. Ook aan gesprekstechnieken met betrekking tot het gebruiken van een condoom zeiden de respondenten geen behoefte te hebben. Gesprekstechnieken zouden echter wel bij kunnen dragen aan de zelfeffectiviteit van jongeren als de ander bijvoorbeeld geen condoom wil gebruiken. Bijna de helft van de respondenten gaf aan ook geen behoefte aan informatie over het testen op soa te hebben, maar hier stonden de respondenten het minst negatief tegenover. Zoals gezegd wist 40% van de respondenten niet dat je je kunt laten testen op soa bij de GGD, laat staan dat ze weten hoe het testen in zijn werk gaat. Uit het onderzoek bleek dat er wel informatiebehoefte zou moeten zijn, maar bij het rechtstreeks vragen aan de respondenten, gaven ze aan dat ze geen behoefte aan informatie hebben.

Uit de literatuur bleek, net zoals uit het eigen onderzoek, dat jongeren weinig behoefte hebben aan informatie over veilig vrijen en soa. Uit de literatuur bleek dat jongeren liever informatie krijgen over de 'fun'-kant van vrijen (Soa Aids Nederland, 2005c).

Vrienden bleken in dit onderzoek de belangrijkste informatiebron wat betreft veilig vrijen, school de minst belangrijke. Ook bleek dat voorlichting door een verpleegkundige van de GGD het meest aanspreekt bij voorlichting over veilig vrijen én voorlichting over testen op soa. Voorlichting door een leraar sprak het minst aan. De literatuur kwam niet overeen de resultaten van dit onderzoek. Uit de literatuur bleek dat de GGD niet veel gebruikt wordt als informatiebron wat betreft veilig vrijen en kreeg ook een lage waardering als informatiebron (Soa Aids Nederland, 2005c). Aansprekende informatiebronnen waren boeken / tijdschriften en internet. Vrienden, welke in het eigen onderzoek het beste scoorde, was hierbij geen antwoordoptie. School bleek in de literatuur, net als in het eigen onderzoek, de minst aansprekende informatiebron (Soa Aids Nederland, 2005c). Echter werd school in hetzelfde onderzoek in de literatuur ook als beste gewaardeerd als informatiebron (Soa Aids Nederland, 2005c; Vanwesenbeeck et al., 2003). Het lijkt verwarrend of school nu wel of niet een goede informatiebron is. Wellicht wordt de informatie die de respondenten in het verleden van school hebben gehad goed gewaardeerd, maar is school op het moment van het onderzoek niet (meer) een aansprekende informatiebron.

6 Discussie

Validiteit en betrouwbaarheid

De respondenten zijn niet at random gekozen uit de hele doelgroep. Gekozen is om de vragenlijst af te nemen onder studenten van twee specifieke opleidingen. Dit had te maken met de organisatie van het onderzoek. Er moest per opleiding toestemming gevraagd worden bij de directeur van de opleiding en dit zou te veel tijd in beslag nemen. De twee meegenomen opleidingen zijn bewust geselecteerd op soort opleiding (een sociale en commerciële opleiding) en geslacht (de ene opleiding had meer vrouwen, de andere meer mannen). Toch kan er door deze selectiemethode in beperkte mate sprake zijn van selectiebias. Studenten van deze opleidingen staan midden in het studentenleven (waarschijnlijk meer dan bijvoorbeeld de techniekstudenten) en de opleidingen zijn onderdeel van Christelijke Hogeschool Windesheim. De regio IJssel-Vecht is een redelijk christelijke regio en heeft ook een Gereformeerde Hogeschool. Deze hogeschool is niet meegenomen in het onderzoek. Mogelijk is er dus in beperkte mate sprake van selectiebias; de respondenten hebben wellicht eerder seksuele ervaring dan de gemiddelde student in de regio IJssel-Vecht en drinken wellicht ook meer dan gemiddeld waardoor onveilige seks eerder voorkomt. Dit is echter een veronderstelling en is niet met zekerheid te zeggen.

De gekozen determinanten bleken een goede voorspellende waarde te hebben. De respons is 99% en de vragenlijst is correct ingevuld door alle studenten. Hierdoor is de uitkomst van het onderzoek betrouwbaar. Bij een n van 164 en een gekozen betrouwbaarheid van 95% is de foutmarge 7,65% ($n = (z^* / 2m)^2$).

Voorstel voor toekomstig onderzoek

Dit onderzoek heeft veel interessante conclusies, maar ook een aantal voorstellen voor interessant vervolgonderzoek. In totaal worden hierna vijf voorstellen gedaan voor toekomstig onderzoek.

Ten eerste bleek het kennen van iemand die zich heeft getest op soa of een soa heeft (gehad) er voor te zorgen dat mensen bewuster na gaan denken over de mogelijkheid om zichzelf te laten testen op soa. Het voorspelde in dit onderzoek niet de intentie maar wel het overwegen van een soa-test. In onderzoek van Haks et al. (2004) bleek het aantal goede vrienden dat al getest is op hiv en het aantal bekenden die hiv/aids hebben (of daaraan zijn overleden) wel een positieve relatie te hebben met de intentie om te testen op hiv. Het lijkt interessant om verder onderzoek naar dit onderwerp te doen om te kijken wat nu de feitelijke invloed is van het kennen van iemand die zich heeft laten testen op soa of een soa heeft gehad op de intentie om te testen op soa.

Een interessante conclusie van dit onderzoek was dat condoomgebruik in een specifiek geval het testen op soa bleek te voorspellen; 15% van de intentie om te testen op soa bij geen

klachten werd voorspeld door de intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner. Het verband is positief, dit betekent dat naarmate de intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner lager wordt, de intentie om te testen op soa wanneer er geen klachten zijn, ook lager wordt. Er is in de literatuur geen onderzoek gevonden dat deze conclusie onderschrijft of tegensprekt. Meer onderzoek naar de invloed van condoomgebruik op de intentie om te testen op soa is zeer interessant en kan deze conclusie wellicht onderbouwen.

Een andere conclusie uit dit onderzoek was dat schaamte een grotere rol speelt bij testen bij de huisarts dan bij de GGD. In de literatuur bleek schaamte ook een belangrijke reden om voor een hiv-test niet naar de eigen huisarts te gaan (Leenaars et al., 1993). Uit de literatuur blijkt ook angst voor afkeuring een reden om niet naar de huisarts te gaan. Uit eigen onderzoek bleek het ook lastig gevonden te worden om zich bij de huisarts te laten testen omdat ze de huisarts dan moeten vertellen dat ze onveilig gevreeën hebben. Maar of dit komt door schaamte of door angst voor afkeuring is niet gevraagd. Het lijkt interessant om de drempels voor het testen op soa bij de GGD en de huisarts verder te onderzoeken waardoor wellicht aanbevelingen gedaan kunnen worden om die drempels lager te maken.

De intentie om veilig te vrijen met een nieuwe partner is door de gekozen determinanten goed voorspelt. Echter de intentie om veilig te vrijen met een vaste partner is niet voorspelt door de gekozen determinanten. Wellicht spelen voor de intentie om veilig te vrijen met de vaste partner andere factoren een rol. Het zou kunnen dat factoren samenhangend met de 'Be faithful'-strategie van soa-preventie een rol spelen. Het hebben van een vaste relatie sluit soa niet altijd uit; bijvoorbeeld als één of beide personen vóór deze relatie onveilig gevreeën hebben. Onderzoek naar de juiste determinanten van intentie om veilig te vrijen met een vaste partner is daarom van belang. Naar aanleiding van dat onderzoek kunnen dan aanbevelingen gedaan worden over geschikte voorlichting over soa-preventie voor mensen met een vaste relatie.

Als laatste misschien wel het belangrijkste voorstel voor vervolgonderzoek. Er is namelijk nog niet eerder onderzoek gedaan naar de determinanten van het testen op soa. Dit onderzoek heeft aangetoond dat de intentie om te testen op soa goed te voorspellen is door de gekozen determinanten. Dit is echter het eerste wetenschappelijke onderzoek dat dit onderzocht heeft. Testen op soa krijgt echter wel steeds meer aandacht, bijvoorbeeld vanuit de landelijke politiek. Soa komen veel voor in Nederland en een aantal soa kunnen ernstige gevolgen hebben, zoals onvruchtbaarheid. De meeste soa zijn goed te behandelen, mits er op tijd behandeld kan worden. Meer onderzoek naar de achterliggende determinanten, welke een rol spelen bij de keuze om al dan niet te testen op soa, lijkt daarom gerechtvaardigd.

7 Aanbevelingen

De uitkomsten van dit onderzoek komen behoorlijk overeen met de literatuur en de GGD kan daarom de landelijke gegevens over veilig vrijen ook in de regio IJssel-Vecht gebruiken. Hierna worden in totaal vijf aanbevelingen gedaan wat betreft de voorlichting omtrent soa-preventie.

Bekendheid soa-spreekuur verhogen

Bijna 40% van de respondenten weet niet dat je bij de GGD kunt laten testen op soa. Ook weten veel respondenten niet dat testen op soa bij de GGD gratis is. Hier is voor de GGD dus nog veel gezondheidswinst te behalen. Juist doordat de drempel om bij de GGD te testen op soa voor jongeren minder hoog is dan de drempel om te testen op soa bij de huisarts is het belangrijk dat jongeren wel weten dat ze zich kunnen laten testen bij de GGD. Om de drempel zo laag mogelijk te maken lijkt het belangrijk ook te vertellen dat testen bij de GGD in Zwolle gratis, anoniem, snel en makkelijk is.

Jongeren meer bewust maken dat soa vaak zonder klachten aanwezig zijn

In dit onderzoek bleek de intentie om zich te laten testen op soa redelijk hoog als de respondenten klachten hebben of als ze bang zijn dat ze een soa hebben opgelopen. Als de respondenten geen klachten krijgen is de intentie laag om zich te laten testen. Soa zijn echter vaak zonder klachten aanwezig en jongeren moeten hiervan meer bewust gemaakt worden.

Stimuleren ook met vaste partner veilig te blijven vrijen

De intentie om met een vaste partner veilig te vrijen, zolang niet zeker is dat geen van beiden een soa heeft, is onder de respondenten van dit onderzoek verontrustend laag. Het moet gecommuniceerd worden dat het hebben van een vaste relatie niet betekent dat er geen gevaar voor soa meer is. Deze blijft aanwezig tot beide personen getest (en eventueel behandeld) zijn op soa. De subjectieve norm partner voorspelt voor een groot deel rechtstreeks het werkelijke vrijgedrag. De partner heeft dus veel invloed op het condoomgebruik. Hierdoor is het belangrijk ook stellen te wijzen op het gevaar van soa. Stellen kunnen ze gewezen worden op de reële kans dat ze in het verleden een soa hebben opgelopen en nu geen klachten hebben.

'Fun' en voorlichting combineren

Jongeren gaven aan weinig behoefte te hebben aan informatie over soa en veilig vrijen. Jongeren bleken meer geïnteresseerd in voorlichting over de 'fun'-kant van vrijen, zoals hoe je vrijen leuker of lekkerder kunt maken, versieren en relaties. Het lijkt daarom een goede optie om de 'fun'-kant van vrijen te combineren met voorlichting over veilig vrijen.

Kennis over soa vergroten

Jongeren gaven aan weinig behoefte te hebben aan informatie over soa en veilig vrijen. Dit staat haaks tegenover het feit dat de kennis over soa niet voldoende is. Hierdoor hebben jongeren waarschijnlijk minder inzicht in het belang van veilig vrijen. Jongeren weten dat ze een condoom moeten gebruiken om soa te voorkomen, maar verdere kennis over soa, de kans op soa, de gevolgen van soa, het testen op soa en de behandeling van soa ontbreekt vaak. Hierover moeten jongeren meer voorgelicht worden.

Referenties

Ajzen, I. (2002). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. Geraadpleegd op 28-09-2004, op <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>

Bakker, F., Vanwesenbeeck, I. & Zimbile, F. (2003). *Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen. Stand van zaken augustus 2003 en ontwikkelingen sinds september 1987*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. van der (2001). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorkum.

GGD Regio IJssel-Vecht (2003). *Gezondheidsmonitor jongeren. Gezondheid en leefstijl van jongeren van 12 tot 24 jaar*. Zwolle: GGD Regio IJssel-Vecht

GGD Regio IJssel-Vecht (2005). Mondelinge mededeling door team soa/hiv-preventie op 11-04-2005.

Haks, K., Cremer, S., Mikolajczak, J. & Ameijden, E. van (2004). *Beslissingsondersteuning bij een hiv-test voor homoseksuele mannen*. Utrecht: GG & GD Utrecht. Geraadpleegd op 13-04-2005, op http://www.utrecht.nl/images/Gggd/bb/epidemiologie/pdf/rapport_homo-hiv.pdf

Laar, M.J.W. van de, Veen, M.G. van & Coenen, A.J.J. (2002). *Jaarverslag soa registratie 2002. Registratie van soa en HIV consulten bij GGD-en en soa-poliklinieken [Elektronische versie]*. Bilthoven: RIVM.

Laar, M.J.W. van de & Coul E.L.M. op de (2004). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003. An update: November 2004 [Elektronische versie]*. Bilthoven: RIVM.

Leenaars, P. E. M., Sandfort, Th. G. M., Oliehoek, A. J. M. & Schrijvers, A. J. P. (1993). *Waarom mensen wel naar een soa-polikliniek of GGD gaan en niet naar de huisarts met een HIV-testverzoek. Tijdschrift voor Seksuologie, 17, 307-316.*

Nuradini, B., Götz, H., Veldhuijzen, I., Hoek, K. van den, Fianen, M. & Zwart, O. de (2004). *HIV-sneltest: een pilot met integratie in de reguliere praktijk*. Geraadpleegd op 13-04-2005, op

<http://www.aidsfonds.nl/folders/rotterdam-sneltest.pdf>. Rotterdam, Aidsfonds en GGD Rotterdam en omstreken.

RIVM (2002). Vrij Veilig Campagne 2002 [elektronische versie]. *Infectiezieken Bulletin*, 13, 234.

RIVM (2004). Soa en HIV in Nederland, Stand van zaken, juni 2004 [elektronische versie]. *Infectieziekten Bulletin*, 15, 244-246.

Schaalma, H., Aarts, H., Kok, G. & Peters, L. (1992). Consistent condoomgebruik door jongeren. Baart oefening kunst? *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 70, 721-728.

Schutten, M. & Wit, J. B. F., de (1999). Jongeren en veilig vrijen. Verschillen in intentie tot condoomgebruik en in determinanten van intentie tot condoomgebruik met vaste versus losse partners. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 54, 247-255

Soa Aids Nederland (2004a). *Een kwetsbaar evenwicht. Stand van zaken hiv en andere soa in Nederland*. Amsterdam: Soa Aids Nederland.

Soa Aids Nederland (2004b). *Preventie van hiv en andere soa in Nederland. Advies aan de Minister van VWS*. Amsterdam, 19 juli 2004. Geraadpleegd op 02-09-2004, op <http://www.soa.nl/documenten/preventieplan%20v2.pdf>

Soa Aids Nederland (2004c). *Werkstukpakket*. Geraadpleegd op 16-09-2004, op <http://www.safesex.nl/werkstukken/index.cfm?fuseaction=main>

Soa Aids Nederland (2005a). *Epidemiologie van soa in Nederland: algemeen*. Geraadpleegd op 07-01-2005, op <http://www.soa.nl/default.asp?action=berichtenframeset&catid=2&groepid=136&selcat=62&bgcolor=4E68E2&bgc2=FF3F3C&bgc3=78DF00>

Soa Aids Nederland (2005b). Factsheet Seks onder je 25°. Geraadpleegd op 03-04-2005, op http://www.soa.nl/documenten/Factsheet_Seks%20onder%20je%2025e.pdf

Soa Aids Nederland (2005c). *Seks onder je 25°*. Geraadpleegd op 28-04-2005, op <http://www.seksonderje25e.nl/>

Soa Aids Nederland (2005d). Soa Top 10. Geraadpleegd op 01-06-2005, op http://www.soaids.nl/soa/soa_top10

Soa Aids Nederland (2005e). Eerste resultaten 'Seks onder je 25e' bekend. Geraadpleegd op 03-06-2005, op http://www.soaids-professionals.nl/actueel_bericht/487

Stichting soa-bestrijding (1998). *Handboek soa. Primaire en secundaire preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen*. Utrecht: Stichting soa-bestrijding.

Stichting soa-bestrijding (1999). *Handleiding 'Ja ik wil... veilig vrijen'. Voorlichting over veilig vrijen in het jeugdwelzijnswerk*. Utrecht: Stichting soa-bestrijding.

Stichting soa-bestrijding (2000). *Jaarverslag Vrij veilig Campagne 1999*. Utrecht: Stichting soa-bestrijding.

Stichting soa-bestrijding, Stichting Aids Fonds, Schorerstichting, Hiv Vereniging Nederland & GG&GD Amsterdam (2002). *Actief testen! Een programmatische aanpak voor actiever testen en counselen op hiv en andere soa in Nederland*. Geraadpleegd op 10-11-2004, op <http://www.aidsfonds.nl/folders/testbeleid.pdf>

Vanwesenbeeck, I., Bakker, F., Fulpen, M. van, Paulussen, T., Poelman, J. & Schaalma, H. (2003). Seks en seksuele risico's bij VMBO-scholieren anno 2002. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 30-39. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Vogels, T., Buitendijk, S.E., Bruil, J., Dijkstra, N.S. & Paulussen, T.G.W.M. (2002). *Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening. Een verkenning van de situatie in 2002 [Elektronische versie]*. Leiden: TNO.

VWS (2003a). *Brief aan de Tweede Kamer over preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen van Minister H. Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Geraadpleegd op 01-11-2004, op http://www.minvws.nl/images/POG-2409323A_tcm10-42005.pdf

VWS (2003b). *Toespraak van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Clémence Ross-van Dorp, tijdens het 7e Nationaal Congres soa-hiv-aids op maandag 1 december 2003 in Amsterdam*. Geraadpleegd op 01-11-2004, op http://www.minvws.nl/images/6604_tcm10-42019.pdf

Bijlage: Vragenlijst

