

Seksuele risico's

Het verklaren van de verschillen van seksueel risicogedrag in
Nederland anno 2008



Marieke Postulart
Masterscriptie Sociologie
Radboud Universiteit Nijmegen

Juli 2008

Seksuele risico's

**Het verklaren van de verschillen van seksueel risicogedrag in
Nederland anno 2008**

Marieke Postulart
Studentnummer: 0440485
Masterscriptie Sociologie
Radboud Universiteit Nijmegen

Begeleidster: Ariana Need

Juli 2008

Voorwoord

In januari 2008 ben ik begonnen met mijn masterscriptie voor de opleiding Sociologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Ik heb gekozen voor het onderwerp seksueel risicogedrag, omdat ik geïnteresseerd ben waar personen hun keuzes om wel of niet veilig te vrijen op baseren. Tevens viel het me op dat er nog maar weinig studies naar dit onderwerp zijn uitgevoerd. Met dit onderzoek heb ik geprobeerd verklaringen te vinden voor de verschillen in het seksueel risicogedrag, afhankelijk van het opleidingsniveau en leeftijd.

Ik wil mijn begeleidster Ariana Need bedanken voor de goede begeleiding bij het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van mijn scriptie. Ik heb met veel plezier met haar samengewerkt. Ik wil ook mijn zus Janneke Postulart en schoonbroer Leon ter Linden bedanken die met hun bedrijven Postul-Art en Leon ter Linden Concepts mij hebben geholpen met het opzetten van een internetsite en het online zetten van de enquête die nodig was voor het verzamelen van de data voor dit onderzoek.

Verder wil ik Hanneke Broersen, Stienke Postulart en Sonja Vliegenthart bedanken voor het doorlezen en het geven van tips ter verbetering van mijn scriptie. Als laatste wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun belangstelling, steun en vertrouwen in datgene waar ik mee bezig ben geweest.

's Hertogenbosch, juli 2008

Marieke Postulart

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
1.1	Inleiding	7
1.2	Verschillen in seksueel risicogedrag	8
1.2.1.	Verschillen afhankelijk van geslacht	8
1.2.2.	Verschillen afhankelijk van het opleidingsniveau	9
1.2.3.	Verschillen afhankelijk van leeftijd	11
1.3.	Seksuele risico's	11
1.3.1.	Nederlandse situatie ongewenste zwangerschappen	12
1.3.2.	Nederlandse situatie Soa's en Hiv	13
1.4.	Onderzoeksvraag en probleemstelling	14
1.5.	Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	15
2.	Theorieën en Hypothesen	16
2.1.	Inleiding	16
2.2.	Seksueel risicogedrag	16
2.3.	Problemen bij verklaringen naar geslacht	17
2.4.	Verschillen naar opleidingsniveau	18
2.4.1.	Inleiding	18
2.4.2.	Verschillen in kennis en risicoperceptie	18
2.4.3.	Verschillen in socialisatie en subjectieve norm	21
2.4.4.	Verschillen in gedragscontrole	23
2.4.5.	Verschillen in risicogedrag	25
2.4.6.	Verschillen in zelfbeeld	26
2.4.7.	Voorspellingen ten aanzien van het opleidingsniveau	28
2.5.	Verschillen naar leeftijd	29
2.5.1.	Inleiding	29
2.5.2.	Verschillen in kennis en risicoperceptie	29
2.5.3.	Verschillen in socialisatie en subjectieve norm	30
2.5.4.	Voorspellingen ten aanzien van leeftijd	32
2.6.	Voorspellingen betreffende seksueel risicogedrag	32
2.6.1.	Theorie van vertrouwen	32
2.6.2.	Theorieën over attitude en intentie	33
2.6.3.	Theoretisch model seksueel risicogedrag	34
3.	Data en Operationalisering	35
3.1.	Inleiding	35
3.2.	Enquête 'Het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008'	35
3.3.	Dataverzameling	35
3.4.	Respons	36
3.5.	Representativiteit	37
3.6.	Operationalisering	37
3.6.1.	De afhankelijke variabelen	38
3.6.2.	De categorieën opleidingsniveau en leeftijd	39
3.6.3.	De onafhankelijke variabelen	39

3.6.3.1.	Kennis en risicoperceptie	40
3.6.3.2.	Socialisatie en subjectieve norm	41
3.6.3.3.	Gedragcontrole	42
3.6.3.4.	Risicogedrag	43
3.6.3.5.	Zelfbeeld	43
3.6.3.6.	Vertrouwen in anderen	44
3.6.3.7.	Intentie tot veilig vrijgedrag	44
3.6.4.	Achtergrondkenmerken	45
3.7.	De analyse-items	46
4.	Analyse	48
4.1.	Inleiding	48
4.2.	Bivariate toetsing	48
4.2.1.	Correlaties met de afhankelijke variabelen	48
4.2.1.1.	Correlaties met consequent condoomgebruik met de eerste partner	48
4.2.1.2.	Correlaties met consequent condoomgebruik met de laatste partner	49
4.2.1.3.	Correlaties met het percentage consequent condoomgebruik	50
4.2.1.4.	Correlaties met het soa-testgedrag	50
4.2.2.	Correlaties met de categorieën opleidingsniveau en leeftijd	50
4.2.2.1.	Correlaties met opleidingsniveau	51
4.2.2.2.	Correlaties met leeftijd	52
4.2.3.	Samenhang tussen de afhankelijke variabelen en de categorieën	52
4.3.	Toetsing	54
4.4.	Verschillen in seksueel risicogedrag naar opleidingsniveau en leeftijd	55
4.4.1.	Resultaten van het consequent condoomgebruik met de eerste partner	56
4.4.1.1.	De controlevariabelen	56
4.4.1.2.	De hypothesen	59
4.4.2.	Resultaten van het consequent condoomgebruik met de laatste partner	60
4.4.2.1.	De controlevariabelen	60
4.4.2.2.	De hypothesen	63
4.4.3.	Resultaten percentage consequent condoomgebruik over alle partners	64
4.4.3.1.	De controlevariabelen	64
4.4.3.2.	De hypothesen	64
4.4.4.	Resultaten van het soa-testgedrag	66
4.4.4.1.	De controlevariabelen	66
4.4.4.2.	De hypothesen	66
4.5.	Conclusies resultaten seksueel risicogedrag	67
5.	Conclusie en discussie	69
5.1.	Conclusie	69
5.2.	Discussie	72
	Literatuurlijst	72
Bijlage A	Vragenlijst "Het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008"	
Bijlage B	Overzicht websites	

Samenvatting

In dit onderzoek heb ik een studie uitgevoerd naar het verklaren van seksueel risicogedrag. Ik heb het seksueel risicogedrag op de primaire en secundaire preventie¹ ten aanzien van soa's onderzocht. Dit is gedaan door middel van het analyseren van consequent condoomgebruik met de eerste partner, consequent condoomgebruik met de laatste partner, het percentage consequent condoomgebruik over alle partners en het soa-testgedrag. Hierbij is gekeken of de verschillen in seksueel risicogedrag afhankelijk zijn van opleidingsniveau en leeftijd. Dit is onderzocht door via internet te enquêteren met de vragenlijst 'het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008'.

Het opleidingsniveau heeft een negatieve samenhang met het consequent condoomgebruik: naarmate men hoger is opgeleid blijkt men minder vaak consequent condooms te gebruiken. Verder blijkt het opleidingsniveau een neutrale samenhang te hebben met het getest zijn op soa's. Leeftijd blijkt een negatieve samenhang te hebben met het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner, en een positieve samenhang met het soa-testgedrag: des te ouder men is, hoe minder vaak men consequent condooms heeft gebruikt met de eerste en laatste partner en hoe groter de kans dat men is getest op soa's.

Om de verschillen van seksueel risicogedrag te verklaren, is er gecontroleerd op de kennis die men heeft over veilig vrijen en soa's, de risicoperceptie op het oplopen van soa's, het gesocialiseerd zijn met het onderwerp veilig vrijen, de subjectieve norm, de gedragscontrole op seksueel gebied, het algemene risicogedrag, het lichamenlijk zelfbeeld, het vertrouwen in anderen en de gedragsintentie betreffende veilig vrijen. Deze items blijken van invloed te zijn op minimaal één van de variabelen die het seksueel risicogedrag meten. De uitzondering hierop is de risicoperceptie van soa's, hiervoor werd geen samenhang met het seksueel risicogedrag gevonden. De verwachting was dat het controleren op deze items zou zorgen voor een afname van het opleidings- en leeftijdseffect op seksueel risicogedrag, maar dit blijkt niet het geval. Het is niet gelukt om de verschillen in seksueel gedrag, afhankelijk van het opleidingsniveau en leeftijd, te verklaren aan de hand van het Health Belief Model, theorie van de beredeneerde actie, theorie van gepland gedrag, de cognitieve dissonantietheorie en de theorie van het lichamenlijk zelfbeeld.

Samenvattend blijkt dat het opleidingsniveau en de leeftijd een negatieve samenhang hebben met het consequent condoomgebruik. Leeftijd heeft een positieve samenhang met het soa-testgedrag. Het Health Belief Model, theorie van de beredeneerde actie, theorie van gepland gedrag, de cognitieve dissonantietheorie en de theorie van het lichamenlijk zelfbeeld dragen wel bij op het verklaren van het seksueel risicogedrag, maar kunnen de verschillen van seksueel risicogedrag afhankelijk van het opleidingsniveau en leeftijd niet verklaren.

¹ Onder primaire preventie wordt het voorkomen van (ongewenste zwangerschappen) en soa's bedoeld door het gebruik van een condoom. Onder secundaire preventie wordt het opsporen van soa's bedoeld door het laten testen op soa's.

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Veilig vrijgedrag. Er zijn verschillende campagnes geweest om veilig vrijen te bevorderen. *“Ik vrij veilig of ik vrij niet”*, *“Wie laat zich dan ook naaien zonder condoom”*, *“Ik vertrouw jou wel, maar je ex niet”*, *“Verneuk je nieuwe relatie niet met een oude soa”*. Dit zijn verschillende slogans van de vrij veilig campagnes uit de laatste decennia. De campagnes hebben als doel het veilig vrijgedrag te bevorderen, met name onder jongeren.

De vrij veilig campagnes lopen al sinds 1987 (bron: Hiv vereniging Nederland). Volgens Sheldon (2001) neemt de onveilige seks onder jongeren internationaal toe, doordat aids niet meer de angstaanjagende, acute ziekte is zoals voorheen en de huidige generatie jongeren de enorme politieke en publieke aandacht voor Hiv en aids niet hebben meegemaakt tijdens de jaren tachtig en begin jaren negentig (Neefs, 2004). Zo bleek onlangs in de Verenigde Staten uit onderzoek van het Centre of Disease Control and Prevention (2008) naar seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) onder tienermeisjes, dat één op de vier meisjes een soa heeft en onder de negroïde meisjes werd zelfs bij de helft minimaal één soa geconstateerd.

Uit het Nederlandse onderzoek ‘seks onder je 25’² blijkt echter dat jongeren tussen 1995 en 2005 wél veiliger zijn gaan vrijen (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Het percentage dat bij de laatste sekspartner altijd een condoom gebruikte is gestegen van 42 procent in 1995 naar 47 procent in 2005. Ook is het aandeel dat bij de laatste sekspartner nooit een condoom gebruikte met tien procent gedaald van 27 procent in 1995 naar 17 procent in 2005. Als deze situatie van de jongeren vergeleken wordt met de gehele seksuele actieve bevolking, dan blijkt ongeveer 65 procent soms of geen enkele keer beschermde seks te hebben gehad met een losse partner in het onderzochte half jaar (Kuyper & de Haas, 2006). Ruim 80 procent van degenen met een vaste relatie gebruikt geen condooms. Bij one night stands en losse partners wordt wel vaak de noodzaak van condoomgebruik ingezien, maar bij vaste partners niet. Deze 80 procent is een hoog percentage wanneer je weet dat slechts bij eenderde van degenen met een vaste relatie, beide partners zijn getest op soa's (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006).

De risico's van onveilig vrijen zijn dat men ongewenst zwanger kan raken of een soa² kan oplopen. Vaak wordt gedacht dat seksueel overdraagbare aandoeningen voornamelijk een probleem zijn bij homoseksuelen. In 2006 werd in de Nederlandse soa-poli's bij 22 procent van de homoseksuelen mannen een soa vastgesteld (bron: Thermometer Soa en Hiv, 2007). Maar hier werden ook bij twaalf procent van de heteroseksuele mannen en vrouwen een soa geconstateerd.

² Als het voortaan over soa's gaat, betreft het ook het oplopen van Hiv. Hiv valt dan officieel niet onder de soa's, maar is wel seksueel overdraagbaar. Het leest zich echter makkelijker als alleen de term soa gebruikt word, in plaats van telkens soa's en / of Hiv.

In 2006 koos ruim 1 op de 8 zwangere vrouwen voor een abortus (13,3%). Dit houdt in dat 8,6 op de 1000 vrouwen in 2006 hun zwangerschap hebben verbroken (van Lee & Wijzen, 2007)

Aan de hand van de bovenstaande cijfers kan worden geconcludeerd dat de risico's van seksueel gedrag niet alleen een probleem zijn bij homoseksuelen, maar ook bij heteroseksuelen. Er zou dan ook meer aandacht besteed mogen worden aan veilig vrijen en testgedrag, om zo het aandeel soa's en ongewenste zwangerschappen terug te dringen. Naast dat het van belang is te weten onder welke omstandigheden men vaker een soa oploopt of ongewenst zwanger raakt, is het belangrijk te weten welke categorieën meer risico lopen en waardoor de verschillen in het seksuele risicogedrag tussen deze categorieën verklaard worden. In dit onderzoek zullen de verschillen in seksueel risicogedrag voor de verschillende categorieën verklaard worden, als aanvulling op eerdere Nederlandse beschrijvende studies naar seksueel risicogedrag (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006; Kuyper & de Haas, 2006; de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006; Vanwesenbeeck, Bakker, van Fulpen, Paulussen, Poelman & Schaalma, 2003).

1.2 Verschillen in seksueel risicogedrag

Onbeschermde seks kan negatieve gevolgen met zich meebrengen. Dit kan een ongewenste zwangerschap betreffen, maar bijvoorbeeld ook een soa die je onmerkbaar oploopt. In beschrijvende studies naar seksueel risicogedrag (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006; Kuyper & de Haas, 2006; de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006; Vanwesenbeeck, Bakker, van Fulpen, Paulussen, Poelman & Schaalma, 2003) is gekeken naar verschillen tussen geslacht, opleidingsniveau en etniciteit. De bevindingen van deze studies naar het geslacht en het opleidingsniveau worden in de hierop volgende paragrafen besproken. Het merendeel van de recente onderzoeken heeft zich gericht op het seksuele risicogedrag onder jongeren, terwijl er ook steeds meer ouderen zijn met nieuwe of wisselende contacten door de toename van personen zonder een vaste relatie en door een toename van het aantal echtscheidingen. De verschillen in seksueel risicogedrag worden dan ook naar leeftijd besproken.

1.2.1. Verschillen afhankelijk van geslacht

Vrouwen geven aan onveiliger te vrijen dan mannen (Kuyper & de Haas, 2006; de Graaf, Meijer, Poelman, Vanwesenbeeck, 2006; Vanwesenbeeck, Bakker, van Fulpen, Paulussen, Poelman & Schaalma, 2003). Waar een kwart van de mannen aangaf in het onderzochte half jaar alleen onveilige seks te hebben gehad met een losse partner, gaf de helft van de vrouwen aan hierbij nooit condooms te hebben gebruikt. Ook binnen vaste relaties geven meer mannen dan vrouwen aan condooms te gebruiken, respectievelijk 80 en 85 procent (Kuyper & de Haas, 2006). Maar vrouwen geven wel vaker dan mannen aan getest te zijn op soa's, respectievelijk 37 en 34 procent.

In eerdere onderzoeken zijn verklaringen gegeven waarom mannen een hoger condoomgebruik rapporteren dan vrouwen. Een eerste verklaring is een verschillende perceptie over condoomgebruik tussen mannen en vrouwen (Kuyper & de Haas, 2006).

Meer mannen dan vrouwen vinden het vrijen met een condoom minder lekker en zo zien mannen meer de negatieve aspecten van het gebruik van een condoom, zodat ze de keren dat ze wel een condoom gebruiken beter onthouden. Bij vrouwen geldt het omgekeerde. Vrouwen hebben vaker geanticipeerde spijt dan mannen als ze zonder condoom hebben gevreeën, zodat ze de keren zonder condoom beter zullen onthouden.

Een andere verklaring is dat het gebruik van de pil een remmend effect heeft op het condoomgebruik (ter Bogt, Dorsselaer & van Vollebergh, 2003). Het zijn de vrouwen die de pil slikken, en dus van zichzelf weten dat ze in ieder geval beschermt zijn tegen zwangerschap. De mannen weten niet (met zekerheid) of een vrouw zich met anticonceptie al beschermt tegen zwangerschap, dus ligt voor hen condoomgebruik voor de hand, om zich tegen zwangerschap te beschermen.

Een laatste verklaring gaat over onzekerheid. Vrouwen voelen zich vaker onzeker over hun lichaam dan mannen, vooral als ze nog jong zijn. Enkele studies brengen een gebrek aan seksuele assertiviteit en inconsistent condoomgebruik in verband met een geobjectiveerd beeld van het eigen lichaam bij meisjes (de Graaf, Höing, Zaagsma & Vanwesenbeeck, 2007). Uit dit artikel bleek dat meerdere auteurs, deels op basis van klinische evidentie, een lage lichaamswaardering tijdens de adolescentie in verband brengen met seksuele problemen in het volwassen leven. Andere studies constateren dat meisjes die ontevreden zijn over hun eigen lichaam later met masturberen starten, minder orale seks krijgen maar het niet minder geven en/of minder interesse tonen in de fysieke aspecten van seksualiteit. Geconcludeerd wordt dat zelfobjectivering en schaamte over het eigen lichaam meisjes en vrouwen kunnen belemmeren in het realiseren of zelfs maar erkennen van eigen seksuele wensen of plezier. Omdat deze vrouwen al onzeker zijn van hun eigen seksleven, durven ze hun wensen over bijvoorbeeld condoomgebruik ook minder kenbaar te maken en zal het condoomgebruik onder hen lager liggen.

1.2.2. Verschillen afhankelijk van het opleidingsniveau

Duidelijke verschillen van seksueel risicogedrag tussen de te onderscheiden opleidingsniveaus zijn in eerdere studies niet gevonden. De bevindingen zullen hier kort worden besproken.

Lager opgeleiden hebben op een jongere leeftijd voor het eerst seks in vergelijking met hoger opgeleiden. Van de 12 en 13 jarigen heeft zeven procent van de lager opgeleiden en drie procent van de hoger opgeleiden al eens geslachtsgemeenschap gehad. Bij de 14 en 15 jarigen is dit respectievelijk 27 en 8 procent (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Verder blijkt dat hoe lager het schooltype, hoe vaker men geslachtsgemeenschap heeft gehad. Uit onderzoek naar seks en seksuele risico's onder VMBO-scholieren blijkt dat bijna een kwart van de onderzoeksgroep (22%) met een leeftijd van 14 jaar en 2 maanden ervaring heeft met geslachtsgemeenschap (Vanwesenbeeck, Bakker, van Fulpen, Paulussen, Poelman & Schaalma, 2003). Zij blijken daarnaast ook vaker onveilige seks te hebben. Bijna een kwart van de scholieren blijkt bij de eerste keer gemeenschap noch de pil, noch een condoom gebruikt te hebben. Bij de laatste keer gold dit bij één op de zes scholieren. Als dit wordt vergeleken met alle

leerlingen uit het voortgezet onderwijs, dan gebruikt 72 procent bij de laatste keer een condoom en 59 procent slikt de pil. Dit is bij de VMBO scholieren respectievelijk 68 en 27 procent (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). De lager opgeleide jongeren hebben meer risico op ongewenste zwangerschappen en soa's.

Het consequent anticonceptiegebruik met de laatste partner ligt bij de hoger opgeleiden met een Odds Ratio (O.R.)³ van 1,58 hoger dan bij de lager opgeleiden (O.R.: 1,00) (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Lager opgeleiden hebben vaker te maken met een ongeplande zwangerschap. Tien procent van de meisjes van het VMBO geeft aan wel eens zwanger te zijn geweest. Dit komt neer op 16,8 op de 1000 meisjes, terwijl het landelijk gemiddelde voor 15-19 jarigen ligt op 14,1 op 1000 meisjes. Lager opgeleiden hebben vaker te maken met ongeplande zwangerschappen. Na controle voor demografische kenmerken⁴ is de kans op abortus voor een laag opgeleid meisje bijna acht keer zo groot als voor een hoog opgeleid meisje.

Lager opgeleide vrouwen zijn tweemaal zo vaak onbedoeld zwanger geweest in vergelijking met hoger opgeleide vrouwen, respectievelijk 18 en 9 procent (de Graaf & Loozen, 2005). Hoger opgeleide vrouwen kiezen echter drie maal zo vaak voor een abortus in vergelijking met lager opgeleide vrouwen, respectievelijk 36 en 12 procent. Deze abortussen zijn uitgevoerd bij vrouwen die eerder dan bedoeld zwanger werden. Onder degenen die geen kinderen (meer) willen, lag het aandeel abortussen respectievelijk op 56 en 42 procent. Doordat lager opgeleiden minder consequent omgaan met anticonceptie raken ze vaker zwanger en de hoger opgeleiden kiezen vaker voor een abortus als ze onbedoeld zwanger zijn.

Het aantal verschillende sekspartners ligt hoger bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden. Door een hoger aantal sekspartners onder lager opgeleiden zou het voor hen belangrijker zijn om zich te laten testen op soa's. De kans is groter dat men ooit seks heeft gehad met iemand met een soa. Een hoger opleidingsniveau blijkt echter een positief effect te hebben op het testgedrag (Kuyper & de Haas, 2006).

Tijdens de eerste seksuele ervaringen vrijen lager opgeleiden onveiliger dan hoger opgeleiden. Wanneer beide groepen ervarener worden is er vrijwel geen verschil meer in het condoomgebruik. Doordat lager opgeleiden op een jongere leeftijd met seks beginnen,

³ De Odds ratio (O.R.) is de verhouding tussen twee odds, oftewel twee wedverhoudingen. Dit is de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis wel voorvalt (bijvoorbeeld het wel gebruiken van condooms) en de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis niet voorvalt (bijvoorbeeld geen gebruik van condooms). De odds ratio is de verhouding tussen twee odds $((a*d)/(b*c))$. Een Odds ratio van 1 geeft aan dat kansen tussen categorieën gelijk zijn. Hierbij worden er bijvoorbeeld geen verschillen gevonden afhankelijk van het opleidingsniveau. Hoe verder de Odds ratio boven de 1 uitkomt, des te ongelijker de kansen worden. De verschillen tussen bijvoorbeeld de verschillende opleidingsniveaus worden steeds groter naarmate de Odds ratio verder boven de 1 uitkomt. De Odds ratio kan zich ook tussen de 0 en de 1 voortdoen, en dan geldt hoe lager de Odds ratio, des te groter de verschillen tussen de categorieën.

⁴ De demografische kenmerken zijn de kenmerken aangaande de bevolking. Hierbij wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met het geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, religie, etniciteit, beroep, inkomen, urbanisatiegraad, de buurt waarin men woont etcetera.

meer sekspartners hebben en minder consequent zijn in het anticonceptiegebruik, is voor hen de kans op soa's en ongewenste zwangerschap groter dan voor hoger opgeleiden.

Er zijn tot op heden geen verschillen gevonden naar de constatering van soa's afhankelijk van het opleidingsniveau. Wel blijken lager opgeleiden vaker ongewenst zwanger te raken, maar hier schuilt de verklaring waarschijnlijk in het minder consequent anticonceptiegebruik.

1.2.3. Verschillen afhankelijk van leeftijd

In eerdere onderzoeken naar seksueel risicogedrag is met name gekeken naar het seksuele gedrag onder jongeren. De belangrijkste onderzoeken in de afgelopen tijd zijn gedaan onder scholieren en/of jongeren tot 25 jaar (ter Bogt, van Dorsselaer & Vollebergh, 2003; Vanwesenbeeck, Bakker, van Fulpen, Paulussen, Poelman & Schaalma, 2003; de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006) en onder personen tussen de 15 en 35 jaar oud (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006). Er is slechts één onderzoek dat bij een brede leeftijdsgroep is uitgevoerd, namelijk onder personen tussen de 19 en 69 jaar oud (Kuyper & de Haas, 2006). Voor vrouwen wordt een negatieve samenhang gevonden tussen leeftijd en condoomgebruik bij zowel vaste als losse partners en voor mannen wordt een negatief verband gevonden tussen leeftijd en condoomgebruik met een vaste partner. Dit betreft een beschrijvend onderzoek en daardoor is er weinig af te leiden voor het verklaren van het seksueel risicogedrag.

De meeste onderzoeken naar het seksuele gedrag zijn dus voornamelijk uitgevoerd onder jongeren. De belangrijkste reden is dat zij de seksueel actiefste groep zijn die de grootste risico's lopen, omdat zij meer wisselende contacten hebben. Door het toenemende aantal singles en echtscheidingen, hebben ook ouderen steeds vaker wisselende contacten. Jongeren en ouderen hebben een verschillende socialisatie ten aanzien van seks gehad, door verschil in seksuele voorlichting, kennis en communicatie over seks. Dit zal ook zijn invloed hebben op het seksuele risicogedrag.

1.3. Seksuele risico's

In de vorige paragrafen zijn de verschillen in seksuele risico's aan de hand van de verschillende categorieën besproken. Om een beter beeld te krijgen van wat de seksuele risico's zijn, worden deze in de volgende paragrafen behandeld. Onder seksueel risicogedrag wordt het onveilige vrijgedrag van een persoon verstaan. Met elke nieuwe partner bestaat er weer een kans op soa's, daarom is het van belang dat men condooms gebruikt en zich (samen) laat testen op soa's. Daarnaast wil men niet ongewenst zwanger raken en hiervoor dient anticonceptie gebruikt te worden. Om een beter beeld te krijgen van wat de risico's inhouden, wordt hier de Nederlandse situatie rondom ongewenste zwangerschappen en soa's en Hiv besproken.

1.3.1. Nederlandse situatie ongewenste zwangerschappen

In 2004 zijn er in Nederland 194 duizend kinderen geboren. In datzelfde jaar zijn er ook 29 duizend abortussen uitgevoerd. Dit houdt in dat één op de acht zwangerschappen door medisch ingrijpen wordt afgebroken (de Graaf & Loozen, 2005). Het aantal abortussen in Nederland is sinds 1990 fors toegenomen, van 18 duizend naar 29 duizend (zie Figuur 1). In 2005 daalt het abortuscijfer weer iets, van 8,7 naar 8,6 zwangerschapsafbrekingen op elke 1000 vrouwen (Wijsen & van Lee, 2006). Dit houdt in dat de kans dat een vrouw de zwangerschap afbreekt in één jaar tijd iets is afgenomen. Maar als een vrouw zwanger is, is de kans op een abortus hoger. Dit komt doordat niet alleen het aantal abortussen is gedaald, maar ook het aantal zwangerschappen.

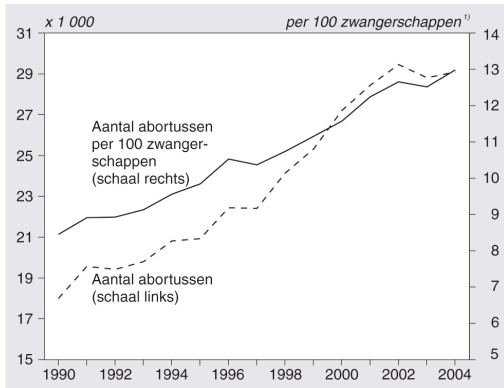
Ongeveer één op de acht zwangerschappen wordt afgebroken (de Graaf & Loozen, 2005). Toch gebruikt een aanzienlijk deel van de abortuscliënten een vorm van anticonceptie. Van degenen die in 2005 hun zwangerschap hebben afgebroken, slikte bijna eenderde (29,8%) de pil gedurende minimaal een half jaar voorafgaand aan de zwangerschap. Daarnaast gebruikte eenderde (32,3%) condooms. Bij 30,6 procent was sprake van geen enkele vorm van anticonceptie (Wijsen & van Lee, 2006).

De meeste zwangerschappen worden afgebroken in de jongste leeftijdscategorieën (zie de abortusratio in Tabel 1). Zo kiezen van de tieners die zwanger raken 65 procent voor een abortus. Van de begin twintigers kiest 30 procent voor een abortus. Maar naast het aantal vrouwen dat een abortus laat doen, zijn er meer vrouwen die ongepland zwanger raken. Uit het onderzoek gezinsvorming 2003 blijkt dat dertien procent ooit onbedoeld zwanger is geweest (De Graaf & Loozen, 2005). Hiervan was 64 procent eerder dan gepland zwanger en 36 procent wilde geen kinderen. Van degenen die eerder zwanger waren dan gepland heeft ongeveer 20 procent gekozen voor abortus, bij degenen die geen kinderen wilden was dit 44 procent.

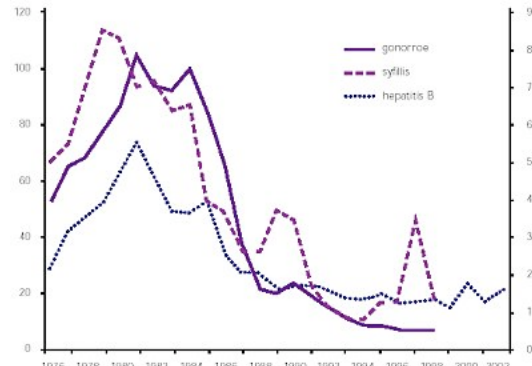
Tabel 1: Abortuscijfer per 1000 vrouwen in leeftijdscategorie en abortusratio per 100 zwangere vrouwen, 2003 - 2005

Leeftijd	Abortuscijfer			Abortusratio		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
≤ 19	8,8	8,2	7,8	62,4	64,0	64,9
20-24	14,2	14,8	14,5	28,0	28,9	29,4
25-29	11,5	11,6	12,1	10,3	10,6	10,9
30-34	8,8	8,9	8,9	6,3	6,5	6,7
35-39	6,7	7,1	7,1	9,9	10,4	10,3
≥ 40	3,2	3,4	3,5	26,0	26,2	26,4
Totaal	8,5	8,7	8,6	12,6	13,1	14,9

Bron: Landelijke abortus registratie 2005, Rutgers Nisso Groep (2006)



Figuur 1: Aantal abortussen, 1990-2004. Bron: Wettelijk verplichte abortusregistratie (inclusief overtijdbehandelingen).



Figuur 2: Incidentie (aantal nieuwe infecties) per 100.000 inwoners van gonorroe (linker Y-as), syfilis en hepatitis B (rechter Y-as) op basis van aangifte. Bron: RIVM, IGZ, 2004. Deze grafiek is eerder gepubliceerd in *Bijblijven*, jaargang 20, nr 3 (BSL, Houten).

1.3.2. Nederlandse situatie Soa's en Hiv

Nadat er in de jaren tachtig een flinke daling plaatsvond van het aantal gevonden soa's, werden er sinds eind jaren negentig door de soa-poli's en door de GGD een toename op het aantal soa's geconstateerd (bron: Soa Aids Nederland). Deze trend zet zich door tot 2005 en lijkt zich in 2006 te stabiliseren. De positieve trend in het waarnemen van soa's wordt verklaard doordat men zich steeds meer laat testen en doordat de tests verbeterd zijn. Dit verklaart een deel van de toename in het aantal soa's, het andere deel wordt nog steeds verklaard door een toename in onveilig seksueel gedrag (bron: Gezondheidsmonitor 2006: Gemeente Den Haag).

Uit de situatie in 2006 blijkt, zoals al eerder besproken, dat bij 12 procent van de heteroseksuele populatie en bij 22 procent van de mannen die seks hebben met mannen (MSM) één of meerdere soa's werden gediagnosticeerd bij testen bij een van de 8 soa-centra van Nederland⁵ (bron: Thermometer Soa en Hiv). Bij heteroseksuelen is chlamydia, zoals al jaren het geval is, de meest voorkomende soa, gediagnosticeerd bij ruim tien procent van de heteroseksuele mannen en vrouwen. Daarnaast werd bij twee procent gonorroe vastgesteld, bij 0,2 procent syfilis en bij 0,1 procent Hiv. Bij MSM zijn chlamydia en gonorroe de meest voorkomende soa, beide werden bij ruim tien procent van de geteste personen vastgesteld. Daarnaast werd bij ruim vijf procent syfilis en bij drie procent Hiv vastgesteld.

Niet iedereen van de Nederlandse bevolking is getest en ook niet iedereen laat zich bij een van de soa-centra testen, waar de bovenstaande cijfers van afkomstig zijn. Eind jaren

⁵ De soa-centra zijn laagdrempelige instellingen, gecoördineerd door de GGD-en, waar mensen zich kosteloos, en desgewenst anoniem, kunnen laten testen op soa en Hiv. Deze zijn gevestigd in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Den Bosch, Maastricht, Nijmegen en Groningen.

tachtig, begin jaren negentig was ongeveer negen procent van de Nederlandse bevolking getest op soa's. Dit aandeel was veel lager dan in andere westerse landen. In 2005 was in Nederland 34 procent van de mannen en 37 procent van de vrouwen getest op soa's (Kuyper & de Haas, 2006). Van degenen die zich lieten testen werd 60,5 procent van de mannen en 61,4 procent van de vrouwen getest bij een uitgebreid lichamelijk onderzoek. Je laten testen op een soa is dus vaak geen bewuste keuze, dit blijkt bij slechts 15 procent het geval te zijn. Ongeveer 28 procent laat zich testen omdat ze lichamelijke klachten hebben (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006). Uit dit onderzoek blijkt dat 17 procent van degenen met losse partners en 11 procent van degenen met een vaste partner daadwerkelijk een soa hadden. Uit gegevens van de GGD blijkt het tegenovergestelde. Jongeren krijgen vaker een soa van een vaste vriend, dan van een losse partner (bron: www.vrijlekker.nl). Dit komt waarschijnlijk doordat men meer vertrouwen heeft in de vaste vriend dan in een losse partner, zodat men het gebruik van een condoom vaker achterwege laat, terwijl dit vertrouwen is gebaseerd op niet seksuele aangelegenheden (Ferrand & Snijders, 1997; Neefs, 2004).

Er worden verschillende redenen gegeven waarom men zich heeft laten testen op soa's. Vrouwen laten zich vaker testen omdat ze lichamelijke klachten hebben of omdat hun partner onveilige seks heeft gehad. Mannen laten zich vaker testen omdat ze zelf onveilige seks hebben gehad (Kuyper & de Haas, 2006). Verder zijn er ook verschillen in het testgedrag afhankelijk van de demografische kenmerken. Vrouwen in de leeftijdscategorie 19 tot 35 jaar en mannen in de leeftijdscategorie 35 tot 55 jaar laten zich vaker testen. Daarnaast blijkt het opleidingsniveau een positief effect te hebben op het testgedrag.

1.4. Onderzoeksvraag en probleemstelling

In eerdere onderzoeken worden de sociale determinanten achter seksueel risicogedrag beperkt besproken. Het betreft vaak beschrijvende studies, waarbij geen theorieën zijn te vinden voor het verklaren van seksueel risicogedrag. In plaats van alleen te beschrijven, ga ik in dit onderzoek op zoek naar verklaringen om verschillen in seksueel risicogedrag met betrekking tot de verschillende categorieën te verklaren. De vragen die ik in deze studie ga beantwoorden, zijn:

Box 1: Onderzoeksvragen

- 1) Welke verschillen zijn er in seksueel risicogedrag in Nederland anno 2008 afhankelijk van:
 - a) Opleidingsniveau
 - b) Leeftijd

- 2) Hoe kunnen de gevonden verschillen verklaard worden?

Uit eerdere onderzoeken blijken er al enige verschillen te bestaan in het seksueel risicogedrag afhankelijk van het opleidingsniveau. In dit onderzoek zullen deze verschillen verder onderzocht worden. Er blijken ook verschillen te bestaan afhankelijk van geslacht. Het geslacht zal niet worden meegenomen in de analyse, omdat deze verschillen een statistisch probleem zijn en waarschijnlijk zijn gebaseerd op rapportageverschillen tussen mannen en vrouwen. Hierop kom ik in paragraaf 2.3. terug. Als laatste wordt in dit onderzoek de verschillen die afhankelijk zijn van leeftijd onderzocht, als aanvulling op eerdere studies.

De verschillen naar seksueel risicogedrag zullen aan de hand van het Health Belief Model, de theorie van de beredeneerde actie, de theorie van gepland gedrag en de cognitieve dissonantietheorie verklaard worden. Deze geven kennis, risicoperceptie, socialisatie, subjectieve norm, gedragsintentie, gedragscontrole en het algemeen risicogedrag als verklaringen voor het seksuele risicogedrag. Daarnaast zoek ik een verklaring voor seksueel risicogedrag in het vertrouwen in anderen en het zelfbeeld van een persoon. Met behulp van deze theorieën zullen de verschillen in seksueel risicogedrag met betrekking tot de verscheidene categorieën verklaard worden.

Omdat er geen goede dataverzameling beschikbaar is waarmee het seksuele risicogedrag verklaard kan worden, heb ik zelf een onderzoek uitgevoerd naar het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008. Dit is uitgevoerd middels een internetenquête, die verspreid is via diverse sites en forums. Hierover leest u meer in hoofdstuk 3.

1.5. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

De eerdere onderzoeken in Nederland naar seksueel risicogedrag zijn beschrijvende studies. Zij bieden geen verklaringen voor het seksuele risicogedrag. Met dit onderzoek wordt een verklaring gezocht voor de verschillen tussen de verscheidene categorieën. Dit is een belangrijke stap vooruit in het wetenschappelijk onderzoek naar het seksuele gedrag.

Als het seksueel risicogedrag op specifieke punten verklaard kan worden, hebben de mensen achter de “vrij veilig campagnes” aanknopingspunten om de voorlichtingscampagnes te verbeteren. Dit kan het veilig vrijgedrag verder bevorderen, waardoor het aantal abortussen en soa’s teruggedrongen kan worden.

2. Theorieën en Hypothesen

2.1. Inleiding

Om het seksueel risicogedrag naar de verscheidene categorieën te verklaren, is het van belang om de determinanten achter gedrag te kennen. Internationaal zijn er theorievormingen omtrent gedrag ontstaan (De Wit, Breeman, Woertman, 2005). Met behulp van het Health Belief Model (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1966), Sociaal Cognitieve Theorieën (Bandura, 1986), Theorie van de beredeneerde actie (Ajzen & Fishbein, 1980), Theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1985) en het Information Motivation Behavior Skills model (Fisher & Fisher, 1992) probeerden onderzoekers in andere landen het veilig vrijgedrag te doorgronden (DiClemente & Peterson, 1994; Brown & Eisenberg, 1995; Fisher & Fisher, 1998). Deze sociaal cognitieve modellen gaan er vanuit dat cognities het gedrag sturen. Hiermee kan het seksuele gedrag en verschillen hierin tussen sociale categorieën verklaard worden. Deze theorieën worden dan ook gebruikt om voor de Nederlandse situatie hypothesen af te leiden over de verschillen in seksueel risicogedrag naar opleidingsniveau en leeftijd. Daarnaast verwacht ik dat er ook een aantal andere theorieën en factoren opgaan voor het verklaren van seksueel risicogedrag, zoals de cognitieve dissonantietheorie, het lichamelijk zelfbeeld en het vertrouwen in anderen. Met deze theorieën worden de verschillen in seksueel risicogedrag tussen de verscheidene sociale categorieën verklaard.

Allereerst wordt besproken wat onder seksueel risicogedrag wordt verstaan (§2.2.). Vervolgens worden de problemen bij het verklaren van seksueel risicogedrag naar geslacht besproken (§2.3.). In de daarop volgende paragrafen worden aan de hand van de verscheidene theorieën de verschillen in seksueel risicogedrag afhankelijk van het opleidingsniveau (§2.4.) en de leeftijd (§2.5.) verklaard en worden voorspellingen gedaan ten aanzien van het seksuele gedrag.

2.2. Seksueel risicogedrag

Bij het onderzoeken van seksueel risicogedrag, worden de primaire en secundaire preventie van soa's behandeld. De primaire preventie betreft het veilig vrijen door middel van het gebruik van een condoom en de secundaire preventie betreft het zich laten testen op soa's.

Bij de primaire preventie op soa's wordt gekeken naar het consequent condoomgebruik⁶ met de eerste partner en het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Er wordt ook gekeken naar het percentage consequent condoomgebruik over alle partners. Met deze drie afhankelijke variabelen wordt de primaire preventie op soa's gemeten.

⁶ Onder het consequent condoomgebruik, verstaan we het condoomgebruik gedurende de duur van de relatie. Wanneer men telkens een condoom heeft gebruikt met de partner, verstaan we dit als consequent condoomgebruik.

Daarnaast wordt de secundaire preventie op soa's onderzocht, door het analyseren wie zich getest hebben op soa's.

In box 2 staan de vier items vermeld waarmee we de primaire en secundaire preventie van soa's bekijken, deze meten tezamen het seksueel risicogedrag. Hoe lager het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner, het percentage consequent condoomgebruik over alle partners en de kans dat men is getest op soa's, des te hoger is het seksuele risicogedrag van een persoon.

Box 2: Het seksuele risicogedrag

Des te hoger het seksueel risicogedrag, des te:

- *lager de kans dat men consequent condooms heeft gebruikt met de eerste partner*
- *lager de kans dat men consequent condooms heeft gebruikt met de laatste partner*
- *lager het percentage consequent condoomgebruik over alle partners*
- *lager de kans dat men getest is op soa's en Hiv*

2.3. Problemen bij verklaringen naar geslacht

Er is al eerder beschreven dat vrouwen onveiliger vrijen dan mannen (Kuyper & de Haas, 2006; de Graaf, Meijer, Poelman, Vanwesenbeeck, 2006; Vanwesenbeeck, Bakker, van Fulpen, Paulussen, Poelman & Schaalma, 2003). Waar een kwart van de mannen aangeeft in het onderzochte half jaar alleen onveilige seks te hebben gehad met een losse partner, geeft de helft van de vrouwen aan hierbij nooit condooms te hebben gebruikt. Ook binnen vaste relaties geven meer mannen dan vrouwen aan condooms te gebruiken, respectievelijk 80 en 85 procent (Kuyper & de Haas, 2006). Maar vrouwen laten zich weer vaker testen op soa's in vergelijking met mannen, respectievelijk 37 en 34 procent.

De verschillen in condoomgebruik tussen mannen en vrouwen zijn een statistisch raadsel, gezien de gelijke percentages mannen en vrouwen in de Nederlandse bevolking (Vanwesenbeeck, 2004). Het is niet waarschijnlijk dat er in de steekproef sprake is van aan- of afwezigheid van bepaalde groepen respondenten, waardoor het condoomgebruik bij mannen hoger komt te liggen dan bij vrouwen, zoals bijvoorbeeld een onderrepresentatie van prostituees. Wel is het condoomgebruik onder homoseksuele mannen anders dan onder lesbische vrouwen, maar het is onwaarschijnlijk dat dit het verschil zou kunnen verklaren (Kuyper & de Haas, 2006).

Er zou dus sprake kunnen zijn van verschillen in rapporteren over veilig vrijgedrag door mannen en vrouwen. Kuyper & de Haas (2006) verwachten dat mannen en vrouwen een verschillende perceptie hebben van condoomgebruik. Meer mannen dan vrouwen vinden het vrijen met een condoom minder lekker en daardoor zien mannen meer de negatieve aspecten van het gebruik van een condoom, zodat ze de keren dat ze wel een condoom gebruiken beter onthouden. Bij vrouwen geldt het omgekeerde. Vrouwen schatten de risico's van onbeschermd seks hoger in (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006) en hebben

daardoor vaker geanticipeerde spijt dan mannen wanneer ze zonder condoom hebben gevreeën. Daarnaast zouden vrouwen ook vaker onveilige seks hebben op aandringen van de partner. Hierdoor zouden vrouwen onveilige seks beter onthouden. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom mannen vaker condoomgebruik rapporteren dan vrouwen.

Doordat er geen verschillen in veilig vrijgedrag tussen mannen en vrouwen kunnen bestaan, maar het waarschijnlijk rapportageverschillen betreft, kan er geen verklaringen geboden worden voor het verschil in seksueel risicogedrag tussen mannen en vrouwen. Op deze wijze worden de rapportageverschillen gemeten, in plaats van het daadwerkelijke seksuele risicogedrag. In de analyses zal echter wel op geslacht gecontroleerd worden.

2.4. Verschillen naar opleidingsniveau

2.4.1. Inleiding

Op grond van eerdere studies is bekend dat er enige verschillen in seksueel risicogedrag bestaan afhankelijk van het opleidingsniveau. Ik verwacht dat deze verschillen veroorzaakt worden door de verschillen in kennis, risicoperceptie, socialisatie, subjectieve norm, gedragscontrole, risicogedrag en lichamelijk zelfbeeld. De theorieën en hypothesen die de basis vormen voor deze verwachtingen worden in de volgende paragrafen besproken.

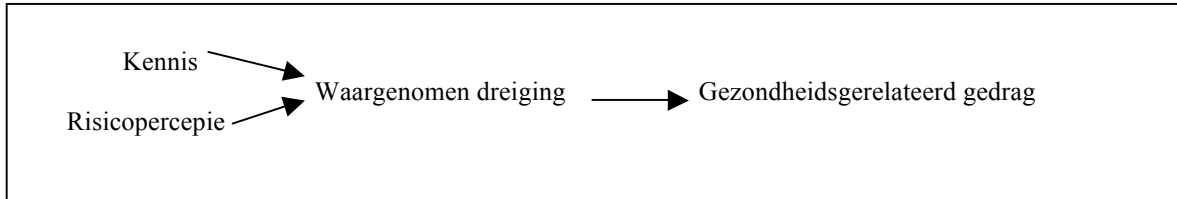
2.4.2. Verschillen in kennis en risicoperceptie

Over het algemeen is de kennis die men heeft over seksuele risico's voldoende te noemen (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006; Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006; Vanwesenbeeck, Bakker, Fulpen, Paulussen, Poelman & Schaalma, 2003). Hoger opgeleiden hebben meer kennis over seksuele risico's dan lager opgeleiden (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006; Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006). De verwachting is dat hoger opgeleiden meer algemene kennis hebben dan lager opgeleiden, sneller informatie oppikken, ook betreffende informatie over seksuele risico's.

Volgens het Health Belief Model (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1966) voorspelt de waargenomen dreiging van een bepaalde ziekte de waargenomen voordelen van preventief gedrag. Des te sterker de waargenomen dreiging die iemand ervaart, des te sterker zal iemands intentie zijn om zichzelf te beschermen. Voordat iemand daadwerkelijk overweegt zijn gedrag te veranderen om zijn gezondheid te beschermen, moet hij ervan overtuigd zijn dat hij met zijn huidige gedrag risico loopt om zijn gezondheid ernstige schade toe te brengen. Pas dan zal iemand de afweging maken om zijn gedrag al dan niet te veranderen. In figuur 3 zien we dat iemand zijn kennis over de gevaren van het betreffende gedrag voor de gezondheid en iemands risicoperceptie ten aanzien van de betreffende gevaren, de waargenomen dreiging voorspellen. Aan de hand van een kosten- en batenanalyse zal iemand besluiten of het aanbevolen gedrag hem inderdaad meer voor- dan nadelen oplevert. Daarbij houdt men dan ook rekening met de

mogelijke barrières die men kan ondervinden om zich het aanbevolen gedrag aan te meten.

Figuur 3: Het Health Belief Model



Als dit model wordt toegepast op seksueel risicogedrag, betekent het dat iemand eerst het idee moet hebben dat hij het risico loopt zwanger te worden of te worden besmet met een soa. Hiervoor heeft men kennis nodig over voortplanting, het oplopen van soa's en moet men de risico's hierop kennen. Wanneer men niet goed geïnformeerd is over seksuele risico's, zal men minder actie ondernemen betreffende veilig vrijen en het zich laten testen op soa's. Pas wanneer iemand de seksuele risico's voor de eigen gezondheid erkent, zal men veilig vrijen en wordt de kans om zich te laten testen op soa's groter, omdat men de kennis heeft dat het risico tot een besmetting op een soa bestaat.

Het hierboven beschreven Health Belief Model is gebruikt als voorspelling van Hiv preventief gedrag. Albarracin, Fishbein, Johnson & Muellerleile (2001) concluderen op basis van een meta-analyse van interventies die gebaseerd zijn op cognitief-gedragsmatige modellen dat interventies gericht op attitudes en vaardigheden over het algemeen wel een toename in condoomgebruik opleveren, maar interventies gericht op kennis niet. Uit "Seks onder je 25^{ste}" blijkt kennis een negatieve invloed te hebben op het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Dit is vreemd, maar mogelijk te verklaren doordat de relatie tussen kennis en condoomgebruik alleen voor het consequent condoomgebruik met de laatste partner is onderzocht. Interessanter zou het zijn wanneer kennis op meer vlakken zou zijn onderzocht, zoals bijvoorbeeld bij het percentage consequent condoomgebruik over alle partners en het soa-testgedrag. In "Veilig vrijen bij jongeren" wordt echter het omgekeerde gevonden. Hier blijkt kennis een positieve invloed te hebben op de intentie om condooms te gebruiken met een nieuwe partner (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006).

Naast de kennis, is ook de risicoperceptie van belang. Bij het meten van de risicoperceptie (het inschatten van de kans op soa's) verhoogt het toevoegen van een conditie (bijvoorbeeld: wanneer men onbeschermd seks zou hebben met een nieuwe partner) de voorspellende waarde (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Indien men deze kans hoger inschat, is de intentie om met nieuwe partners condooms te gebruiken hoger.

In box 3 en 4 zijn respectievelijk voor kennis en risicoperceptie de voorspellingen ten aanzien van het seksuele risicogedrag uiteen gezet. Zoals volgens het Health Belief

Model voorspeld wordt, wordt verwacht dat personen met meer kennis en een hogere risicoperceptie veiliger zullen zijn (respectievelijk wetmatigheid 1 en 2). Uit eerdere onderzoeken blijkt al dat hoger opgeleiden meer kennis hebben over de seksuele risico's (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006; Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006). Ik verwacht dat hoger opgeleiden meer kennis hebben over de seksuele risico's, doordat ze meer algemene kennis hebben en informatie uit de verschillende bronnen sneller oppikken dan lager opgeleiden (veronderstelling 1a). Dit geldt dus ook voor kennis over seksuele risico's. Daarnaast blijkt de risicoperceptie een grote rol te spelen binnen het Health Belief Model. Hier verwacht ik dat des te hoger het opleidingsniveau, des te hoger de risicoperceptie zal zijn (veronderstelling 2a). Hier kan uit worden afgeleid, dat hoger opgeleiden door meer kennis en een hogere risicoperceptie minder seksueel risicogedrag vertonen dan lager opgeleiden (respectievelijk explanandum 1a en 2a).

Wanneer er wordt gecontroleerd op het effect van kennis, verwacht ik dat naarmate lager opgeleiden eenzelfde kennisniveau hebben van de seksuele risico's als hoger opgeleiden, het effect van het opleidingsniveau zal afnemen (hypothese 1a). Doordat men hetzelfde kennisniveau heeft, zal men de risico's hetzelfde inschatten, zodat er vrijwel geen verschil is in het seksuele risicogedrag gemeten naar het opleidingsniveau. Ditzelfde verwacht ik ten aanzien van de risicoperceptie. Als er wordt gecontroleerd op het effect van de risicoperceptie, verwacht ik dat het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag afneemt (hypothese 2a).

Box 3: Deductief stelsel van de kennis van de seksuele risico's en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 1:</i>	<i>Des te meer kennis personen hebben over seksuele risico's, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 1a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te meer kennis men heeft over seksuele risico's.</i>
<i>Explanandum 1a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 1a:</i>	<i>Als we controleren op het effect van kennis, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

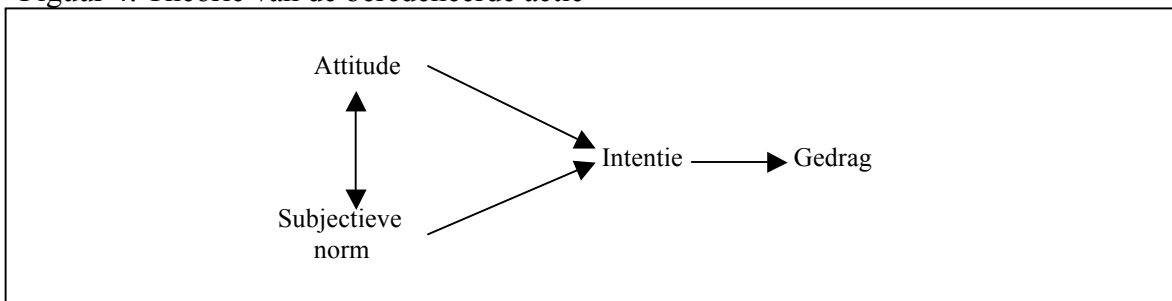
Box 4: Deductief stelsel van de risicoperceptie van de seksuele risico's en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 2:</i>	<i>Des te hoger de risicoperceptie op abortus en soa's van een persoon, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 2a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te hoger de risico-inschatting van abortus en soa's.</i>
<i>Explanandum 2a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 2a:</i>	<i>Als we controleren op het effect van de risicoperceptie op abortus en soa's, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

2.4.3. Verschillen in socialisatie en subjectieve norm

De algemeen heersende norm in Nederland is dat men veilig moet vrijen en van deze norm wordt ook in deze studie uitgegaan. Volgens de theorie van de beredeneerde actie (Ajzen & Fishbein, 1980) en de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1985, 1988) speelt de subjectieve norm een belangrijke rol bij de vorming van de attitude ten opzichte van bepaald gedrag, op de gedragsintentie en zo op het daadwerkelijke gedrag.

Figuur 4: Theorie van de beredeneerde actie



De intentie om bepaald gedrag uit te voeren, wordt gezien als de directe determinant van dat gedrag (Ajzen, 1985). In figuur 4 is te zien dat intenties voortkomen uit de persoonlijke factor (de attitude) en de sociale invloed (de subjectieve norm). De persoonlijke factor is de zelfevaluatie van een persoon tegenover bepaald gedrag. De sociale invloed, ofwel de subjectieve norm, is de perceptie over de sociale druk van die persoon; dus het gevoel dat hij bepaald gedrag juist wel of niet moet uitvoeren van zijn omgeving. Het verschilt per persoon welke van deze twee determinanten in hogere mate opgaat. Uit verschillende onderzoeken is al gebleken dat de theorie goed opgaat bij het voorspellen van rationeel gedrag (Singh, Leong, Tan & Wong, 1995; Slocombe, 1999; Bang, Ellinger, Hadjimarcou & Traichal, 2000; Myktyyn, & Harrison, 1993; Bagozzi, &

Baumgartner, & Yi, 1992). Ook blijkt de theorie ondersteuning te bieden bij het voorspellen van seksueel risicogedrag (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994).

Vanuit de subjectieve norm kan er een onderscheid gemaakt worden tussen de communicatie over het seksuele gedrag met ouders en met vrienden. Normen en waarden worden gevormd tijdens de jeugd, door de normen en waarden die je tijdens de socialisatieperiode meekrijgt van je ouders en vanuit school. Volgens de socialisatiehypothese (Chodorow, 1978) zijn verschillen in het huidige gedrag onder andere toe te schrijven aan verschillen in ervaringen tijdens de jeugd. Men is tijdens de adolescentie extra gevoelig voor uitingen uit de omgeving en dit blijft van invloed tijdens de rest van je leven. De communicatie met ouders over seksueel gedrag kan dus van invloed zijn op het latere seksuele gedrag van een persoon. Naast het bespreken van de seksuele risico's met ouders, speelt seksuele voorlichting op school een rol. De kennis die men hier verwerft, zal een blijvende positieve invloed hebben (zie Box 5; wetmatigheid 3).

Naast de invloed van de ouders tijdens de socialisatieperiode, kan de subjectieve norm gemeten worden aan de hand van communicatie met vrienden over seksuele risico's. Men communiceert waarschijnlijk vaker met vrienden over seksuele ervaringen en de risico's die hierbij komen kijken, dan dat men dit met de ouders zal doen. De norm van vrienden zal van invloed zijn op de eigen norm over veilig vrijgedrag en dit zal weer van invloed zijn op het daadwerkelijke seksuele gedrag (zie Box 6; wetmatigheid 4).

Lager opgeleide jongens en meisjes spreken vaker met hun ouders over seksualiteit dan hoger opgeleide jongens en meisjes (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Ook spreken lager opgeleide jongens hier meer over met vrienden dan hoger opgeleide jongens. Het opleidingsniveau heeft dus een negatief effect op het praten over seksualiteit. Maar daarentegen krijgen hoger opgeleiden meer informatie over seksualiteit via school. De verwachting is dat deze effecten zich ook in dit onderzoek voortdoen. Lager opgeleiden zijn in hun jeugd meer gesocialiseerd met veilig vrijen (veronderstelling 3a) en communiceren meer met vrienden over veilig vrijen (veronderstelling 4a). Dit zou tot gevolg hebben dat lager opgeleiden minder seksueel risicogedrag vertonen dan hoger opgeleiden (explanandum 3a en 4a).

Wanneer er echter wordt gecontroleerd op het effect van de socialisatie, ga ik er vanuit dat het effect van het opleidingsniveau op seksueel risicogedrag afneemt (hypothese 3a). Dit verwacht ik ook als we controleren op het effect van de subjectieve norm (hypothese 4a). Ook dan zal het effect van het opleidingsniveau op seksueel risicogedrag afnemen.

Box 5: Deductief stelsel van de socialisatie en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 3:</i>	<i>Des te meer men tijdens de socialisatie in zijn/haar omgeving communiceert over seksueel risicogedrag, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 3a:</i>	<i>Des te lager het opleidingsniveau, des te meer men tijdens de socialisatie communiceert over seksueel risicogedrag.</i>
<i>Explanandum 3a:</i>	<i>Des te lager het opleidingsniveau, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 3a:</i>	<i>Als we controleren op het effect van de communicatie over het seksuele risicogedrag tijdens de socialisatie, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

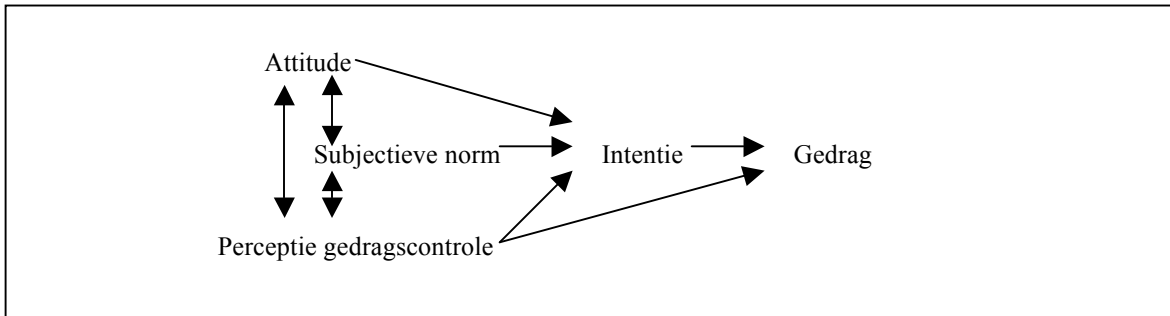
Box 6: Deductief stelsel van de subjectieve norm en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 4:</i>	<i>Des te meer men communiceert met vrienden over seksueel risicogedrag, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 4a:</i>	<i>Des te lager het opleidingsniveau, des te meer men communiceert met vrienden over seksueel risicogedrag.</i>
<i>Explanandum 4a:</i>	<i>Des te lager het opleidingsniveau, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 4a:</i>	<i>Als we controleren op het effect van de communicatie met vrienden over het seksueel risicogedrag, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

2.4.4. Verschillen in gedragscontrole

In zijn theorie van gepland gedrag heeft Ajzen (1985, 1988) zijn theorie van de beredeneerde actie uitgebreid. Volgens Ajzen (1988) zijn er namelijk drie determinanten die van invloed op intenties. De eerste twee zijn net als bij de theorie van beredeneerde actie de attitude ten opzichte van bepaald gedrag en de subjectieve norm. De determinant die hij bij de theorie van gepland gedrag heeft toegevoegd is de perceptie van gedragscontrole. Deze laatste determinant kan ook direct van invloed zijn op het gedrag (zie Figuur 5).

Figuur 5: Theorie van gepland gedrag



De gedragscontrole is de waargenomen moeite om bepaald gedrag te kunnen tonen. Er wordt aangenomen dat deze determinant beïnvloed wordt door eerdere ervaringen met het betreffende gedrag en te verwachte obstakels. In dit onderzoek zou het bijvoorbeeld gaan om het hebben van geslachtsgemeenschap terwijl er geen condooms bij de hand zijn of toch onveilige seks te hebben met een (nieuwe) partner die liever geen condooms gebruikt, terwijl ‘jij’ deze liever wel gebruikt. De theorie van gepland gedrag stelt dat des te positiever de attitude en de subjectieve norm ten opzichte van bepaald gedrag en hoe meer gevoel van controle men heeft over dat gedrag, hoe sterker de intentie zal zijn om het gedrag dan ook daadwerkelijk te vertonen. Wanneer iemand denkt weinig kans te hebben om bepaald gedrag te vertonen of te weinig bronnen of middelen hiertoe heeft, dan zal diegene niet snel sterke intenties tot dat gedrag hebben. Dit gaat ook op wanneer men een positieve houding ten opzichte van dat gedrag heeft en denkt dat er ook een positief heersende subjectieve norm is (Ajzen, 1988). Gedragscontrole speelt dus een grote rol in het uitvoeren van gedrag. Het uitvoeren van het gedrag hangt niet alleen af van de motivationele factoren, maar ook van de controle over het gedrag.

In box 7 zijn de voorspellingen uiteen gezet ten aanzien van de gedragscontrole op het seksueel risicogedrag. De verwachting is dat personen met een hogere gedragscontrole, veiliger zullen vrijen dan personen met een lage gedragscontrole (wetmatigheid 5). In het onderzoek “seks onder je 25^{ste}” is de respondenten gevraagd of ze wel eens zijn overgehaald om seks te hebben. Hier blijken lager opgeleiden (O.R.: 1,00) vaker overgehaald te worden tot seks dan hoger opgeleiden (O.R.: 0,63) (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Ze hebben hun seksuele gedrag dus minder onder controle. Lager opgeleiden lijken dus makkelijker beïnvloedbaar te zijn dan hoger opgeleiden. Ik verwacht dat dit effect ook in dit onderzoek zal optreden (veronderstelling 5a). Dit zou erop neerkomen dat des te hoger het opleidingsniveau is, des te lager het seksueel risicogedrag zal zijn (explanandum 5a).

Ik verwacht dat de gedragscontrole een deel van het effect van het opleidingsniveau weg zal verklaren. Door het controleren voor het effect van gedragscontrole, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner (hypothese 5a).

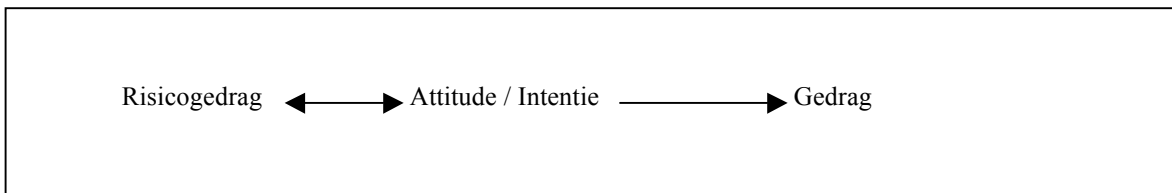
Box 7: Deductief stelsel van de gedragscontrole en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 5:</i>	<i>Des te hoger de gedragscontrole van een persoon, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 5a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te hoger de gedragscontrole.</i>
<i>Explanandum 5a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 5a:</i>	<i>Als we controleren op het effect van gedragscontrole, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

2.4.5. Verschillen in risicogedrag

Het is bekend dat je van onbeschermd seks een soa kan oplopen, maar toch vrijt men vaak onveilig. Men neemt met dit gedrag een risico en zo zijn er meer gedragingen waar men risico's mee neemt, terwijl men weet dat dit gedrag negatieve gevolgen kan hebben, zoals roken, overmatig drinken, onveilig rijgedrag of gokken. Volgens de cognitieve dissonantie theorie proberen we onze gevoelens, intenties en gedragingen in overeenstemming te brengen (Festinger, 1957). Hierbij worden cognities die niet in overeenstemming met elkaar zijn, wel in overeenstemming met elkaar gebracht. Zo weet men bijvoorbeeld wel dat roken slecht is, maar dat wordt weer in overeenstemming gebracht met het idee dat als je niet te veel rookt, het best meevalt voor je gezondheid. Zo praat men het risicogedrag voor zichzelf weer goed (zie Figuur 6).

Figuur 6: Theorie van risicogedrag



Ik verwacht dat er een samenhang bestaat tussen de verschillende risicogedragingen, waardoor men op meer terreinen risicogedrag vertoont. Dit blijkt ook uit onderzoek van het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (1998). Jongeren die risicogedrag vertonen, hebben dit in verschillende vormen en op verschillende terreinen (bron: ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport). Zo bestaat er misschien in min of meerdere mate een aanleg voor cognitieve dissonantie. Zo zal iemand met meer aanleg voor cognitieve dissonantie meer gedragingen voor zichzelf goedpraten. Men weet dat de gedragingen gevaarlijk kunnen zijn, maar men past de risicopercepties van deze gedragingen aan, zodat men denkt zelf een kleinere kans op de negatieve gevolgen te

hebben. Ik verwacht dat naarmate men meer risico in het leven neemt zoals roken, overmatig drinken en gevaarlijk rijgedrag, deze personen ook meer risico's zullen nemen op seksueel gebied. Dus naarmate men meer 'algemeen' risicogedrag vertoont, zal ook het seksuele risicogedrag hoger liggen (zie Box 8; wetmatigheid 6).

Als er wordt gekeken naar verschillen in risicogedrag van de Nederlandse bevolking gemeten naar het opleidingsniveau, blijkt dat 37 procent van de vbo-ers rookt, tegen 22 procent van de hbo/wo-ers en behoren 15 procent van de vbo-ers tot de zware drinkers tegen 10 procent van de hbo/wo-ers (bron: CBS, 2006). Ook zijn deze verschillen te zien bij jongeren. Lager opgeleiden roken vaker, zijn vaker ooit dronken geweest en hebben vaker cannabis gebruikt dan hoger opgeleiden (ter Bogt, van Dorsselaer & Vollebergh, 2003). Ook qua rijgedrag bestaan er verschillen tussen hoger en lager opgeleiden. Hoger opgeleiden dragen vaker een gordel dan lager opgeleiden (Eversdijk, Bos, Jessurun & Vissers, 2000). Daarnaast gokken lager opgeleiden vaker. Het opleidingsniveau onder gokverslaafden varieert tussen het lbo en mbo niveau (Meulenbeek & Gorter, 1996). Ik ga er dan ook vanuit dat lager opgeleiden meer algemeen risicogedrag vertonen (veronderstelling 6a). Als men over het algemeen meer risico's neemt, zal men ook meer risico's op het gebied van seks nemen. Dus des te lager het opleidingsniveau, des te hoger zal het seksuele risicogedrag zijn (explanandum 6a).

Wanneer er wordt gecontroleerd op het effect van de andere risicogedragingen, verwacht ik dat het effect van het opleidingsniveau zal afnemen. De andere risicogedragingen zullen dus een deel van het opleidingsniveau wegverklaren (hypothese 6a).

Box 8: Deductief stelsel van het algemene risicogedrag en seksueel risicogedrag

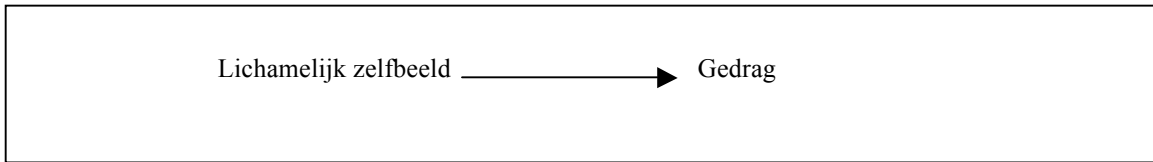
<i>Wetmatigheid 6:</i>	<i>Des te meer algemeen risicogedrag men vertoont, des te hoger het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 6a:</i>	<i>Des te lager het opleidingsniveau, des te meer algemeen risicogedrag men vertoont.</i>
<i>Explanandum 6a:</i>	<i>Des te lager het opleidingsniveau, des te hoger het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 6a:</i>	<i>Als we controleren op het effect van het algemene risicogedrag, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

2.4.6. Verschillen in zelfbeeld

Enkele studies brengen een gebrek aan seksuele assertiviteit en inconsistent condoomgebruik in verband met een geobjectiveerd beeld van het eigen lichaam bij meisjes (de Graaf, Höing, Zaagsma & Vanwesenbeeck, 2007). In dit artikel wordt beschreven dat, deels op basis van klinische evidentie, een lage lichaamswaardering tijdens de adolescentie in verband gebracht met seksuele problemen in het volwassen

leven. Meisjes die ontevreden zijn over hun eigen lichaam zouden later met masturberen starten, minder orale seks krijgen (maar het niet minder geven) en/of minder interesse tonen in de fysieke aspecten van seksualiteit. Geconcludeerd wordt dat zelfobjectivering en schaamte over het eigen lichaam personen kunnen belemmeren in het realiseren of zelfs maar erkennen van eigen seksuele wensen of plezier. Dit zal dan ook zijn invloed hebben op het condoomgebruik. Als men bij seks al minder eisen durft te stellen bij de partner, dan zal men het gebruik van condooms ook minder goed durven aan te kaarten. Wanneer men een lager lichamenlijk zelfbeeld heeft zal het seksuele risicogedrag hoger liggen (zie Figuur 7; zie Box 9; wetmatigheid 7).

Figuur 7: Theorie van lichamenlijk zelfbeeld



Het nastreven van een bepaald schoonheidsideaal maakt dat mensen onzeker worden over hun eigen lichaam. Bij het nastreven van het Westerse schoonheidsideaal, zijn meer problemen te zien bij hoger- dan bij lager opgeleiden. Er zijn namelijk meer hoger opgeleiden met eetstoornissen zoals anorexia, dan onder lager opgeleiden (bron: rivm). Dit zou misschien verklaard kunnen worden doordat hoger opgeleiden een hogere prestatiedruk voelen, niet alleen qua cognitief presteren, maar ook om zichzelf goed te presenteren. Ik verwacht op basis hiervan dat hoger opgeleiden een lager zelfbeeld hebben dan lager opgeleiden (veronderstelling 7a). Op basis hiervan wordt verondersteld dat hoger opgeleiden meer seksueel risicogedrag vertonen dan lager opgeleiden (explanandum 7a).

Wanneer er wordt gecontroleerd voor het effect van het lichamenlijke zelfbeeld, verwacht ik dat het effect van het opleidingsniveau op seksueel risicogedrag afneemt (hypothese 7a). Het verschil in seksueel risicogedrag tussen de lager opgeleiden en de hoger opgeleiden zal volgens de voorspellingen kleiner worden.

Box 9: Deductief stelsel van het lichamenlijk zelfbeeld en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 7:</i>	<i>Des te lager het lichamenlijk zelfbeeld van een persoon, des te hoger het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 7a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te lager het lichamenlijk zelfbeeld van een persoon.</i>
<i>Explanandum 7a:</i>	<i>Des te hoger het opleidingsniveau, des te hoger het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 7a:</i>	<i>Als we controleren op het effect van een lager lichamenlijk zelfbeeld, wordt het effect van het opleidingsniveau op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

2.4.7. Voorspellingen ten aanzien van het opleidingsniveau

Met behulp van de verschillende theorieën zijn 7 hypothesen opgesteld aangaande voorspellingen ten aanzien van het effect van opleidingsniveau op seksueel risicogedrag. De voorspellingen welke categorieën van het opleidingsniveau veiliger vrijen lopen twee kanten uit. Volgens de hypothesen die voorspellingen doen over de kennis, de risicoperceptie, de gedragscontrole en het algemene risicogedrag verwacht ik dat hoger opgeleiden minder seksueel risicogedrag vertonen dan de lager opgeleiden. Op basis van de hypothesen met betrekking op de socialisatie, de subjectieve norm en het lichamenlijk zelfbeeld verwacht ik het omgekeerde. Uit de theorieën hieromtrent wordt juist verwacht dat lager opgeleiden veiliger zullen vrijen dan hoger opgeleiden.

In de eerdere onderzoeken naar het seksuele risicogedrag zijn geen eenduidige resultaten gevonden wat betreft verschillen in het seksuele risicogedrag ten aanzien van het opleidingsniveau. Wanneer deze wel worden gevonden, dan betreft het dat lager opgeleiden onveiliger vrijen (zie §1.2.2.). Op basis van de verschillende behandelde theorieën zijn er voorspellingen gedaan waarbij verwacht wordt dat of de lager of de hoger opgeleiden meer seksueel risicogedrag vertonen (zie Explananda 1a tot en met 7a). In de analyses zal naar voren komen of en in welke richting de verschillen in het opleidingsniveau zijn. Ik verwacht echter wel dat alle items besproken in de hypothesen zullen bijdragen aan het afnemen van het effect van opleidingsniveau op seksueel risicogedrag (zie Hypothesen 1a tot en met 7a). Al deze items zullen een deel van het opleidingseffect verklaren, waardoor de verschillen tussen lager en hoger opgeleiden kleiner zullen worden.

2.5. Verschillen naar leeftijd

2.5.1. Inleiding

Naast de verschillen in seksueel risicogedrag ten aanzien van het opleidingsniveau, worden ook de verschillen in seksueel risicogedrag ten aanzien van leeftijd onderzocht. Ik verwacht dat deze verschillen veroorzaakt worden door verschillen in kennis, risicoperceptie, socialisatie en subjectieve norm. De theorieën en hypothesen hieromtrent zullen in de volgende paragrafen besproken worden.

2.5.2. Verschillen in kennis en risicoperceptie

De vrij veilig campagnes lopen sinds 1987 (bron: Hiv vereniging Nederland). Deze campagnes zorgen voor een grotere kennis van seksuele risico's en kennis over hoe men veilig moet vrijen. Met de vrij veilig campagnes zijn ook de seksuele voorlichtingen op scholen toegenomen. Nu besteden ongeveer alle middelbare scholen aandacht aan dit onderwerp, bijvoorbeeld via biologie- of verzorgingslessen. Dit was vroeger minder gebruikelijk. Door de toenemende aandacht voor seksuele voorlichting hebben de nieuwe generaties meer kennis over de seksuele risico's.

In paragraaf 2.4.2. is besproken dat meer kennis er volgens het Health Belief Model toe leidt dat men meer preventief gedrag zal vertonen. Door de toenemende seksuele voorlichting op scholen, zullen jongeren meer kennis hebben over de seksuele risico's. In paragraaf 2.4.2. is besproken dat hoe meer kennis men heeft over de seksuele risico's, hoe minder seksueel risicogedrag men zal vertonen (zie Box 10; wetmatigheid 1). Doordat de seksuele voorlichting door middel van campagnes en via voorlichting op scholen is toegenomen, verwacht ik dat de kennis over seksuele risico's groter is, naarmate men jonger is (veronderstelling 1b). Dit zou dan tot gevolg hebben dat jongeren veiliger zullen vrijen dan ouderen (explanandum 1b).

Wat hierboven voor de kennis is beschreven, verwacht ik ook voor de risicoperceptie. Doordat men meer kennis heeft over de seksuele risico's, zal men ook een hogere risicoperceptie hebben ten aanzien van het oplopen van soa's. Een hogere risicoperceptie zal samen gaan met veiliger vrijgedrag (zie Box 11; wetmatigheid 2). De jongeren zullen doordat ze meer voorlichting hebben gehad over veilig vrijen een hogere risicoperceptie hebben (veronderstelling 2b). Hierdoor verwacht ik dat jongeren veiliger zullen vrijen dan ouderen (explanandum 2b).

Wanneer er gecontroleerd wordt voor het effect van kennis, verwacht ik dat naarmate ouderen een zelfde kennisniveau hebben van de seksuele risico's als jongeren, het effect van leeftijd zal afnemen (hypothese 1b). Doordat ze hetzelfde kennisniveau hebben, zullen ze de risico's hetzelfde inzien, zodat er vrijwel geen verschil meer is in het seksuele risicogedrag ten aanzien van leeftijd. Wanneer we controleren voor het effect van de risicoperceptie, verwacht ik dat het effect van leeftijd op de kans op seksueel risicogedrag afneemt (hypothese 2b).

Box 10: Deductief stelsel van de kennis van de seksuele risico's en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 1:</i>	<i>Des te meer kennis personen hebben over de seksuele risico's, des te lager het seksueel risicogedrag</i>
<i>Veronderstelling 1b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te meer kennis men heeft over de seksuele risico's.</i>
<i>Explanandum 1b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 1b:</i>	<i>Als we controleren op het effect van kennis, wordt het effect van leeftijd op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

Box 11: Deductief stelsel van de risicoperceptie van de seksuele risico's en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 2:</i>	<i>Des te hoger de risicoperceptie op abortus en soa's van een persoon, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 2b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te hoger de risicoperceptie op abortus en soa's.</i>
<i>Explanandum 2b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 2b:</i>	<i>Als we controleren op het effect van de risicoperceptie op abortus en soa's, wordt het effect van leeftijd op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

2.5.3. Verschillen in socialisatie en subjectieve norm

Volgens de theorie van de beredeneerde actie (Ajzen & Fishbein, 1980) en de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1985, 1988) speelt de subjectieve norm een belangrijke rol bij de vorming van de attitude ten opzichte van bepaald gedrag, op de gedragsintentie en zo op het daadwerkelijke gedrag. De subjectieve norm van de omgeving heeft een invloed op de eigen intentie en gedrag. Bij de subjectieve norm wordt onderscheid gemaakt tussen de socialisatieperiode en de huidige communicatie met vrienden over seksueel risicogedrag (de subjectieve norm) (zie §2.4.3.).

Zoals besproken in paragraaf 2.4.3. blijkt dat hoe meer men is gesocialiseerd met het onderwerp seksueel risicogedrag, hoe minder seksueel risicogedrag men zal vertonen (zie Box 12; wetmatigheid 3). Er wordt aangenomen dat het tegenwoordig normaler is om over seks en seksuele risico's te praten dan vroeger. Jongeren zullen tegenwoordig deze onderwerpen dan ook vaker met hun ouders bespreken en ze hebben vaker seksuele voorlichting gehad op school dan dat dit bij de ouderen het geval is. De jongeren zullen dan ook meer gesocialiseerd zijn met het onderwerp seksueel risicogedrag dan ouderen (veronderstelling 3b). Op basis hiervan ga ik er vanuit dat jongeren minder seksueel risicogedrag vertonen (explanandum 3b). Wanneer er echter gecontroleerd wordt voor het

effect van het gesocialiseerd zijn met veilig vrijen, verwacht ik dat het effect van leeftijd op seksueel risicogedrag zal afnemen (hypothese 3b).

Doordat jongeren meer zijn gesocialiseerd met het onderwerp veilig vrijen dan ouderen, verwacht ik dat zij dit onderwerp ook makkelijker en meer zullen bespreken met vrienden: de subjectieve norm (zie Box 13; veronderstelling 4b). Hoe meer men spreekt met vrienden over seksueel risicogedrag, hoe groter de invloed van de subjectieve norm zal zijn en hoe minder seksueel risicogedrag men vertoont (wetmatigheid 4). Hieruit leid ik af dat jongeren veiliger vrijen dan ouderen (explanandum 4b). Wanneer er wordt gecontroleerd voor het effect van de subjectieve norm, verwacht ik dat het effect van leeftijd op seksueel risicogedrag kleiner wordt (hypothese 4b). De subjectieve norm zal een deel van het leeftijdseffect weg verklaren.

Box 12: Deductief stelsel van de socialisatie en seksueel risicogedrag

<i>Wetmatigheid 3:</i>	<i>Des te meer men tijdens de socialisatie in zijn/haar omgeving communiceert over seksueel risicogedrag, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 3b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te meer men tijdens de socialisatie communiceert over seksueel risicogedrag.</i>
<i>Explanandum 3b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 3b:</i>	<i>Als we controleren op het effect van de communicatie over het seksuele risicogedrag tijdens de socialisatie, wordt het effect van leeftijd op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

Box 13: Deductief stelsel van de subjectieve norm

<i>Wetmatigheid 4:</i>	<i>Des te meer men met momenteel communiceert over seksueel risicogedrag, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Veronderstelling 4b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te meer men momenteel communiceert over seksueel risicogedrag.</i>
<i>Explanandum 4b:</i>	<i>Des te jonger men is, des te lager het seksueel risicogedrag.</i>
<i>Hypothese 4b:</i>	<i>Als we controleren op het effect van de huidige communicatie over het seksuele risicogedrag, wordt het effect van leeftijd op de kans op seksueel risicogedrag kleiner.</i>

2.5.4. Voorspellingen ten aanzien van leeftijd

De verwachting bij alle explananda is dat jongeren minder seksueel risicogedrag vertonen dan ouderen. De verschillen die hierbij gemeten worden betreffen cohorteffecten, omdat de verschillen die naar leeftijd gemeten worden niet veroorzaakt worden door de leeftijd die men heeft, maar door verschillen in de jeugd, zoals verschillen in educatie en socialisatie. In de vier opgestelde hypothesen verwacht ik dat de effecten van kennis, risicoperceptie, socialisatie en de subjectieve norm zullen bijdragen aan een afname van het leeftijdseffect op seksueel risicogedrag. Wanneer voor deze items gecontroleerd wordt, zullen de verschillen naar leeftijd kleiner worden.

Voor het opleidingsniveau zijn meer hypothesen opgesteld dan voor leeftijd. Ten aanzien van de gedragscontrole, algemeen risicogedrag en het lichamelijk zelfbeeld verwacht ik geen verschillen naar leeftijd. Hier zijn dan ook geen hypothesen voor opgesteld. In de analyses zal voor deze items wel gecontroleerd worden om te kijken of er een invloed van uitgaat op het leeftijdseffect.

2.6. Voorspellingen betreffende seksueel risicogedrag

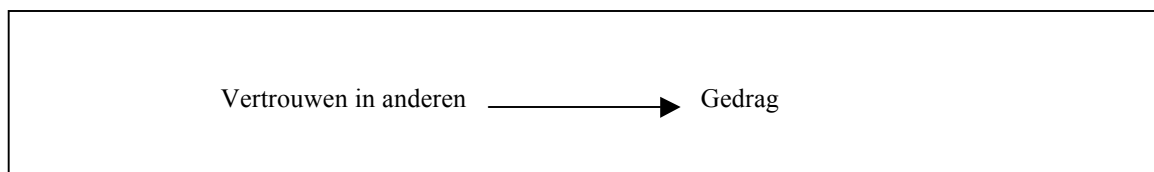
In de vorige paragrafen zijn verklaringen gegeven hoe het seksueel risicogedrag tussen de categorieën verklaard kan worden. Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende theorieën. Niet elke theorie wordt gebruikt bij het verklaren voor de verschillen naar leeftijd, wel bij het verklaren van de verschillen naar opleidingsniveau.

Daarnaast zijn er theorieën over vertrouwen en over het voorspellen van de attitude en gedragsintentie. Ik verwacht dat deze theorieën wel het seksuele risicogedrag verklaren, maar niet dat er verschillen tussen de categorieën betreffende het seksuele risicogedrag optreden. Er zal alleen voor deze items gecontroleerd worden om te kijken of deze theorieën wel opgaan voor de verklaring van seksueel risicogedrag. Deze theorieën worden in de volgende twee paragrafen besproken.

2.6.1. Theorie van vertrouwen

Een van de meest aangegeven redenen waarom men geen condooms gebruikt, of waarom men zich niet heeft laten testen, is dat men aangeeft vertrouwen te hebben in de ander (Kuyper, Bakker & Zimbile, 2006; Kuyper & de Haas, 2006; de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Dit geldt niet alleen voor personen die (net) een vaste relatie hebben, maar ook voor degenen met losse partners.

Figuur 8: Theorie van vertrouwen



Dit vertrouwen is gebaseerd op niet-seksuele aangelegenheden. Sekspartners die bijvoorbeeld vooraf deel uitmaakten van het vriendennetwerk, worden gemakkelijker als veilig beschouwd, terwijl het gestelde vertrouwen op andere aangelegenheden is gebaseerd (Ferrand & Snijders, 1997; Neefs, 2004). Of men inderdaad vaker onbeschermd seks heeft met bekenden, is nog niet eerder voor de Nederlandse situatie onderzocht. Ik verwacht net als Ferrand & Snijders (1997) en Neefs (2004) dat wanneer men geslachtsgemeenschap heeft met een bekende, de kans op onveilig vrijgedrag groter is dan wanneer men geslachtsgemeenschap heeft met een onbekende (zie Figuur 8; zie Box 14; wetmatigheid 8).

Box 14: Voorspellingen ten aanzien van de theorie van vertrouwen en seksueel risicogedrag

Wetmatigheid 8: Wanneer men geslachtsgemeenschap heeft met een goede bekende, des te groter de kans op seksueel risicogedrag.

2.6.2. Theorieën over attitude en intentie

Volgens de theorie van de beredeneerde actie en theorie van gepland gedrag zijn de attitude en de intentie van invloed op het verklaren van gedrag. De intenties zijn een functie van de attitude en de sociale invloed. De attitude ten opzichte van bepaald gedrag heeft een sterke invloed op de intentie om bepaald gedrag wel of niet uit te voeren. De intentie wordt weer gezien als een directe determinant van gedrag (Ajzen, 1985).

Uit eerdere onderzoeken naar seksueel risicogedrag is gebleken dat de attitude de sterkste voorspeller is van de intentie tot bepaald seksueel gedrag (Bergh & Von Sandfort, 2000). Er bestaat kritiek op de sociaal-cognitieve modellen betreffende het voorspellen van het daadwerkelijke gedrag. Er blijkt een grote discrepantie te bestaan tussen de gedragsintentie en het daadwerkelijke gedrag. Uit meta-analyse van Sheeran (2002) blijkt dat 47 procent van de deelnemers met positieve gedragsintenties falen het intentionele gedrag uit te voeren. Uit eerder onderzoek blijken geslacht, opleidingsniveau, leeftijd en eigen effectiviteit voor intentie ongeveer 60 procent het condoomgebruik te verklaren, terwijl dit voor het daadwerkelijke gedrag 33 procent is. Er bestaat dus een grote discrepantie tussen de intentie en het daadwerkelijke gedrag (de Wit, Breeman & Woertman, 2005).

Door de sterke samenhang tussen de attitude en de intentie en de grote discrepantie tussen de intentie en het daadwerkelijke gedrag, kunnen in kader van dit onderzoek geen voorspellingen gedaan worden met de attitude en de intentie om de verschillen tussen de categorieën te verklaren. We controleren alleen voor de gedragsintentie. Ik verwacht dat een positieve gedragsintentie een positieve invloed heeft op het veilig vrijgedrag (zie Box 15; wetmatigheid 9).

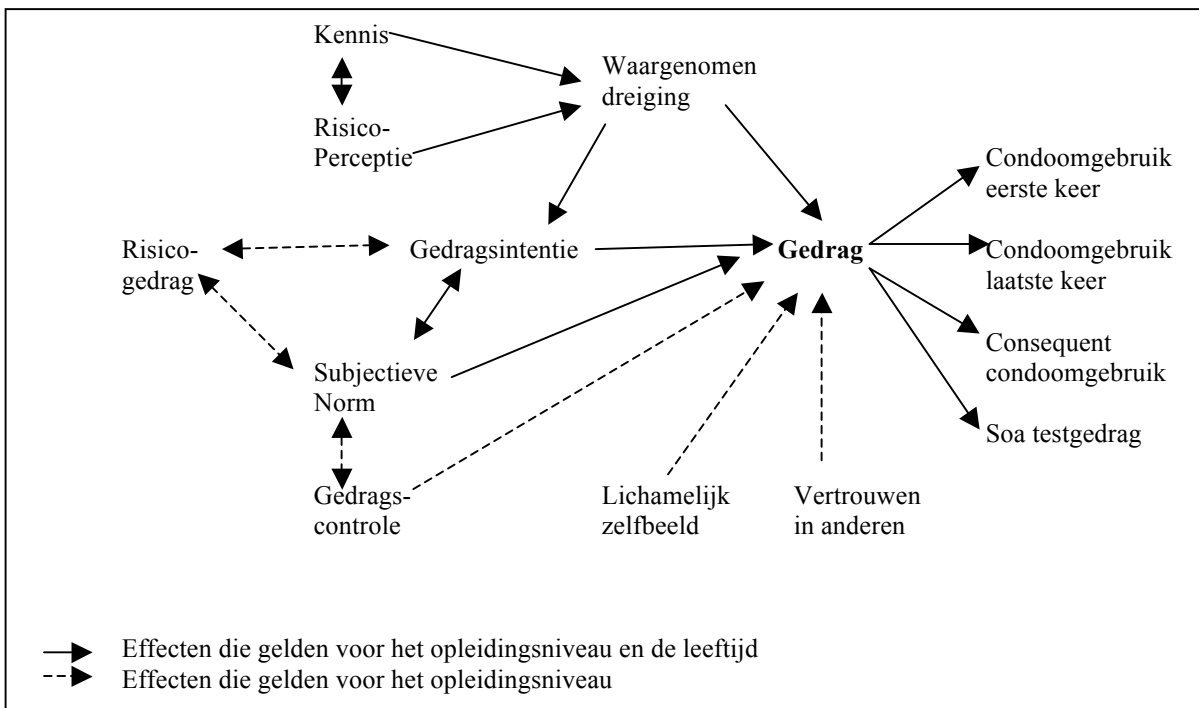
Box 15: Voorspellingen ten aanzien van de theorieën over attitude en intentie en seksueel risicogedrag

Wetmatigheid 9: Des te hoger de gedragsintentie ten aanzien van het veilig vrijgedrag, des te lager het seksueel risicogedrag.

2.6.3. Theoretisch model seksueel risicogedrag

Ik heb alle theorieën die in dit onderzoek gebruikt zijn bij het voorspellen van seksueel risicogedrag in een theoretisch model verwerkt. In figuur 9 staat het theoretische model weergegeven. In het model zijn het Health Belief Model, de theorie van de beredeneerde actie, de theorie van gepland gedrag en de cognitieve dissonantiethorie opgenomen. Als aanvulling op deze theorieën zijn ook het lichamenlijk zelfbeeld en het vertrouwen in anderen opgenomen als verklaring van seksueel risicogedrag.

Figuur 9: Theoretisch model seksueel risicogedrag afhankelijk van het opleidingsniveau en de leeftijd



In het model zijn ook de voorspelde effecten voor het opleidingsniveau en leeftijd meegenomen. Voor het opleidingsniveau is de verwachting dat alle theorieën opgaan bij het voorspellen van seksueel risicogedrag. Voor leeftijd verwacht ik dat het Health Belief Model, de theorie van de beredeneerde actie en de theorie van gepland gedrag opgaan. In het volgende hoofdstuk worden de items geoperationaliseerd, waarmee het model kan worden getoetst.

3. Data en Operationalisering

3.1. Inleiding

Omdat er geen goede data voorhanden zijn, heb ik voor het onderzoek zelf data verzameld. Door het opstellen van een enquête die via het internet is verspreid, is de informatie van 1341 respondenten verzameld betreffende hun seksuele gedrag. Hiermee kunnen de hypothesen uit het vorige hoofdstuk getoetst worden en zal blijken of deze voorlopig kunnen worden aangenomen of dat deze weerlegd dienen te worden.

Allereerst zal de enquête besproken worden (§3.2.), gevolgd door de wijze van dataverzameling (§3.3.), respons (§3.4.) en representativiteit (§3.5.). In de operationalisatie zal ik de te gebruiken onderwerpen in de analyse bespreken (§3.6.).

3.2. Enquête ‘Het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008’

Voor het verzamelen van de data is de enquête ‘Het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008’ opgesteld, die inzicht moet geven in het seksuele risicogedrag van Nederlanders. Hierbij zijn vragen en stellingen aan de respondenten voorgelegd betreffende hun kennis over veilig vrijen en soa's, hun risico-inschatting op het oplopen van soa's, algemene vragen over de respondent zijn seksuele leven en relaties, veilig vrijgedrag, intentie tot veilig vrijgedrag, testen op soa's, communicatie over veilig vrijen, waardering van het eigen lichaam, algemeen risicogedrag en algemene vragen als opleidingsniveau, etniciteit en religie. De enquête is toegevoegd in bijlage A.

In totaal bestaat de enquête uit 78 vragen. Doordat niet alle vragen op alle respondenten van toepassing zijn, werden er aan de respondenten tussen de 27 en 75 vragen voorgelegd. Een deel van de vragen is afgeleid uit het onderzoek “Seks onder je 25^{ste}” (de Graaf, Meijer, Poelman, Vanwesenbeeck, 2006). Zij hebben in 2005 een grootschalig onderzoek gedaan naar het seksuele gedrag onder jongeren en een aantal vragen van dit onderzoek was bruikbaar voor de enquête.

3.3. Dataverzameling

Voor het verspreiden van de enquête is allereerst een website (www.mariekepostulart.nl) aangemaakt waar informatie over het onderzoek en de link naar de enquête waren te vinden. Twee bedrijven hebben mij hierbij geholpen. Postul-Art heeft de website ontworpen en via Klik-Ok is de internetenquête online gezet. Daarnaast heeft Leon ter Linden Concepts ook een site gemaakt waar alle ingevulde enquêtes in verwerkt zijn en geïmporteerd konden worden naar diverse statistische programma's als Microsoft Excel en SPSS. Zij hebben er tevens voor gezorgd dat de namen, adresgegevens en ip-adressen van de respondenten losgekoppeld werden van de vragen die de respondenten ingevuld hebben, zodat de enquête geheel anoniem is en niet aan personen of ip-adressen gekoppeld kan worden. De enquête heeft tussen 22 maart en 1 mei 2008 online gestaan.

Om mensen te motiveren de enquête in te vullen, zijn onder de respondenten zeven Durex Play Pakketten verloot. Hiervoor is gekozen omdat dit cadeau aan het onderwerp is gerelateerd en het mensen nieuwsgierig maakt naar het onderzoek. Dit heeft er voor gezorgd dat de enquête een succes is geworden en door veel mensen in een kort tijdsbestek is ingevuld. Er waren veel positieve reacties te lezen bij de opmerkingen en mailings van de respondenten. In totaal hebben 1042 respondenten zich aangemeld om kans te maken op het Durex Play Pakket.

De enquête is verspreid via diverse sites zoals Hyves, gratis-sites, datingsites en via diverse forums, zoals van Fok en Partyflock. Een totaaloverzicht van de websites waar de enquête geplaatst is, vindt u in Bijlage B. Er is gekozen voor deze websites, om zoveel mogelijk verschillende soorten mensen te bereiken. Bijvoorbeeld ook sites die specifiek gericht zijn op bepaalde categorieën om zo alle bevolkingsgroepen voldoende dekkend te krijgen, zodat over alle categorieën uitspraken gedaan kunnen worden.

Naast het plaatsen van advertenties en oproepen op websites, zijn de zoekwoorden voor de zoekmachines geoptimaliseerd. De zoekwoorden zijn ingesteld op enquête, onderzoek, scriptie, veilig vrijen, beschermde seks, seks, seksualiteit, condoom, condooms, anticonceptie, pil, soa, zwangerschap, Hiv, abortus, soa-test en Hiv-test. Wanneer mensen op een van deze woorden zochten, kwamen ze ook bij de enquête uit via de diverse zoekmachines.

3.4. Respons

In totaal zijn er 2036 personen de enquête gestart. Hiervan hebben 695 (34,1%) personen de enquête voortijdig afgebroken. Van de non-respons haakt eenderde af in het begin van de enquête bij de kennisvragen. Ik verwacht dat zij zijn afgehaakt omdat ze de vragen hierover te moeilijk vonden. Nog eens bijna eenderde haakte af bij de vragen over het eigen seksleven, mogelijk omdat zij deze vragen als te intiem ervaren. De overige respondenten haakten later in de enquête af. In de analyses worden alleen de volledige responsen besproken.

In totaal hebben 1341 mensen de enquête compleet ingevuld. Hiervan zijn 1237 (92,2%) seksueel actief. De overige 104 respondenten hadden nog geen seksuele ervaring op het moment dat ze de enquête invulden. Aangezien de groepen worden vergeleken in hun seksuele gedrag, wordt deze laatste groep verder buiten beschouwing laten.

Omdat de uitspraken gedaan worden over autochtone Nederlanders, worden de 152 eerste en tweedegraads allochtonen uit het databestand verwijderd. Verder is ervoor gekozen om de analyses uit te voeren over de respondenten van 18 jaar en ouder. De jongste respondenten waren 12 jaar oud. De jongere respondenten hebben minder ervaring met seks en ook al hebben zij wel al seks gehad, zal dit problemen opleveren in de analyse. Bovendien zijn deze jongere respondenten vaak nog bezig met hun middelbare school, wat vertekeningen oplevert voor het toetsen naar opleidingsniveau. Het bestand bevat uiteindelijk 1013 respondenten, waarover de analyses gedaan worden.

3.5. Representativiteit

De enquête is afgenomen via het internet en de data is daardoor mogelijk niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Ik wil in dit onderzoek ook geen beschrijvende uitspraken doen, maar de verschillende categorieën naar hun seksuele risicogedrag vergelijken en verklaren. Ik bespreek hier toch de representativiteit van de dataset naar de Nederlandse bevolking om enigszins een beeld te krijgen of er sprake is van een representatieve samenstelling. De enquête is in verhouding door meer vrouwen (56,7% tegen 50,6% vrouwen in Nederland) ingevuld dan mannen (43,3% tegen 49,4% mannen in Nederland) (zie Tabel 2).

De gemiddelde leeftijd in het databestand ligt lager dan gemiddeld (26 jaar oud tegen 40 jaar oud gemiddeld in Nederland) (zie Tabel 3). Hierbij zijn alleen de respondenten van 18 jaar en ouder meegenomen. Daarnaast was te verwachten dat de gemiddelde leeftijd lager zou liggen dan de gemiddelde leeftijd van de Nederlandse bevolking, omdat de op internet actieve populatie gemiddeld ook jonger is en het onderwerp meer jongeren dan ouderen aanspreekt.

Het gemiddelde opleidingsniveau van de respondenten is lastig te vergelijken met het gemiddelde opleidingsniveau in Nederland. Dit komt doordat er veel jongeren met de enquête hebben meegedaan. Daarvan is een groot deel nog niet klaar met studeren, waardoor hun uiteindelijke opleidingsniveau niet bekend is. Het gemiddelde opleidingsniveau van de respondenten zal daarom niet hier, maar wel later bij de operationalisatie verder besproken worden.

Tabel 2: Frequentieverdeling geslacht databestand in vergelijking met Nederlandse situatie

	Man	Vrouw
Het seksuele risicogedrag van Nederlanders anno 2008	42,9%	57,1%
CBS 1 januari 2008	49,4%	50,6%

Tabel 3: Descriptives leeftijd databestand in vergelijking met Nederlandse situatie

	Minimum	Maximum	Gemiddelde
Het seksuele risicogedrag van Nederlanders anno 2008	18	65	26,25
CBS 1 januari 2008			39,70

3.6. Operationalisering

De resultaten van de schriftelijke vragenlijst zullen hier besproken worden. Allereerst worden de afhankelijke variabelen consequent condoomgebruik met de eerste partner, consequent condoomgebruik met de laatste partner, percentage consequent condoomgebruik over alle partners en het soa-testgedrag besproken (§3.6.1.). Na de afhankelijke variabelen worden de categorieën besproken waarvoor de verschillen in seksueel risicogedrag verklaard worden: het opleidingsniveau en de leeftijd (§3.6.2.). Vervolgens komen de verklarende variabelen aan bod (§3.6.3.). Deze worden in dezelfde

volgorde als de in het vorige hoofdstuk behandelde hypothesen besproken. Als laatste worden de controlevariabelen toegelicht (§3.6.4.).

3.6.1. De afhankelijke variabelen

Om het seksuele risicogedrag op meerdere fronten te meten, is gekozen voor vier afhankelijke variabelen. De eerste drie meten de primaire preventie op soa's: 1) het consequent condoomgebruik met de eerste partner, 2) het consequent condoomgebruik met de laatste partner en 3) het percentage consequent condoomgebruik over alle partners. De andere afhankelijke variabele meet de secundaire preventie op soa's: 4) het soa-testgedrag.

Voor het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner is gevraagd of de respondenten a) altijd / elke keer een condoom hebben gebruikt met deze partner, b) alleen in het begin van de relatie een condoom hebben gebruikt of c) nooit een condoom hebben gebruikt met deze partner. Van deze twee items is een 0-1 variabele gemaakt, waarbij alleen gekeken wordt wie er altijd een condoom hebben gebruikt met de eerste en laatste partner. Alle respondenten hebben een score op het consequent condoomgebruik met de eerste partner. 247 respondenten hebben aangegeven met één partner geslachtsgemeenschap te hebben gehad en deze worden alleen meegenomen met de analyse van het consequent condoomgebruik met de eerste partner. Bij het consequent condoomgebruik met de laatste partner worden de analyses uitgevoerd over de 766 respondenten die met meer dan één partner gemeenschap hebben gehad. Met de eerste partner heeft 33 procent van de respondenten consequent condooms gebruikt en met de laatste partner was dit bij 23 procent van de respondenten het geval (zie Tabel 4).

In de enquête is de respondenten gevraagd met hoeveel partners men altijd een condoom heeft gebruikt. Hiervan is het percentage consequent condoomgebruik berekend aan de hand van het totaal aantal partners wat men heeft aangegeven. Zes respondenten hebben een hoger aantal partners aangegeven waarbij ze een condoom hebben gebruikt, dan het totaal aantal partners dat ze hebben aangegeven. Deze hebben een missende waarde gekregen op dit item. Gemiddeld heeft men bij 40 procent van de partners consequent condooms gebruikt (zie Tabel 4).

Naast het condoomgebruik van de respondent is ook het testgedrag op soa's van een persoon van belang, om zo zeker te weten dat ze ondanks het eventuele condoomgebruik geen soa's hebben opgelopen die ze verder kunnen verspreiden. Hierbij is de respondenten de vraag voorgelegd of ze zich in het verleden wel eens hebben laten testen op soa's. In totaal heeft 42 procent van de respondenten zich ooit laten testen (zie Tabel 4). Het zich ooit hebben laten testen op soa's zal in de analyse worden meegenomen als het soa-testgedrag.

Tabel 4: Descriptives seksueel risicogedrag

	Aantal	Min	Max	Gem	Std Deviatie
Consequent condoomgebruik met de eerste partner	1013	0	1	0,33	0,47
Consequent condoomgebruik met de laatste partner	766	0	1	0,23	0,42
Percentage consequent condoomgebruik van alle partners	1007	0	1	0,40	0,38
Heeft zich ooit laten testen op soa's	1013	0	1	0,42	0,49

(n=1013)

3.6.2. De categorieën opleidingsniveau en leeftijd

Door de categorieën opleidingsniveau en leeftijd te onderzoeken op het vertonen van seksueel risicogedrag, probeer ik het gedrag te verklaren.

Aan de respondenten is gevraagd naar hun hoogst behaalde opleidingsniveau of de opleiding waar men nu nog mee bezig is. In plaats van opleidingsniveau in categorieën mee te nemen is ervoor gekozen om van de opleidingshoogte een lineaire variabele te maken, uitgedrukt in het minimaal aantal jaren benodigd onderwijs om het betreffende niveau te kunnen behalen. Het basisprincipe van deze berekening is het opleidingstraject dat men doorloopt via het beroepsonderwijs (Van der Velden & Smoorenburg, 1999). De volgende waarden zijn hierbij toegekend: 6 = alleen basisonderwijs, 10 = v(m)bo/mavo, 11 = havo, 12 = vwo, 14 = mbo, 15 = hbo, 16 = wo/postacademisch. Door alleen de respondenten van 18 jaar en ouder mee te nemen, zitten er geen havisten en vwo-ers meer in het databestand. De respondenten hebben gemiddeld 14,5 jaar onderwijs genoten (zie Tabel 5).

De respondenten zijn vanaf 18 jaar oud meegenomen en loopt tot en met de 65 jaar. Maar de leeftijd is, zoals te verwachten viel, scheef verdeeld. De gemiddelde leeftijd is namelijk 26 jaar (zie Tabel 5). Zoals al besproken bij de representativiteit (§3.5.) ligt de gemiddelde leeftijd lager in vergelijking met de Nederlandse bevolking, omdat de op internet actieve populatie gemiddeld jonger is, en het onderwerp ook meer jongeren dan ouderen aanspreekt.

Tabel 5: Descriptives categorieën

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std Deviatie
Opleidingsniveau (in jaren)	1013	6	16	14,50	1,63
Leeftijd	1013	18	65	26,25	8,17

(n=1013)

3.6.3. De onafhankelijke variabelen

De afhankelijke variabelen en de categorieën waarvoor in dit onderzoek gecontroleerd gaan worden zijn besproken. Nu zullen we de onafhankelijke variabelen bespreken, waarmee de hypothesen getoetst worden. Hierbij wordt de volgorde van de hypothesen uit hoofdstuk 2 aangehouden en wordt per theorie een paragraaf aanhouden voor de operationalisatie van de bijbehorende items.

3.6.3.1. Kennis en risicoperceptie

De verwachting is dat meer kennis en een hogere risicoperceptie gepaard gaan met minder seksueel risicogedrag (zie Box 3, 4, 10 en 11). Aan de respondenten is gevraagd welke soa's zij konden benoemen. 25 respondenten konden geen enkele soa benoemen. De meest genoemde soa's zijn Hiv (79%), Chlamydia (77%) en Gonorrhoe (70%) (zie Tabel 6). Gemiddeld weten de respondenten 4 soa's te benoemen. Van het aantal benoemde soa's is een gestandaardiseerde schaal gemaakt, waarbij het aantal soa's dat men kon benoemen is gedeeld door acht (het maximaal aantal soa's wat men kon benoemen). Nu is er een item dat de score meet hoeveel soa's men kon benoemen, die loopt van 0 tot 1 (zie Tabel 6).

Aan de respondenten zijn nog 7 multiple-choice vragen voorgelegd die de kennis over veilig vrijen en soa's meet. Deze staan in tabel 6 weergegeven. Een aantal kennisvragen blijkt makkelijk te beantwoorden. Zo weet 96 procent dat de afkorting soa staat voor seksueel overdraagbare aandoening, weet bijna 90 procent dat vrouwen met Chlamydia een verhoogde kans hebben op onvruchtbaarheid, 99 procent dat de pil niet tegen soa's beschermt, 95 procent dat goed wassen niet helpt bij het verminderen van de kans op een soa en 96 procent dat als je geen (lichamelijke) klachten hebt, je toch een soa kunt hebben. Twee vragen blijken moeilijker te beantwoorden. Zo weet slechts 44 procent dat de pil de beste bescherming biedt tegen zwangerschap en 47 procent dat je makkelijker Hiv oploopt als je syfilis hebt.

Van de kennisvragen en de benoemde soa's is een schaal gemaakt die de mate van kennis over veilig vrijen en soa's meet van de respondenten. De schaal heeft een Cronbach's Alpha⁷ van 0,19. De Cronbach's Alpha is laag, maar hier niet belangrijk, omdat de mate van kennis wordt gemeten, en niet de samenhang tussen de antwoorden. Van de correcte antwoorden op de multiple-choice vragen en de gestandaardiseerde schaal van het aantal benoemde soa's is een optelsom gemaakt dat de schaal kennis voorstelt, waarbij de respondenten een score tussen de 0 en de 8 kunnen behalen. De gemiddeld behaalde score op dit item is 6,21 (zie Tabel 8).

Naast kennis is de risico-inschatting van belang. Deze is gemeten met een tweetal vragen over de inschatting van de kans op een soa bij onbeschermd seks bij heteroseksuelen en homoseksuelen. De kans op een soa bij een heteroseksueel ligt op 12 procent en bij een homoseksueel op 22 procent (Thermometer Soa en Hiv, 2007). Maar in plaats van te kijken wie het dichtst bij deze score zit, wordt gekeken naar hoe hoog mensen deze risico's schatten. Des te hoger men de risico's schat, des te groter zal men de gevaren van het oplopen van een soa zien. De gemiddelde risicopercepties liggen hoger dan de daadwerkelijke cijfers. De gemiddelde risicoperceptie voor een soa bij een heteroseksueel wordt geschat op 35 procent en bij homoseksuelen op 47 procent (zie Tabel 6).

⁷ De Cronbach's Alpha is een maat voor de interne consistentie van items en is een indicatie van de mate waarin een aantal items hetzelfde concept meten. De Cronbach's Alpha heeft een waarde tussen de 0 en de 1, waarbij een hogere waarde een betere samenhang tussen de items meet.

Tabel 6: Descriptives kennis en risicoperceptie

	Aantal	Min	Max	Gem	Std Deviatie
<u>Benoemen soa's:</u>					
Hiv / Aids	1013	0	1	0,79	0,40
Chlamydia	1013	0	1	0,77	0,42
Gonorrhoe / Druiper	1013	0	1	0,70	0,46
Genitale herpes	1013	0	1	0,62	0,49
Syfilis	1013	0	1	0,54	0,50
Genitale wratten / HPV	1013	0	1	0,35	0,48
Hepatitis (A / B / C)	1013	0	1	0,31	0,46
Schaamluis	1013	0	1	0,30	0,46
Candida	1013	0	1	0,03	0,17
Trichomoniasis	1013	0	1	0,01	0,11
Percentage benoemde soa's	1013	0	1	0,55	0,23
<u>Kennis over veilig vrijen en soa's:</u>					
Wat betekent de term Soa	1013	0	1	0,96	0,195
Wat biedt de beste bescherming tegen een zwangerschap	1013	0	1	0,44	0,50
Door het oplopen van Chlamydia hebben vrouwen een verhoogde kans op:	1013	0	1	0,89	0,31
Naast dat de pil tegen zwangerschap beschermt, verkleint de pil ook de kans dat je Hiv of een andere soa oploopt	1013	0	1	0,99	0,11
Als je jezelf na de geslachtsgemeenschap goed wast, loop je minder snel Hiv of een andere soa op	1013	0	1	0,95	0,22
Als je geen (lichamelijke) klachten hebt, kun je toch een soa hebben	1013	0	1	0,96	0,20
Met een syfilisinfectie loop je makkelijker Hiv op	1013	0	1	0,47	0,50
Schaal kennis over veilig vrijen en soa's	1013	1	8	6,21	0,97
<u>Risicoperceptie soa en abortus</u>					
Risicoperceptie soa's bij heteroseksuelen	1013	0	100	34,77	25,81
Risicoperceptie soa's bij homoseksuelen	1013	1	100	46,67	27,07
Schaal risicoperceptie op soa's (n=1013)	1013	0,55	100	40,72	25,43

Van deze items willen we één schaal maken die de totale risicoperceptie van de respondenten meet. Deze schaal heeft een Cronbach's Alpha van 0,92 en heeft een gemiddelde score van 41 procent (zie Tabel 6).

3.6.3.2. Socialisatie en subjectieve norm

In het voorgaande hoofdstuk is voorspeld dat de socialisatie en subjectieve norm een invloed hebben op het seksuele risicogedrag van een persoon. Des te meer men is gesocialiseerd met veilig vrijen en hoe meer men communiceert over veilig vrijen, des te lager zal het seksuele risicogedrag zijn (zie Box 5, 6, 12 en 13). Ook kunnen de socialisatie en de subjectieve norm het effect van opleiding en leeftijd deels weg verklaren.

Tabel 7: Descriptives socialisatie en subjectieve norm

	Aantal	Min	Max	Gem	Std Deviatie
<u>Socialisatie</u>					
Seksuele voorlichting op school gehad	1013	0	1	0,87	0,33
Mate van spreken met ouders over anticonceptie	1013	1	5	2,73	1,26
Mate van spreken met ouders over condoomgebruik	1013	1	5	2,30	1,21
Schaal socialisatie	1013	2	11	5,90	2,36
<u>Subjectieve norm</u>					
Mate van spreken met vrienden over anticonceptie	1013	1	5	3,09	1,26
Mate van spreken met vrienden over condoomgebruik	1013	1	5	2,62	1,27
Schaal subjectieve norm	1013	2	10	5,70	2,32

(n=1013)

Aan de respondent zijn vragen voorgelegd over communicatie over veilig vrijen, om de socialisatie en subjectieve norm te meten. Om de invloed van de socialisatie te meten, is aan de respondenten gevraagd of ze seksuele voorlichting hebben gehad op school, en of ze (vroeger) met hun ouders gesproken hebben over anticonceptie ter voorkoming van zwangerschap en over condoomgebruik ter voorkoming van soa's (zie Tabel 7).

87 procent van de respondenten geeft aan seksuele voorlichting gehad te hebben op school. Op een schaal van 1 tot 5, scoren de respondenten 2,73 voor het spreken met hun ouders over anticonceptie ter voorkoming van zwangerschap en 2,30 voor het spreken met de ouders over het gebruiken van condooms ter voorkoming van soa's. Van deze drie items is de schaal socialisatie gecreëerd, met een Cronbach's Alpha van 0,65.

De subjectieve norm wordt gemeten aan de hand van het communiceren met vrienden over anticonceptie ter voorkoming van zwangerschap en condoomgebruik ter voorkoming van soa's. De respondenten spreken meer met vrienden over anticonceptie en condoomgebruik dan met hun ouders. Op een schaal van 1 tot 5, scoren ze 3,09 voor het spreken met vrienden over anticonceptiemiddelen en 2,62 voor het spreken over condoomgebruik. Met deze twee items is de schaal subjectieve norm gecreëerd met een Cronbach's Alpha van 0,80.

3.6.3.3. Gedragscontrole

Personen kunnen een bepaalde gedragsintentie hebben, bijvoorbeeld een voorkeur tot veilig vrijen, maar men moet in staat zijn dit gedrag uit te kunnen voeren (zie Box 7). Hiervoor is de mate van gedragscontrole gemeten op het gebied van veilig vrijen. De respondenten is gevraagd of zich wel eens een situatie heeft voorgedaan waarbij condooms wel gewenst waren, maar deze niet bij de hand waren. 41 procent van de respondenten heeft deze situatie meegemaakt en 53 procent hiervan heeft toen onbeschermd seks gehad, hetgeen neerkomt op 22 procent van alle respondenten (zie Tabel 8).

Tabel 8: Descriptives gedragscontrole, risicogedrag en zelfbeeld

	Aantal	Min	Max	Gem	Std Deviatie
<u>Gedragscontrole</u>					
Onbeschermd seks gehad in een situatie dat condooms gewenst waren, maar niet bij de hand	1013	0	1	0,22	0,42
<u>Risicogedrag</u>					
Rookt minimaal 5 sigaretten per dag	1013	0	1	0,27	0,44
Drinkt minimaal 1 maal per week 6 glazen op één dag	1013	0	1	0,29	0,45
Het afgelopen jaar wel eens te hard gereden	764	0	1	0,77	0,42
Het afgelopen jaar wel eens onder invloed gereden	764	0	1	0,12	0,33
Heeft het afgelopen jaar wel eens gegokt	1013	0	1	0,30	0,46
Schaal risicogedrag	1013	0	1	0,33	0,25
<u>Zelfbeeld</u>					
Mate van mooi vinden van het eigen lichaam	1013	1	10	6,44	1,56
Mate van tevredenheid over de geslachtsdelen	1013	1	10	7,01	1,86
Schaal zelfbeeld	1013	1	10	6,73	1,44

(n=1013)

3.6.3.4. Risicogedrag

Onveilig rijden is een vorm van risicogedrag. Ik wil weten of dit seksuele risicogedrag samenhangt met andere soorten risicogedrag (zie Box 8). Hiervoor zijn vijf items opgenomen die risicogedragingen meet zoals roken, overmatig alcoholgebruik, gevaarlijk rijgedrag (te hard rijden en rijden onder invloed) en als laatste het gokgedrag (zie Tabel 8). Het risicogedrag dat het meest vertoond wordt is te hard rijden (77%), gevolgd door gokken (30%), drinken (29%) en roken (27%). Het risicogedrag dat het minst vertoond wordt is rijden onder invloed (12%). Het maken van de schaal risicogedrag is het sterkst wanneer alle items worden opgenomen, met een Cronbach's Alpha van 0,47. Deze schaal is niet sterk, maar we maken een schaal van deze items, omdat we eigenlijk de mate van het risicogedrag willen meten en dit is een optelsom van deze items. Hierbij wordt het gemiddelde risicogedrag berekend voor twee groepen. De eerste groep rijdt auto en wordt het gemiddelde risicogedrag over de vijf items berekend en de tweede groep rijdt geen auto en wordt het gemiddelde risicogedrag over de drie items roken, drinken en gokken berekend. De gemiddelde score op de schaal risicogedrag is 33 procent.

3.6.3.5. Zelfbeeld

Een positief zelfbeeld gaat evenredig gepaard met meer seksuele assertiviteit. Ik verwacht daarom dat een lager lichamelijk zelfbeeld gepaard gaat met meer seksueel risicogedrag (zie Box 9). Voor het meten van het zelfbeeld zijn er 2 vragen gesteld over de waardering van het eigen lichaam, waar men op een schaal van 1 tot 10 de eigen waardering kan aangegeven. Dit betreft de vragen hoe mooi de respondenten hun eigen lichaam vinden en hoe tevreden ze zijn over hun geslachtsdelen (zie Tabel 8). De respondenten geven een cijfer van 6,4 aan hun eigen lichaam qua mooi vinden en een 7,0 voor de tevredenheid

over hun geslachtsdelen. Met deze twee items wordt het item zelfbeeld gecreëerd met een Cronbach's Alpha van 0,59. De respondenten scoren gemiddeld een 6,7 op het zelfbeeld.

3.6.3.6. Vertrouwen in anderen

Het vertrouwen in anderen wordt gemeten door aan de respondenten te vragen of ze bij de eerste en laatste keer geslachtsgemeenschap hebben gehad met een goede bekende, zoals iemand uit de vriendengroep of een collega (zie Box 14). Bij de eerste partner heeft 60 procent seks gehad met een goede bekende en met de laatste partner was dit bij 62 procent van de respondenten het geval (zie Tabel 9).

3.6.3.7. Intentie tot veilig vrijgedrag

De intentie tot veilig vrijgedrag wordt gemeten op de kans die de respondent verwacht om in de toekomst condooms te gebruiken onder bepaalde omstandigheden (zie Box 15). Hierbij is naar de verwachte kans gevraagd om condooms te gebruiken bij een nieuwe partner, met een nieuwe partner onder invloed van alcohol of drugs en met een nieuwe partner die druk uitoefent om geen condooms te gebruiken. Hierbij is gevraagd of de respondenten op een schaal van 0 tot 100 procent willen aangeven hoe zeker zij van condoomgebruik zijn in deze situaties (zie Tabel 9). 77 procent van de respondenten verwacht condooms te gebruiken met een nieuwe partner. Maar als men teveel heeft gedronken of high is, is men minder zeker van zichzelf en verwacht 69 procent van de respondenten dit te doen. Als er sprake zou zijn dat iemand je probeert over te halen om geen condooms te gebruiken, verwacht 71 procent toch beschermde seks te hebben. Deze drie items maken de nieuwe schaal gedragsintentie, die een Cronbach's Alpha heeft van 0,85. De gemiddelde score van gedragsintentie is 72 procent.

Tabel 9: Descriptives vertrouwen in anderen en intentie tot veilig vrijgedrag

	Aantal	Min	Max	Gem	Std Deviatie
<u>Vertrouwen in anderen</u>					
Eerste partner was een goede bekende	1013	0	1	0,60	0,49
Laatste partner was een goede bekende	766	0	1	0,62	0,49
<u>Intentie tot veilig vrijgedrag</u>					
Hoe groot acht je de kans dat je condooms zal gebruiken met een nieuwe partner	1013	0	100	77,16	29,60
Hoe groot acht je de kans dat je condooms zal gebruiken met een nieuwe partner als je teveel hebt gedronken of high bent	1013	0	100	68,60	34,08
Hoe groot acht je de kans dat je condooms zal gebruiken met een nieuwe partner als de ander je probeert over te halen om geen condooms te gebruiken	1013	0	100	71,44	35,23
Schaal gedragsintentie	1013	0	100	72,40	28,89

(n=1013)

3.6.4. Achtergrondkenmerken

Als laatste worden de controlevariabelen besproken. In de analyses wordt voor alle afhankelijke variabelen gecontroleerd op geslacht en seksuele geaardheid. Zoals besproken bij de representativiteit is geslacht scheef verdeeld. In verhouding hebben er meer vrouwen (57%) meegedaan dan mannen (43%) (zie Tabel 10). Wanneer er wordt gekeken naar de seksuele geaardheid, geeft 90 procent aan heteroseksueel te zijn en 10 procent is homo- of biseksueel. De schattingen over het aantal homoseksuelen in Nederland komen uit rond de tien procent. Het databestand betreft een goede verdeling naar seksuele geaardheid.

Daarnaast wordt voor het consequent condoomgebruik bij de eerste en laatste keer naar het gebruik van anticonceptie⁸ gevraagd en naar het type partner waar men geslachtsgemeenschap mee heeft gehad. We controleren op anticonceptiegebruik omdat uit eerdere onderzoeken blijkt dat het slikken van de pil een remmend effect heeft op het gebruik van condooms (ter Bogt, Dorsselaer & van Vollebergh, 2003). Bij de eerste partner geeft 54 procent van de respondenten aan dat er gebruik wordt gemaakt van anticonceptie, tegen 62 procent van de respondenten die aangeeft dit met de laatste partner te hebben gedaan (zie Tabel 10).

Het anticonceptiegebruik wordt in de analyse uitgesplitst naar het type partner, omdat men anders met het gebruik van condooms om zal gaan bij een vaste partner in vergelijking met een eenmalig contact. Zo halen we ook de personen eruit die zwanger willen worden: deze hebben een vaste relatie en gebruiken geen condooms en anticonceptie. De type partners zijn ingedeeld naar eenmalig contact, losse partner, vaste

Tabel 10: Descriptives intentie tot veilig vrijgedrag

	Aantal	Min	Max	Gem	Std Deviatie
Vrouw	1013	0	1	0,57	0,50
Heteroseksueel	1013	0	1	0,90	0,30
Homoseksueel / biseksueel	1013	0	1	0,10	0,30
Anticonceptiegebruik bij eerste partner	1013	0	1	0,54	0,50
Anticonceptiegebruik bij laatste partner	766	0	1	0,62	0,49
Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap	1013	10	39	17,22	2,59
<u>Type partner eerste keer</u>					
Eenmalig contact	1013	0	1	0,12	0,32
Losse partner	1013	0	1	0,14	0,34
Vaste relatie maar niet monogaam	1013	0	1	0,04	0,21
Vaste relatie en wel monogaam	1013	0	1	0,70	0,46
<u>Type partner laatste keer</u>					
Eenmalig contact	766	0	1	0,08	0,27
Losse partner	766	0	1	0,17	0,37
Vaste relatie maar niet monogaam	766	0	1	0,06	0,24
Vaste relatie en wel monogaam	766	0	1	0,69	0,46

(n=1013)

⁸ Als we het voortaan hebben over anticonceptie, gaat het om anticonceptie ter voorkoming van zwangerschap en hier valt het gebruik van condooms niet onder.

niet monogame relatie en vaste monogame relatie. Bij de eerste seksuele partner is er bij 70 procent sprake van een vaste monogame relatie, bij 14 procent van een losse partner, bij 12 procent van een eenmalig contact en bij 4 procent van een vaste niet monogame relatie (zie Tabel 10). Bij de laatste seksuele partner is er bij 69 procent sprake van een vaste monogame relatie, bij 17 procent van een losse partner, bij 8 procent van een eenmalig contact en bij 6 procent van een vaste niet monogame relatie.

Voor consequent condoomgebruik met de eerste partner wordt daarnaast rekening gehouden met de leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap heeft gehad. De gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst seks had is namelijk over de jaren heen gedaald (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Dit zou een deel van het leeftijdseffect kunnen wegverklaren. De gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst seks heeft is 17 jaar oud (zie Tabel 10). Daarnaast wordt voor consequent condoomgebruik met de laatste partner gecontroleerd op het soa-testgedrag (zie Tabel 4). Dit zal een verklaring bieden waarom men bij de laatste partner geen condooms gebruikt, omdat men soa vrij is verklaard.

3.7. De analyse-items

De verschillende items en schalen die gebruikt worden in de analyses om de hypothesen uit het voorgaande hoofdstuk te toetsen, zijn nu gepresenteerd. Omdat van verschillende items schalen zijn gecreëerd, worden de uiteindelijke items en schalen die in de analyses gebruikt worden nogmaals onder elkaar gezet (zie Tabel 11). In het volgende hoofdstuk worden de analyses van de vier afhankelijke variabelen besproken en volgen er uitspraken over de verschillen in seksueel risicogedrag afhankelijk van het opleidingsniveau en de leeftijd.

Tabel 11: Descriptives analyse-items

	Aantal	Min	Max	Gem	Std Deviatie
<u>Afhankelijke variabelen</u>					
Consequent condoomgebruik met de eerste partner	1013	0	1	0,33	0,47
Consequent condoomgebruik met de laatste partner	766	0	1	0,23	0,42
Percentage consequent condoomgebruik van alle partners	1007	0	1	0,40	0,38
Heeft zich ooit laten testen op soa's	1013	0	1	0,42	0,49
<u>Categorieën</u>					
Opleidingsniveau	1013	6	20	14,50	1,80
Leeftijd	1013	18	65	26,25	8,17
<u>Onafhankelijke variabelen</u>					
Kennis	1013	1	8	6,21	0,97
Risicoperceptie	1013	0,55	100	40,72	25,43
Socialisatie	1013	2	11	5,90	2,36
Subjectieve norm	1013	2	10	5,70	2,32
Gedragscontrole	1013	0	1	0,22	0,42
Risicogedrag	1013	0	1	0,33	0,25
Zelfbeeld	1013	1,50	10	6,73	1,44
Eerste partner was een goede bekende	1013	0	1	0,60	0,49
Laatste partner was een goede bekende	766	0	1	0,62	0,49
Gedragsintentie	1013	0	100	72,40	28,89
<u>Controlevariabelen</u>					
Vrouw	1013	0	1	0,57	0,50
Heteroseksueel	1013	0	1	0,90	0,30
Homoseksueel / biseksueel	1013	0	1	0,10	0,30
Anticonceptiegebruik bij eerste partner	1013	0	1	0,54	0,50
Anticonceptiegebruik bij laatste partner	766	0	1	0,62	0,49
Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap	1013	10	39	17,22	2,59
<u>Type partner eerste keer</u>					
Eenmalig contact	1013	0	1	0,12	0,32
Losse partner	1013	0	1	0,14	0,34
Vaste relatie maar niet monogaam	1013	0	1	0,04	0,21
Vaste relatie en wel monogaam	1013	0	1	0,70	0,46
<u>Type partner laatste keer</u>					
Eenmalig contact	766	0	1	0,08	0,27
Losse partner	766	0	1	0,17	0,37
Vaste relatie maar niet monogaam	766	0	1	0,06	0,24
Vaste relatie en wel monogaam	766	0	1	0,69	0,46

(n=1013)

4. Analyse

4.1. Inleiding

De analyses worden uitgevoerd over vier afhankelijke variabelen: het consequent condoomgebruik met de eerste partner, het consequent condoomgebruik met de laatste partner, het percentage consequent condoomgebruik over alle partners en het soa-testgedrag. Binnen deze analyses staan het opleidingsniveau en leeftijd centraal.

Eerst wordt de samenhang tussen de variabelen bekeken door middel van een bivariate toetsing (§4.2.). Daarna wordt de wijze van toetsing besproken (§4.3.). Als laatste komen de analyses van het seksuele risicogedrag aan bod (§4.4.).

4.2. Bivariate toetsing

Voor de verschillende items die in de analyses gebruikt worden, is de samenhang met de vier afhankelijke variabelen en met de categorieën waarvoor het seksueel risicogedrag vergeleken wordt berekenend. De samenhang tussen de items wordt duidelijk door de correlatie tussen de items te berekenen via een bivariate toetsing⁹. In tabel 12 staan de correlaties gepresenteerd tussen de te gebruiken items en de afhankelijke variabelen. In tabel 13 staan deze gepresenteerd voor de categorieën. In de volgende paragrafen worden de correlaties met de afhankelijke variabelen en de categorieën besproken.

4.2.1. Correlaties met de afhankelijke variabelen

4.2.1.1. Correlaties met consequent condoomgebruik met de eerste partner

Bij de samenhang van het consequent condoomgebruik met de eerste partner en de categorieën, worden geen verschillen gevonden naar opleidingsniveau, maar wel voor leeftijd. Naarmate men ouder is, is de kans kleiner dat men consequent condooms gebruikt met de eerste partner.

Bij de onafhankelijke variabelen zijn er alleen verschillen naar de subjectieve norm, gedragscontrole, vertrouwen (partner was een goede bekende) en gedragsintentie. Het condoomgebruik neemt dus toe wanneer men meer met vrienden communiceert over de seksuele risico's en wanneer men een positievere gedragsintentie heeft ten aanzien van condoomgebruik. De kans op condoomgebruik met de eerste partner neemt af wanneer men te weinig controle heeft over het eigen gedrag of wanneer men geslachtsgemeenschap heeft met een goede bekende.

⁹ Via een bivariate toetsing wordt de samenhang tussen variabelen berekend middels de Pearsons correlatie. Met de correlatie meet men de (lineaire) samenhang tussen twee items. Deze coëfficiënt varieert tussen de 0 (geen (lineaire) samenhang) en +1 (perfect positief verband) of -1 (perfect negatief verband). Het betreft hier een tweezijdige toetsing.

Tabel 12: Bivariate toetsing (Pearson correlatie) naar de afhankelijke variabelen

	Consequent condoomgebruik eerste partner	Consequent condoomgebruik laatste partner	Percentage consequent condoomgebruik	Soa- testgedrag
<u>Categorieën</u>				
Opleidingsniveau	-0,02	-0,03	-0,09***	-0,03
Leeftijd	-0,09***	-0,10***	-0,00	0,10***
<u>Onafhankelijke variabelen</u>				
Kennis	0,01	0,01	-0,01	0,14***
Risicoperceptie	0,03	-0,03	0,13***	0,01
Socialisatie	0,03	-0,01	0,05*	0,14***
Subjectieve norm	0,06*	0,07*	0,11***	0,13***
Gebrek aan gedragscontrole	-0,07**	-0,11***	-0,05	0,09***
Risicogedrag	0,04	-0,01	0,02	-0,02
Zelfbeeld	0,04	0,00	0,03	0,05*
Eerste partner was goede bekende	-0,09***			
Laatste partner was goede bekende		-0,13***		
Gedragsintentie	0,13***	0,22***	0,31***	0,11***
<u>Controlevariabelen</u>				
Vrouw	-0,01	-0,05	0,01	0,18***
Heteroseksueel	0,02	-0,01	-0,03	-0,12***
Homoseksueel / biseksueel	-0,02	0,01	0,03	0,12***
Anticonceptie bij eerste partner	0,02			
Anticonceptie bij laatste partner		-0,07*		
Leeftijd eerste keer seks	0,00			
<u>Type partner eerste keer</u>				
Enmalig contact	0,17***			
Losse partner	0,09***			
Vaste relatie niet monogaam	-0,02			
Vaste relatie wel monogaam	-0,18***			
<u>Type partner laatste keer</u>				
Enmalig contact		0,26***		
Losse partner		0,20***		
Vaste relatie niet monogaam		0,01		
Vaste relatie wel monogaam		-0,32***		
N=	1013	766	1007	1013

Sign: *=p<0,10; **=p<0,05; ***=p<0,01

Bij de controlevariabelen is te zien dat er bij een eenmalig contact en bij losse partners de kans op consequent condoomgebruik groter is, dan wanneer men een vaste partner heeft.

4.2.1.2. Correlaties met consequent condoomgebruik met de laatste partner

Bij de correlaties tussen het consequent condoomgebruik met de laatste partner en de categorieën, wordt er geen samenhang gevonden met het opleidingsniveau, maar wel met leeftijd. De leeftijd heeft een negatieve samenhang met het consequent condoomgebruik met de laatste partner.

Bij de onafhankelijke variabelen wordt voor dezelfde items een samenhang gevonden als bij het consequent condoomgebruik met de eerste partner. Voor de subjectieve norm en de gedragsintentie wordt een positieve samenhang gevonden met het consequent condoomgebruik met de laatste partner en voor de gedragscontrole en vertrouwen wordt een negatieve samenhang gevonden.

Bij de controlekenmerken blijkt dat het gebruiken van anticonceptie een negatieve samenhang heeft met het gebruik van condooms. Verder blijkt bij een eenmalig contact de kans op condooms het grootst, gevolgd door geslachtsgemeenschap met een losse partner. Het hebben van een vaste monogame relatie heeft een negatieve samenhang met het condoomgebruik.

4.2.1.3. Correlaties met het percentage consequent condoomgebruik

Voor de samenhang met het percentage consequent condoomgebruik over alle partners, wordt geen effect met leeftijd gevonden, maar wel voor het opleidingsniveau. Er is een negatieve samenhang tussen het percentage consequent condoomgebruik en het opleidingsniveau. Hoe hoger men is opgeleid, met hoe meer personen men onveilig seks heeft gehad.

Bij de onafhankelijke variabelen is voor vier items een positieve samenhang gevonden. Des te hoger de risicoperceptie en de gedragsintentie en des te meer men is gesocialiseerd met veilig vrijen en communiceert over veilig vrijen, met des te meer partners heeft men consequent condooms gebruikt. Er wordt verder geen samenhang gevonden met de controlevariabelen.

4.2.1.4. Correlaties met het soa-testgedrag

Het soa-testgedrag heeft een negatieve samenhang met leeftijd. Er wordt geen samenhang gevonden met het opleidingsniveau. Bij de onafhankelijke variabelen vinden we voor kennis, socialisatie, subjectieve norm, gebrek aan gedragscontrole en de gedragsintentie een positieve samenhang met het soa-testgedrag.

Verder blijkt bij de controlevariabelen dat vrouwen zich vaker laten testen dan mannen en homo- en biseksuelen weer vaker dan heteroseksuelen.

4.2.2. Correlaties met de categorieën opleidingsniveau en leeftijd

De correlaties worden naast de afhankelijke variabelen ook voor de categorieën bekeken, omdat uit deze correlaties blijkt welke onafhankelijke variabelen het meest waarschijnlijk het effect van het opleidingsniveau en de leeftijd op seksueel risicogedrag kunnen wegverklaren. Deze correlaties worden in de volgende twee paragrafen besproken.

4.2.2.1. Correlaties met opleidingsniveau

Naarmate men hoger is opgeleid, heeft men meer kennis over veilig vrijen en soa's. Maar wanneer men hoger is opgeleid, heeft men wel een lagere risicoperceptie op het oplopen van soa's. Verder blijkt dat naarmate men hoger is opgeleid men minder risicogedrag vertoont en een positiever zelfbeeld heeft. Als laatste blijken lager opgeleiden vaker seks te hebben gehad met een goede bekende.

Bij de controlevariabelen komt naar voren dat hoger opgeleiden bij de laatste partner vaker anticonceptie gebruiken. Verder starten hoger opgeleiden later met seks dan lager opgeleiden. Voor verschillen in het opleidingsniveau naar het type partner, zijn er alleen verschillen te zien bij de eerste partner. Naarmate men hoger is opgeleid, heeft men minder vaak losse partners en niet monogame vaste relaties en vaker een vaste monogame relatie.

Tabel 13: Bivariate toetsing (Pearson correlatie) naar de categorieën

	N	Opleidingsniveau	Leeftijd
<u>Onafhankelijke variabelen</u>			
Kennis	1013	0,24***	-0,09***
Risicoperceptie	1013	-0,25***	0,11***
Socialisatie	1013	0,04	-0,19***
Subjectieve norm	1013	0,01	-0,12***
Gedragcontrole	1013	-0,01	0,02
Risicogedrag	1013	-0,08***	0,03
Zelfbeeld	1013	0,12***	0,02
Eerste partner was een goede bekende	1013	-0,04	0,00
Laatste partner was een goede bekende	766	-0,06*	-0,03
Gedragsintentie	1013	0,05	-0,03
<u>Controlevariabelen</u>			
Vrouw	1013	0,01	-0,13***
Heteroseksueel	1013	-0,02	-0,03
Homoseksueel / biseksueel	1013	0,02	0,03
Anticonceptiegebruik bij eerste partner	1013	0,03	-0,14***
Anticonceptiegebruik bij laatste partner	766	0,11***	-0,31***
Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap	1013	0,10***	0,14***
<u>Type partner eerste keer</u>			
Eenmalig contact	1013	0,02	0,05
Losse partner	1013	-0,08**	-0,01
Vaste relatie maar niet monogaam	1013	-0,12***	-0,05
Vaste relatie en wel monogaam	1013	0,10***	-0,01
<u>Type partner laatste keer</u>			
Eenmalig contact	766	0,03	-0,01
Losse partner	766	0,01	-0,06*
Vaste relatie maar niet monogaam	766	0,01	0,07*
Vaste relatie en wel monogaam	766	-0,03	0,02

Sign: *= $p < 0,10$; **= $p < 0,05$; ***= $p < 0,01$

4.2.2.2. Correlaties met leeftijd

Bij de verschillen in leeftijd is te zien dat men een hogere risicoperceptie heeft naarmate men ouder is, en dat wanneer de leeftijd toeneemt men minder kennis heeft over veilig vrijen en soa's, men minder is gesocialiseerd met de seksuele risico's en men minder communiceert met vrienden over veilig vrijen.

Uit de controlevariabelen blijkt dat er van de oudere respondenten meer mannen hebben meegedaan dan vrouwen. Voor beide kenmerken wordt echter gecontroleerd in de analyses. Verder blijkt het anticonceptiegebruik met de eerste en laatste partner lager te liggen naarmate men ouder is, en blijkt dat men steeds jonger begint met seks.

Er worden geen verschillen gevonden naar het type partner waar men de eerste keer seks mee heeft gehad, maar wel voor de laatste partner worden er verschillen gevonden. Jongeren hebben vaker losse partners dan ouderen, en naarmate men ouder is heeft men weer vaker niet monogame vaste relaties.

4.2.3. Samenhang tussen de afhankelijke variabelen en de categorieën

Bij de correlaties zijn de relaties tussen de items lineair getoetst. Nu wordt inzicht in de samenhang tussen de afhankelijke variabelen en de categorieën gegeven. Hiervoor is het opleidingsniveau en de leeftijd gecategoriseerd, zodat de categorieën kunnen worden vergeleken met het seksueel risicogedrag. Hierbij wordt nagegaan of er een lineaire verdeling bestaat tussen de afhankelijke variabelen en de categorieën. Voor het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner en voor het soa-testgedrag zijn kruistabellen uitgedraaid met opleidingsniveau en leeftijd, waarbij in de tabellen de aantallen en percentages 'ja'-antwoorden zijn opgenomen (zie Tabel 14 en 15). Voor het percentage consequent condoomgebruik is het gemiddelde antwoord gemeten naar de opleidingsniveaus en leeftijd (zie Tabel 16).

Bij tabel 14 blijken de verschillen van het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner en het soa-testgedrag afhankelijk van het opleidingsniveau. Onderin de tabellen staat de χ^2 ¹⁰ vermeld en is te zien dat deze nergens significant is. Er worden dus geen officiële verschillen afhankelijk van het opleidingsniveau gevonden. De percentages worden per opleidingsniveau kort besproken om zo meer inzicht te geven in de verschillen tussen de opleidingsniveaus. Bij het consequent condoomgebruik met de eerste partner, blijken mbo-ers (36,9%) het vaakst altijd condooms gebruiken, gevolgd door hbo-ers (33,9%) en degenen met alleen basisonderwijs, v(m)bo of mavo (30,3%). Universitair opgeleiden gebruiken met hun eerste partner het minst consequent condooms (28,6%). Bij het vrijgedrag met de laatste partner blijken de laagst opgeleiden en de hbo-ers het vaakst consequent condooms te gebruiken (beide 27,4%), gevolgd door de wo-ers (20,9%). Met de laatste partners zijn het nu juist de mbo-ers die het het onveiligst doen (20,1%), terwijl zij met de eerste partner juist het hoogst scoorden.

¹⁰ Bij de χ^2 (chi-kwadraat) toets wordt onderzocht of twee variabelen met elkaar samenhangen. Hoe hoger de χ^2 , hoe groter de samenhang.

Tabel 14: Aantallen en percentages 'ja'-antwoorden op consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner en voor soa-testgedrag naar opleidingsniveau

	Consequent condoomgebruik met de eerste partner		Consequent condoomgebruik met de laatste partner		Soa-testgedrag	
	N	%	N	%	N	%
Basis/v(m)bo/mavo	23	30,3	17	27,4	36	47,4
Mbo	128	36,9	54	20,1	144	41,5
Hbo	116	33,9	72	27,4	148	43,3
Wo	71	28,6	36	20,9	100	40,3
Totaal	338	33,4	179	23,4	428	42,3
χ^2	(n=1013)	4,82	(n=766)	5,13	(n=1013)	1,42

Sign: *=p<0,10; **=p<0,05; ***=p<0,01

Tabel 15: Aantallen en percentages 'ja'-antwoorden op consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner en voor soa-testgedrag naar leeftijd

	Consequent condoomgebruik met de eerste partner		Consequent condoomgebruik met de laatste partner		Soa-testgedrag	
	N	%	N	%	N	%
18-24	207	35,5	110	27,4	206	35,3
25-34	89	33,6	45	20,5	145	54,7
35-44	36	29,5	19	17,3	61	50,0
45-65	6	14,0	5	14,3	16	37,2
Totaal	338	33,4	179	23,4	428	42,3
χ^2	(n=1013)	9,31**	(n=766)	8,45**	(n=1013)	31,76***

Sign: *=p<0,10; **=p<0,05; ***=p<0,01

Tabel 16: Gemiddelden percentage consequent condoomgebruik over alle partners naar opleidingsniveau en leeftijd

Opleidingsniveau	N	Gemiddelde	Leeftijd	N	Gemiddelde
Basis/v(m)bo/mavo	76	0,47	18-24	581	0,38
Mbo	343	0,43	25-34	262	0,43
Hbo	341	0,38	35-44	121	0,40
Wo	247	0,34	45-65	43	0,35
Totaal	1007	0,40	Totaal	1007	0,40
F-toets		3,03**			0,98

Bij het soa-testgedrag is te zien dat de laagst opgeleiden het meest zijn getest (47,4%), gevolgd door de hbo-ers (43,3%) en de mbo-ers (41,5%). De wo-ers zijn het minst vaak getest (42,3%).

In de tabellen worden de verschillen van de drie afhankelijke variabelen met leeftijd vergeleken. De gevonden verschillen met de χ^2 -toets zijn overal significant. Bij de eerste partner blijkt de jongste leeftijdscategorie het vaakst consequent condooms te gebruiken (35,5%) en het consequent condoomgebruik neemt af bij elk van de oudere leeftijdscategorieën tot 14 procent bij de oudste groep respondenten. Deze afname in

consequent condoomgebruik naar leeftijd is ook te zien bij de laatste partner, waar 27,4 procent van de jongste leeftijdsgroep consequent condooms gebruikt in vergelijking met 14,3 procent van de oudste leeftijdsgroep. Bij het soa-testgedrag is de jongste leeftijdscategorie het minst vaak getest op soa's (35,3%). Hierbij dient echter rekening gehouden te worden, dat men ook getest wordt bij uitgebreide lichamelijke onderzoeken, zwangerschappen en bij de bloedbank. Dit is vaak bij deze jongste leeftijdscategorie nog niet van toepassing, waardoor ze inderdaad minder getest zijn dan de oudere respondenten in het databestand. Bij de andere leeftijdscategorieën zijn de 25-34 jarigen het vaakst getest (54,7%), gevolgd door de 35-44 jarigen (50,0%) en de 45-65 jarigen (37,2%). Bij deze categorieën is dus wel een afname in soa-testgedrag te zien naarmate de leeftijd toeneemt.

Als laatste wordt voor het opleidingsniveau en leeftijd de gemiddelden van het percentage consequent condoomgebruik over alle partners bekeken (zie Tabel 16). Uit de F-toets¹¹ blijkt dat er geen verschillen worden gevonden voor leeftijd, maar wel voor het opleidingsniveau: hoe hoger men is opgeleid, des te kleiner de kans dat men consequent condooms gebruikt. Te zien is dat de laagst opgeleiden het meest consequent condooms gebruiken met hun partners (47%), gevolgd door mbo-ers (43%) en hbo-ers (38%). De universitair opgeleiden gebruiken het minst consequent condooms (34%).

Uit het percentage consequent condoomgebruik over alle partners gemeten naar leeftijd, blijkt dat de 25-34 jarigen het meest consequent condooms gebruiken (43%), gevolgd door de 35-44 jarigen (40%) en de 18-24 jarigen (38%). Het consequent condoomgebruik over alle partners ligt het laagst onder de 45-65 jarigen (35%).

Uit de correlaties, de kruistabellen en de gemiddelden blijkt dat er weinig significante effecten worden gevonden tussen de vier afhankelijke variabelen, de categorieën en de onafhankelijke variabelen. De kans is dus groot dat er in de analyses ook niet voor alle items significante effecten worden gevonden. Wel worden alle items in de analyses opgenomen, om te controleren of ze in combinatie met de andere items wel een effect hebben op het gedrag, of op de categorieën.

4.3. Toetsing

De analyses worden uitgevoerd aan de hand van logistische¹² en lineaire¹³ regressieanalyse. Voor het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner en voor het soa-testgedrag is een logistische regressieanalyse uitgevoerd en voor het percentage consequent condoomgebruik over alle partners een lineaire regressieanalyse. Hierbij staan in de analyses het effect van opleidingsniveau en leeftijd centraal.

¹¹ Met een F-toets wordt nagegaan of van twee normale verdelingen de varianties verschillen. Een F-waarde van 1 geeft aan dat de gemiddelden van de categorieën gelijk zijn. Hoe meer F van 1 afwijkt, des te groter zijn de verschillen tussen de categorieën.

¹² Bij een logistische regressieanalyse wordt het verband onderzocht met een te verklaren dichotome variabele (deze heeft slechts twee nominale waarden, hier 0=nee, 1=ja) met andere te verklaren variabelen.

¹³ Bij een lineaire regressieanalyse wordt er onderzocht of er een lineaire samenhang is tussen de afhankelijke variabele (interval of ratio) en de onafhankelijke variabelen.

In elke tabel zijn verschillende modellen opgenomen. In de eerste model(len) zijn de controlevariabelen opgenomen waaronder het opleidingsniveau en de leeftijd, om te onderzoeken wie er meer seksueel risicogedrag vertonen. Per tabel wordt besproken welke controlevariabelen zijn opgenomen voor het verklaren van het betreffende gedrag. Vervolgens zijn per model de hypothesen getoetst om de verschillen afhankelijk van opleidingsniveau en leeftijd te verklaren. Als laatste worden alle onafhankelijke variabelen in één model opgenomen en wordt er vastgesteld welke hypothesen er sterker opgaan. Voor elk model is er gecontroleerd voor collineariteit en is er een residuenanalyse uitgevoerd¹⁴.

In de tabellen wordt met de asterisk de significantieniveaus aangegeven. Er is gekozen voor een minder strenge toetsing met $p < 0,10$, omdat het geen groot databestand betreft. Verder worden bij de lineaire regressieanalyse de R^2 vermeldt en bij de logistische regressieanalyses de Nagelkerke R^2 . Met deze maten wordt gekeken hoe goed het model bij de data past.

4.4. Verschillen in seksueel risicogedrag naar opleidingsniveau en leeftijd

De verschillen in seksueel risicogedrag worden naar het opleidingsniveau en leeftijd onderzocht. De veranderingen van het opleidingsniveau en de leeftijd voor de vier verschillende afhankelijke variabelen worden bekeken naar het consequent condoomgebruik met de eerste partner (zie Tabel 17), het consequent condoomgebruik met de laatste partner (zie Tabel 18), het percentage consequent condoomgebruik over alle partners (zie Tabel 19) en voor het soa-testgedrag (zie Tabel 20). De resultaten worden per afhankelijke variabele besproken, waarbij eerst de resultaten van de controlevariabelen aan bod komen, waaronder het opleidingsniveau en de leeftijd, gevolgd door de resultaten per hypothese en als laatste worden de totaalmodellen behandeld waar alle hypothesen in zijn opgenomen om vast te stellen welke hypothesen het sterkste opgaan.

¹⁴ Collineariteit en residuenanalyse

Er is per model nagegaan of er sprake is van collineariteit en of de modellen voldoen aan de assumpties op basis waarvan de schattingen tot stand zijn gekomen. Om te toetsen of er sprake is van collineariteit is gekeken of de VIF-waarden een waarde hebben van < 10 , het conditionnummer een waarde hebben van < 30 en of de proportie variantie normaal verdeeld zijn. Hierbij bleek er nergens sprake te zijn van collineariteit.

De residuenanalyse is uitgevoerd door middel van het opsporen van outliers. Hierbij zijn de residuen met de grootste afwijkingen van de 'echte' Y-waarden opgespoord. Hierbij is er een grens van 3 standaarddeviaties aangehouden, zodat de residuen nog binnen de normale verdeling vallen, maar er niet te veel respondenten verloren gaan dan als we de 95% zone zouden aanhouden wanneer we met 2 standaarddeviaties van het gemiddelde zouden toetsen. Omdat het telkens hooguit een of twee respondenten betrof met afwijkende waarden en er geen verschillen optraden in de resultaten bij het wel of niet opnemen van deze respondenten, is ervoor gekozen deze respondenten in de analyses op te nemen.

4.4.1. Resultaten van het consequent condoomgebruik met de eerste partner

4.4.1.1. De controlevariabelen

In tabel 17 is een logistische regressieanalyse uitgevoerd voor het consequent condoomgebruik met de eerste partner. In het eerste model is het geslacht, de seksuele geaardheid, de leeftijd en het opleidingsniveau opgenomen. Er worden hier geen verschillen gevonden naar geslacht, seksuele geaardheid en het opleidingsniveau. Er wordt wel een negatief verband gevonden met leeftijd: hoe ouder men is, hoe kleiner de kans dat men consequent condooms heeft gebruikt met de eerste partner.

Vervolgens is in het tweede model gecontroleerd voor de leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap heeft gehad, omdat de gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst seks heeft, over de jaren heen is gedaald (de Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2006). Er is gecontroleerd of het leeftijdseffect op het consequent condoomgebruik hierdoor verandert. Er worden geen verschillen gevonden naar het consequent condoomgebruik naar de startleeftijd, en het leeftijdseffect verandert ook niet door het toevoegen van dit item.

In het derde model is gecontroleerd voor het gebruik van anticonceptie, omdat dit een remmend effect zou hebben op het gebruik van condooms (ter Bogt, Dorselaer & van Vollebergh, 2003). Het anticonceptiegebruik is uitgesplitst naar het type partner waar men voor het eerst seks mee had, berekend aan de hand van interactie-effecten. Het is gecontroleerd voor het type partner, omdat te verwachten valt dat men in een vaste relatie anders met condooms omgaat dan met een eenmalig contact.

Bij degenen die geen anticonceptie gebruiken zijn geen verschillen in condoomgebruik tussen degenen met een eenmalig contact en losse partners. Degenen die een vaste niet monogame relatie hebben gebruiken het minst vaak condooms gevolgd door degenen met een vaste monogame relatie. Omdat zij een vaste relatie hebben en noch anticonceptie noch condooms gebruiken, zou het zo kunnen zijn dat een deel van deze groep zwanger probeert te worden. Bij de personen die wel anticonceptie gebruiken is het condoomgebruik het hoogst onder degenen met eenmalige contacten, gevolgd door degenen met losse partners. Degenen met een vaste monogame relatie gebruiken het minst vaak condooms. Er worden geen significante verschillen gevonden tussen de eenmalige contacten en degenen met een niet monogame vaste relatie.

Door het controleren voor het anticonceptiegebruik en het type partner, blijkt dat het leeftijdseffect is toegenomen. Verder wordt een negatief verband gevonden met het opleidingsniveau: hoe hoger men is opgeleid, hoe kleiner de kans dat men consequent condooms heeft gebruikt met de eerste partner.

In het derde model is het startmodel compleet met de items waarop de hypothesen getoetst worden. Hierbij is een negatief verband met leeftijd en het opleidingsniveau gevonden op het consequent condoomgebruik met de eerste partner.

Tabel 17a: Logistische regressieanalyse consequent condoomgebruik eerste partner

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6		Model 7	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	1,09	0,73	1,00	0,82	1,61*	0,88	1,46	0,93	1,39	0,92	1,47	0,91	1,41	0,91
Vrouw	-0,10	0,14	-0,10	0,14	0,03	0,15	0,01	0,15	0,01	0,15	0,01	0,15	0,00	0,15
Homo- / Biseksueel	-0,13	0,23	-0,11	0,23	-0,13	0,24	-0,13	0,24	-0,12	0,24	-0,14	0,24	-0,14	0,24
Leeftijd	-0,03***	0,01	-0,03***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01
Opleidingsniveau	-0,06	0,04	-0,07	0,04	-0,08*	0,05	-0,08*	0,05	-0,07	0,05	-0,08*	0,05	-0,08*	0,05
Leeftijd eerste keer seks			0,01	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,01
<i>Type partner en slikt de pil niet</i>														
Enmalig contact (ref)														
Losse partner					-0,26	0,32	-0,26	0,32	-0,27	0,32	-0,26	0,32	-0,27	0,32
Vaste relatie, niet monogaam					-2,32***	0,80	-2,31***	0,80	-2,31***	0,80	-2,31***	0,80	-2,30***	0,80
Vaste relatie, wel monogaam					-1,04***	0,27	-1,03***	0,27	-1,03***	0,27	-1,04***	0,27	-1,04***	0,27
<i>Type partner en slikt de pil wel</i>														
Enmalig contact (ref)														
Losse partner					0,85**	0,43	0,85**	0,43	0,84*	0,43	0,84**	0,43	0,81*	0,43
Vaste relatie, niet monogaam					-1,20*	0,55	-1,24*	0,55	-1,24*	0,55	-1,24*	0,55	-1,22*	0,55
Vaste relatie, wel monogaam					-1,36	0,96	-1,36	0,96	-1,38	0,96	-1,37	0,96	-1,33	0,96
					-1,86*	0,46	-1,86*	0,46	-1,851*	0,46	-1,87*	0,46	-1,82*	0,46
Kennis							0,04	0,08						
Risicoperceptie									0,00	0,00				
Socialisatie											0,02	0,03		
Subjectieve norm													0,03	0,03
Gedragcontrole (neg)														
Risicogedrag														
Zelfbeeld														
Vertrouwen														
Gedragintentie														
Nagelkerke R ²	0,02		0,02		0,09		0,09		0,09		0,09		0,09	

Sign: *= $p < 0,10$; **= $p < 0,05$; ***= $p < 0,01$

N=1013

Tabel 17b: Logistische regressieanalyse consequent condoomgebruik eerste partner

	Model 8		Model 9		Model 10		Model 11		Model 12		Model 13	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	1,85**	0,89	1,48	0,92	1,23	0,92	1,73**	0,89	1,07	0,90	0,53	1,10
Vrouw	0,00	0,15	0,05	0,16	0,06	0,15	0,05	0,15	-0,10	0,15	-0,04	0,17
Homo- / Biseksueel	-0,11	0,24	-0,12	0,24	-0,12	0,24	-0,10	0,24	-0,07	0,24	-0,03	0,24
Leeftijd	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01
Opleidingsniveau	-0,08*	0,05	-0,08*	0,05	-0,09**	0,05	-0,08*	0,05	-0,09**	0,05	-0,09*	0,05
Leeftijd eerste keer seks	0,02	0,03	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
<i>Type partner en slikt de pil niet</i>												
Enmalig contact (ref)												
Losse partner	-0,27	0,33	-0,26	0,32	-0,26	0,32	-0,21	0,33	-0,29	0,33	-0,25	0,33
Vaste relatie, niet monogaam	-2,30***	0,80	-2,32***	0,80	-2,31***	0,80	-2,24***	0,80	-2,15***	0,80	-2,01***	0,81
Vaste relatie, wel monogaam	-1,09***	0,27	-1,02***	0,27	-1,04***	0,27	-0,96***	0,27	-1,17***	0,27	-1,11***	0,28
<i>Type partner en slikt de pil wel</i>												
Enmalig contact (ref)	0,81*	0,43	0,85**	0,43	0,84**	0,43	0,87**	0,43	0,65	0,43	0,63	0,44
Losse partner	-1,22*	0,55	-1,24*	0,55	-1,22*	0,55	-1,17*	0,55	-1,13	0,56	-1,00	0,57
Vaste relatie, niet monogaam	-1,36	0,96	-1,38	0,96	-1,34	0,96	-1,32	0,96	-1,26	0,97	-1,21	0,97
Vaste relatie, wel monogaam	-1,89*	0,46	-1,85*	0,46	-1,86*	0,46	-1,82*	0,46	-1,813	0,47	-1,76	0,47
Kennis											0,02	0,08
Risicoperceptie											0,00	0,00
Socialisatie											0,00	0,03
Subjectieve norm											0,01	0,03
Gedragscontrole (neg)	-0,46***	0,18									-0,37**	0,18
Risicogedrag			0,15	0,30							0,32	0,31
Zelfbeeld					0,07	0,05					0,06	0,05
Vertrouwen							-0,22	0,15			-0,23	0,15
Gedragsintentie									0,01***	0,00	0,01***	0,00
Nagelkerke R ²	0,10		0,09		0,10		0,10		0,12		0,13	

Sign: *= $p < 0,10$; **= $p < 0,05$; ***= $p < 0,01$

N=1013

4.4.1.2. De hypothesen

Elke hypothese is in een afzonderlijk model gecontroleerd. De onafhankelijke variabelen die een invloed uitoefenen op het consequent condoomgebruik met de eerste partner worden besproken, evenals de modellen waar een verandering in het leeftijds- of opleidingseffect optreedt.

Er is slechts voor twee onafhankelijke variabelen een invloed gevonden op het consequent condoomgebruik. Voor personen met te weinig gedragscontrole is de kans kleiner dat zij consequent condooms hebben gebruikt met de eerste partner en voor personen met een hogere gedragsintentie is de kans groter dat zij consequent condooms hebben gebruikt met de eerste partner. De andere onafhankelijke variabelen blijken geen invloed te hebben op het consequent condoomgebruik met de eerste partner.

Door het toevoegen van de onafhankelijke variabelen, treedt er nergens een verandering in het leeftijdseffect op. De hypothesen (hypothese 1b tot en met 4b) veronderstellen dat het leeftijdseffect op het seksueel risicogedrag zou afnemen wanneer er gecontroleerd wordt voor kennis, risicoperceptie, socialisatie en subjectieve norm. Voor het consequent condoomgebruik met de eerste partner vinden we dus geen ondersteuning voor deze hypothesen.

Door het toevoegen van de onafhankelijke variabelen treden er nauwelijks veranderingen op in het opleidingseffect. Door het toevoegen van de risicoperceptie verdwijnt het opleidingseffect. Dit is in overeenstemming met hypothese 2a, die veronderstelt dat wanneer gecontroleerd wordt voor de risicoperceptie, het effect van het opleidingsniveau op het seksueel risicogedrag kleiner wordt. Verder blijkt dat het leeftijdseffect toeneemt bij controle voor de gedragsintentie en het lichamenlijk zelfbeeld. Dit houdt in dat de verschillen van het consequent condoomgebruik met de eerste partner groter worden tussen de verschillende opleidingsniveaus. Dit laatste is in tegenspraak met hypothese 7a, die veronderstelt dat het opleidingseffect op het seksueel risicogedrag afneemt wanneer er gecontroleerd wordt voor het lichamenlijk zelfbeeld.

Als laatste zijn alle onafhankelijke variabelen opgenomen in één model. Alleen de gedragscontrole en de gedragsintentie blijken van invloed te zijn op het consequent condoomgebruik met de eerste partner. De invloed van de gedragsintentie is groter dan de invloed van een gebrek aan gedragscontrole. Een gebrek aan gedragscontrole laat een afname van 0,37 zien. De gedragsintentie laat een toename van 0,01 per 1 procent zien, maar de gemiddelde gedragsintentie is 72 procent, wat neerkomt op een toename van 0,72. Bij controle voor het leeftijds- en opleidingseffect blijkt geen verandering in het leeftijdseffect. Het opleidingseffect is daarentegen wel licht toegenomen, wat in tegenspraak is met de hypothesen, waarbij overal een afname in het opleidings- en leeftijdseffect werd voorspeld.

Samenvattend blijkt dat zowel het opleidingsniveau als de leeftijd een negatieve invloed hebben op het consequent condoomgebruik met de eerste partner. Daarnaast blijken alleen de gedragscontrole en de gedragsintentie een verklaring te bieden voor het

consequent condoomgebruik met de eerste partner. Echter geen van de onafhankelijke variabelen zorgt voor een verandering van het leeftijdseffect, terwijl het risicogedrag een kleine afname, en het lichamenlijk zelfbeeld en de gedragsintentie een kleine toename in het opleidingseffect laten zien.

4.4.2. Resultaten van het consequent condoomgebruik met de laatste partner

4.4.2.1. De controlevariabelen

In tabel 18 is een logistische regressieanalyse uitgevoerd voor het consequent condoomgebruik met de laatste partner. In het eerste model is net als bij de analyse van het consequent condoomgebruik met de eerste partner, het geslacht, de seksuele geaardheid, de leeftijd en het opleidingsniveau opgenomen. Voor de seksuele geaardheid worden hier geen verschillen gevonden. Voor vrouwen blijkt het consequent condoomgebruik met de laatste partner kleiner dan voor mannen, en ook naar leeftijd en het opleidingsniveau wordt een negatief verband gevonden met het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Dus hoe ouder men is en hoe hoger men in opgeleid, hoe kleiner de kans dat men met de laatste partner consequent condooms gebruikt.

In het tweede model is eveneens als bij het consequent condoomgebruik met de eerste partner gecontroleerd voor het gebruik van anticonceptie en het type partner. Het condoomgebruik ligt hoger bij degenen die geen anticonceptie gebruiken. Bij degenen die geen anticonceptie gebruiken, worden geen verschillen gevonden in het consequent condoomgebruik tussen de eenmalige contacten, losse partners en vaste niet monogame relaties. Wel blijken degenen met een vaste monogame relatie minder condooms te gebruiken dan degenen met een eenmalig contact. Bij degenen die wel anticonceptie gebruiken, blijkt dat degenen met een eenmalig contact het vaakst condooms gebruiken, gevolgd door degenen met een losse partner en een vaste niet monogame relatie. Degenen met een vaste monogame relatie hebben de kleinste kans op consequent condoomgebruik.

Bij controle op het gebruik van anticonceptie en type partner blijken geen veranderingen in het leeftijdseffect, wel is het opleidingseffect verdwenen. Door te controleren voor het anticonceptiegebruik en het type partner, blijken er geen opleidingsverschillen meer te bestaan bij het consequent condoomgebruik met de laatste partner.

Een verklaring dat men geen condooms gebruikt kan zijn dat men zich heeft laten testen op soa's. Dit is vooral een verklaring waarom degenen met een vaste monogame relatie geen condooms gebruiken. Het getest zijn op soa's laat inderdaad zien dat de kans op consequent condoomgebruik afneemt. Controle op het soa-testgedrag laat zien dat het effect van het hebben van een vaste monogame relatie toeneemt als ze wel anticonceptie gebruiken en afneemt als ze geen anticonceptie gebruiken. Het getest zijn op soa's biedt geen verklaring waarom men binnen vaste relaties geen condooms gebruikt, omdat de veranderingen in de effecten tussen model 1 en 2 voor wel of geen anticonceptiegebruik bij een vaste monogame relatie tegengesteld zijn.

Tabel 18a: Logistische regressieanalyse consequent condoomgebruik laatste partner

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6		Model 7	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	1,31	0,91	2,37**	1,06	2,41**	1,06	2,05*	1,11	2,55**	1,11	2,09*	1,09	2,17**	1,10
Vrouw	-0,33*	0,18	-0,26	0,20	-0,19	0,20	-0,22	0,20	-0,18	0,20	-0,24	0,20	-0,23	0,20
Homo- / Biseksueel	0,14	0,26	-0,33	0,29	-0,28	0,29	-0,30	0,29	-0,28	0,29	-0,31	0,29	-0,29	0,29
Leeftijd	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01
Opleidingsniveau	-0,09*	0,05	-0,09	0,06	-0,09	0,06	-0,10*	0,06	-0,09	0,06	-0,09	0,06	-0,09	0,06
<i>Type partner en geen anticonceptie</i>														
Enmalig contact (ref)														
Losse partner			-0,25	0,46	-0,20	0,46	-0,23	0,46	-0,20	0,46	-0,19	0,46	-0,19	0,46
Vaste relatie, niet monogaam			-0,59	0,65	-0,51	0,65	-0,55	0,65	-0,50	0,65	-0,53	0,65	-0,50	0,65
Vaste relatie, wel monogaam			-1,03**	0,42	-0,97**	0,43	-1,02**	0,43	-0,96**	0,43	-1,00**	0,43	-0,95**	0,43
<i>Type partner en wel anticonceptie</i>														
Enmalig contact (ref)			1,86***	0,66	1,97***	0,67	1,90***	0,67	1,97***	0,67	2,00***	0,67	1,95***	0,67
Losse partner			-1,83**	0,76	-1,84**	0,76	-1,81**	0,76	-1,85**	0,76	-1,88**	0,76	-1,82**	0,76
Vaste relatie, niet monogaam			-2,71**	0,96	-2,68**	0,96	-2,61**	0,97	-2,69**	0,96	-2,76**	0,96	-2,65**	0,96
Vaste relatie, wel monogaam			-3,77***	0,71	-3,82***	0,71	-3,80***	0,72	-3,82***	0,72	-3,89***	0,72	-3,78***	0,71
Is getest op soa's					-0,37**	0,20	-0,40**	0,20	-0,38*	0,20	-0,40**	0,20	-0,38**	0,20
Kennis							0,108	0,10						
Risicoperceptie									0,00	0,00				
Socialisatie											0,05	0,04		
Subjectieve norm													0,04	0,04
Gedragscontrole (neg)														
Risicogedrag														
Zelfbeeld														
Vertrouwen														
Gedragsintentie														
Nagelkerke R ²	0,03		0,22		0,23		0,23		0,23		0,23		0,23	

Sign: *= $p < 0,10$; **= $p < 0,05$; ***= $p < 0,01$

N=1013

Tabel 18b: Logistische regressieanalyse consequent condoomgebruik laatste partner

	Model 8		Model 9		Model 10		Model 11		Model 12		Model 13	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	2,99***	1,09	3,07***	1,11	2,35**	1,10	2,79***	1,08	1,18	1,14	2,89**	1,38
Vrouw	-0,26	0,20	-0,34	0,21	-0,19	0,20	-0,15	0,20	-0,54**	0,22	-0,65***	0,24
Homo- / Biseksueel	-0,28	0,30	-0,33	0,29	-0,28	0,29	-0,29	0,29	-0,35	0,31	-0,39	0,32
Leeftijd	-0,05***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,04***	0,01	-0,05***	0,02	-0,06***	0,02
Opleidingsniveau	-0,09	0,06	-0,10*	0,06	-0,09	0,06	-0,10*	0,06	-0,11*	0,06	-0,13**	0,07
<i>Type partner en geen anticonceptie</i>												
Enmalig contact (ref)												
Losse partner	-0,23	0,47	-0,25	0,46	-0,21	0,46	-0,19	0,46	-0,42	0,50	-0,46	0,52
Vaste relatie, niet monogaam	-0,79	0,67	-0,61	0,66	-0,52	0,65	-0,43	0,66	-0,69	0,70	-0,90	0,72
Vaste relatie, wel monogaam	-1,23***	0,44	-1,08***	0,43	-0,97**	0,43	-0,89**	0,43	-1,61***	0,48	-1,82***	0,51
<i>Type partner en wel anticonceptie</i>												
Enmalig contact (ref)	1,77***	0,69	1,92***	0,67	1,96***	0,67	1,98***	0,67	1,77**	0,73	1,58**	0,76
Losse partner	-1,81**	0,78	-1,85**	0,76	-1,83**	0,76	-1,79**	0,76	-2,01*	0,83	-1,98*	0,86
Vaste relatie, niet monogaam	-2,84**	0,98	-2,73**	0,97	-2,68**	0,96	-2,56**	0,97	-2,72**	1,03	-2,85*	1,07
Vaste relatie, wel monogaam	-3,91***	0,73	-3,90***	0,72	-3,82***	0,71	-3,76***	0,72	-4,28***	0,77	-4,37***	0,80
Is getest op soa's	-0,31	0,20	-0,37*	0,20	-0,38*	0,20	-0,37*	0,20	-0,57***	0,21	-0,54**	0,22
Kennis											-0,01	0,11
Risicoperceptie											0,00	0,00
Socialisatie											0,05	0,05
Subjectieve norm											-0,02	0,05
Gedragcontrole (neg)	-1,02***	0,25									-0,79***	0,26
Risicogedrag			-0,83**	0,39							-0,64	0,42
Zelfbeeld					0,01	0,07					-0,03	0,07
Vertrouwen							-0,50***	0,19			-0,38*	0,21
Gedragintentie									0,04***	0,01	0,03***	0,01
Nagelkerke R ²	0,26		0,24		0,23		0,24		0,34		0,37	

Sign: *= $p < 0,10$; **= $p < 0,05$; ***= $p < 0,01$

N=1013

Bij controle voor het getest zijn op soa's blijkt er geen veranderingen op te treden naar het leeftijdseffect. Verder wordt er ten opzichte van model 2 nog geen opleidingseffect gevonden. In het derde model is het startmodel compleet met de items waarop de hypothesen getoetst worden. Hierbij wordt een negatief verband gevonden met leeftijd en worden er geen verschillen in consequent condoomgebruik met de laatste partner afhankelijk van het opleidingsniveau gevonden.

4.4.2.2. De hypothesen

Zoals bij het consequent condoomgebruik met de eerste partner, is er ook voor het consequent condoomgebruik met de laatste partner elke hypothese in een afzonderlijk model opgenomen. Hierbij volgen de onafhankelijke variabelen die een invloed uitoefenen op het consequent condoomgebruik met de laatste partner en de modellen waar er een verandering in het leeftijds- of opleidingseffect optreedt.

Vier onafhankelijke variabelen blijken een invloed uit te oefenen op het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Het gebrek aan gedragscontrole, het risicogedrag en het vertrouwen in anderen hebben een negatieve invloed op het consequent condoomgebruik. De gedragsintentie heeft een positieve invloed op het consequent condoomgebruik.

Het leeftijdseffect op het consequent condoomgebruik met de laatste partner blijkt toe te nemen bij controle voor de gedragscontrole en de gedragsintentie. Dit houdt in dat wanneer voor deze items gecontroleerd wordt, de verschillen naar leeftijd groter worden. Er is een afname voor het leeftijdseffect voorspeld als er gecontroleerd zou worden voor kennis, risicoperceptie, socialisatie en de subjectieve norm. Met geen van deze items verandert het leeftijdseffect, zodat we geen ondersteuning vinden voor de hypothesen (hypothese 1b tot en met 4b).

Er is een lichte toename van het opleidingseffect op het consequent condoomgebruik wanneer er gecontroleerd wordt voor kennis, risicogedrag, vertrouwen en risicoperceptie. Dit houdt in dat de verschillen tussen de verschillende opleidingsniveaus groter worden. Er is voor kennis en risicogedrag een afname van het opleidingseffect op het seksueel risicogedrag voorspeld. Hiermee worden hypothese 1a en 6a weerlegd. Ook voor de overige hypothesen (hypothese 2a tot en met 5a en 7a) is geen ondersteuning, omdat er geen veranderingen in het opleidingseffect op het consequent condoomgebruik gevonden is.

Alle onafhankelijke variabelen zijn opgenomen in één model en wordt bekeken welk item de meeste invloed heeft op het consequent condoomgebruik met de laatste partner. De gedragscontrole, het vertrouwen in anderen en de gedragsintentie blijken een invloed uit te oefenen op het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Het vertrouwen in anderen laat een afname van 0,38 zien tegen een afname van 0,79 als er sprake is van een gebrek aan gedragscontrole. De gedragsintentie neemt met 0,03 per procent toe, wat met een gemiddelde gedragsintentie van 72 procent neerkomt op 2,16. De gedragsintentie blijkt dus de beste verklaring te bieden voor het voorspellen van het consequent

condoomgebruik met de laatste partner. Bij controle voor het leeftijds- en opleidingseffect blijkt voor beide een toename in het effect. De toename van deze effecten is in tegenspraak met de hypothesen, die allen een afname in het opleidings- en leeftijdseffect voorspellen.

Samenvattend blijkt dat de leeftijd een negatieve invloed heeft op het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Het opleidingsniveau heeft alleen een negatieve invloed als alleen geslacht, seksuele geaardheid en leeftijd in een model opgenomen worden. Dit effect verdwijnt bij controle voor anticonceptie, type partner en soa-testgedrag. De gedragscontrole, risicogedrag, vertrouwen in anderen en de gedragsintentie blijken van invloed te zijn op het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Verder blijkt het risicogedrag en de gedragsintentie voor een lichte toename van het leeftijdseffect te zorgen en de kennis, het risicogedrag, het vertrouwen in anderen en de gedragsintentie voor een kleine toename van het opleidingseffect op het consequent condoomgebruik met de laatste partner.

4.4.3. Resultaten percentage consequent condoomgebruik over alle partners

4.4.3.1. De controlevariabelen

De controlevariabelen die voor het percentage consequent condoomgebruik over alle partners zijn opgenomen, zijn het geslacht, de seksuele geaardheid, de leeftijd en het opleidingsniveau. In vergelijking met het verklaren van het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner, kan hier niet voor bepaalde items gecontroleerd worden, zoals het anticonceptiegebruik en het type partner, omdat deze gegevens er niet voor alle partners zijn.

Er zijn voor het percentage consequent condoomgebruik geen verschillen naar het geslacht, de seksuele geaardheid of naar leeftijd, maar wel verschillen naar het opleidingsniveau: hoe hoger men is opgeleid, hoe minder consequent men condooms gebruikt bij de verschillende partners.

4.4.3.2. De hypothesen

Er worden voor drie onafhankelijke variabelen effecten gevonden op het percentage consequent condoomgebruik. Een hogere subjectieve norm zorgt ervoor dat men consequenter condooms gebruikt met de verschillende partners. Er wordt ook een significant effect voor de subjectieve norm en de gedragsintentie gevonden. Deze hebben een waarde die kleiner is dan 0,00, zodat de invloed die hier vanuit gaat verwaarloosbaar is.

Door het controleren op de onafhankelijke variabelen, worden er nergens veranderingen in het leeftijdseffect geconstateerd. Het zelfbeeld en de gedragsintentie zorgen wel voor een toename van het opleidingseffect. Dit komt erop neer dat rekening houdend met het zelfbeeld en de gedragsintentie, de verschillen naar het opleidingsniveau groter worden.

Tabel 19: Lineaire regressieanalyse percentage consequent condoomgebruik alle partners

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	0,77***	0,13	0,76***	0,14	0,62***	0,14	0,71***	0,13	0,65***	0,13
Vrouw	0,00	0,02	0,00	0,03	-0,01	0,02	-0,01	0,03	-0,02	0,03
Homo- / Biseksueel	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04
Leeftijd	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Opleidingsniveau	-0,02***	0,01	-0,02***	0,01	-0,02**	0,01	-0,02***	0,01	-0,02***	0,01
Kennis			0,00	0,01						
Risicoperceptie					0,002***	0,00				
Socialisatie							0,01	0,01		
Subjectieve norm									0,02***	0,01
Gedragscontrole (neg)										
Risicogedrag										
Zelfbeeld										
Gedragsintentie										
R ²	0,01		0,01		0,01		0,01		0,02	

	Model 6		Model 7		Model 8		Model 9		Model 10	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	0,78***	0,13	0,75***	0,13	0,71***	0,14	0,54***	0,12	0,31**	0,15
Vrouw	0,00	0,02	0,01	0,03	0,01	0,02	-0,05**	0,02	-0,05*	0,03
Homo- / Biseksueel	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,07*	0,04	0,07*	0,04
Leeftijd	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Opleidingsniveau	-0,02***	0,01	-0,02***	0,01	-0,03***	0,01	-0,03***	0,01	-0,02***	0,01
Kennis									-0,01	0,01
Risicoperceptie									0,00***	0,00
Socialisatie									0,00	0,01
Subjectieve norm									0,01**	0,01
Gedragscontrole (neg)	-0,05	0,03							0,00	0,03
Risicogedrag			0,03	0,05					0,07	0,05
Zelfbeeld					0,01	0,01			0,01	0,01
Gedragsintentie							0,00***	0,00	0,00***	0,00
R ²	0,01		0,01		0,01		0,12		0,13	

Sign: *= $p < 0,10$; **= $p < 0,05$; ***= $p < 0,01$
 N=1007

De hypothesen voorspellen voor beiden een afname van het opleidingseffect op het percentage consequent condoomgebruik bij controle voor deze onafhankelijke variabelen. Er wordt nergens een bevestiging voor de hypothesen gevonden, omdat er nergens een afname in het opleidings- en leeftijdseffect optreedt.

Als laatste zijn alle onafhankelijke variabelen opgenomen in één model en is onderzocht welk item de meeste invloed heeft op het percentage consequent condoomgebruik over alle partners. Er worden hier drie significante effecten gevonden bij de onafhankelijke variabelen. Van de risicoperceptie en de gedragsintentie gaat een verwaarloosbare invloed uit, omdat deze waarden lager liggen dan 0,00. Voor de subjectieve norm wordt wel een waarde gevonden, deze is met een waarde van 0,01 zeer klein te noemen. De onafhankelijke variabelen oefenen dus vrijwel geen invloed uit op het consequent condoomgebruik met de verschillende partners.

Het opnemen van de onafhankelijke variabelen draagt bij aan een verandering binnen de controlevariabelen. Er worden geen veranderingen geconstateerd voor het leeftijds- en opleidingseffect, wel voor het effect van geslacht en seksuele geaardheid. Bij controle

voor de onafhankelijke variabelen blijkt dat vrouwen en heteroseksuelen minder consequent condooms gebruiken.

Samenvattend wordt er geen samenhang gevonden tussen leeftijd en het percentage consequent condoomgebruik. Er blijkt wel een negatieve invloed van het opleidingsniveau op het percentage consequent condoomgebruik uit te gaan. De subjectieve norm, de risicoperceptie en de gedragsintentie blijken van invloed te zijn op het percentage consequent condoomgebruik, al is de invloed van de twee laatstgenoemde items te verwaarlozen. Bij controle op de onafhankelijke variabelen worden geen veranderingen in het leeftijdseffect waargenomen en bij controle op het zelfbeeld en de gedragsintentie blijkt het leeftijdseffect op het percentage consequent condoomgebruik toe te nemen.

4.4.4. Resultaten van het soa-testgedrag

4.4.4.1. De controlevariabelen

Bij de analyse voor het soa-testgedrag wordt het geslacht, de seksuele geaardheid, leeftijd en het opleidingsniveau als controlevariabelen opgenomen. Vrouwen en homo- en biseksuelen laten zich vaker testen op soa's dan mannen en heteroseksuelen. Verder is men vaker getest naarmate men ouder is. Voor het opleidingsniveau worden geen verschillen gevonden op het soa-testgedrag.

4.4.4.2. De hypothesen

De kennis, de socialisatie, de subjectieve norm, het gebrek aan gedragscontrole, een positief zelfbeeld en de gedragsintentie zijn van positieve invloed op het zich laten testen op soa's. Door op de onafhankelijke variabelen te controleren worden geen verschillen van het leeftijdseffect op het soa-testgedrag waargenomen. Bij controle op de kennis over veilig vrijen en soa's, de socialisatie en de subjectieve norm blijkt een toename van het leeftijdseffect gevonden te worden. Dit is in tegenspraak met de hypothesen, die een afname in het leeftijdseffect voorspelt. Voor het soa-testgedrag vinden we geen ondersteuning voor een van de hypothesen.

Wanneer alle onafhankelijke variabelen in één model worden opgenomen, blijkt dat kennis, socialisatie, het gebrek aan gedragscontrole, een positief zelfbeeld en de gedragsintentie een positieve invloed hebben op het soa-testgedrag. Door het opnemen van alle items in een model blijkt de invloed van de subjectieve norm op het soa-testgedrag te verdwijnen. Wanneer wordt gekeken naar de gemiddelde scores op deze items, gaat de sterkste invloed uit van kennis (gem. $6,21 * 0,18 = 1,12$), gevolgd door positief zelfbeeld (gem. $6,73 * 0,11 = 0,74$), gedragsintentie ($0,72 * 0,01 = 0,72$), gebrek aan gedragscontrole ($1 * 0,64 = 0,64$) en socialisatie (gem. $5,90 * 0,09 = 0,53$). Door te controleren op de onafhankelijke variabelen, treden er geen verschillen op in het opleidingseffect, wel is er een toename te zien van het leeftijdseffect op het soa-testgedrag.

Tabel 20: Logistische regressieanalyse soa-testgedrag

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	-1,73***	0,65	-3,08***	0,72	-1,51**	0,69	-2,51***	0,69	-2,34***	0,69
Vrouw	0,78***	0,14	0,67***	0,14	0,81***	0,14	0,67***	0,14	0,69***	0,14
Homo-/Biseksueel	0,66***	0,22	0,60***	0,22	0,66***	0,22	0,63***	0,22	0,63***	0,22
Leeftijd	0,03***	0,01	0,04***	0,01	0,03***	0,01	0,04***	0,01	0,04***	0,01
Opleidingsniveau	0,00	0,04	-0,04	0,04	-0,01	0,04	0,01	0,04	0,01	0,04
Kennis			0,19***	0,03						
Risicoperceptie					-0,00	0,00				
Socialisatie							0,11***	0,03		
Subjectieve norm									0,09***	0,03
Gedragscontrole (neg)										
Risicogedrag										
Zelfbeeld										
Gedragsintentie										
Nagelkerke R ²	0,08		0,12		0,08		0,09		0,09	

	Model 6		Model 7		Model 8		Model 9		Model 10	
	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.	B	S.e.
Constant	-1,89***	0,66	-2,01***	0,68	-2,31***	0,70	-2,11***	0,67	-5,11***	0,89
Vrouw	0,82***	0,14	0,86***	0,15	0,82***	0,14	0,72***	0,14	0,63***	0,16
Homo-/Biseksueel	0,64***	0,22	0,67***	0,22	0,67***	0,22	0,70***	0,22	0,56**	0,23
Leeftijd	0,03***	0,01	0,03***	0,01	0,03***	0,01	0,03***	0,01	0,05***	0,01
Opleidingsniveau	0,00	0,04	0,01	0,04	-0,01	0,04	0,00	0,04	-0,05	0,04
Kennis									0,18***	0,03
Risicoperceptie									0,00	0,00
Socialisatie									0,09***	0,03
Subjectieve norm									0,05	0,03
Gedragscontrole (neg)	0,52***	0,16							0,64***	0,17
Risicogedrag			0,43	0,28					0,29	0,29
Zelfbeeld					0,11**	0,05			0,11**	0,05
Gedragsintentie							0,01***	0,00	0,01**	0,00
Nagelkerke R ²	0,09		0,08		0,08		0,08		0,17	

Sign: *= $p < 0,10$; **= $p < 0,05$; ***= $p < 0,01$
N=1013

Samenvattend blijkt dat leeftijd een positief effect heeft op het soa-testgedrag. Voor het opleidingsniveau wordt er geen samenhang gevonden met het zich laten testen op soa's. Er blijkt met diverse onafhankelijke variabelen een samenhang te zijn met het soa-testgedrag. Zo gaat er een positieve invloed uit van kennis, socialisatie, subjectieve norm, gebrek aan gedragscontrole, het zelfbeeld en de gedragsintentie op het soa-testgedrag. Bij controle op de onafhankelijke variabelen blijkt geen verandering op te treden in het opleidingseffect op het getest zijn op soa's, maar blijkt er wel een toename van het leeftijdseffect op het testgedrag als we controleren voor kennis, socialisatie en subjectieve norm.

4.5. Conclusies resultaten seksueel risicogedrag

Het seksuele risicogedrag is onderzocht door gebruik te maken van vier afhankelijke variabelen: het consequent condoomgebruik met de eerste partner, het consequent condoomgebruik met de laatste partner, het percentage consequent condoomgebruik over alle partners en het soa-testgedrag. Er is gekeken naar de verschillen in seksueel risicogedrag afhankelijk van het opleidingsniveau en de leeftijd.

Het opleidingsniveau blijkt een negatieve invloed te hebben op het consequent condoomgebruik met de eerste partner en op het percentage consequent condoomgebruik. Voor het consequent condoomgebruik met de laatste partner wordt alleen een negatieve samenhang gevonden wanneer alleen wordt gecontroleerd voor geslacht, seksuele geaardheid en leeftijd en het controleren op anticonceptiegebruik, type partner en het soa-testgedrag achterwege wordt gelaten. Voor het soa-testgedrag worden geen verschillen tussen de opleidingsniveaus gevonden. De leeftijd blijkt een negatief effect te hebben op het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner en een positief effect op het soa-testgedrag. Voor het percentage consequent condoomgebruik over alle partners worden geen verschillen gevonden afhankelijk van de leeftijd.

Van de onafhankelijke variabelen blijken gedragscontrole en gedragsintentie van invloed te zijn op het consequent condoomgebruik met de eerste partner en de laatste partner. Daarnaast blijkt bij de laatste partner ook het risicogedrag en het vertrouwen in anderen een verklaring te bieden voor het consequent condoomgebruik. Bij het percentage consequent condoomgebruik over alle partners blijkt een samenhang te bestaan met risicoperceptie, subjectieve norm en gedragsintentie. De meeste effecten van de onafhankelijke variabelen worden gevonden bij het soa-testgedrag. Hier blijkt een positief effect te zijn met kennis, socialisatie, subjectieve norm, gebrek aan gedragscontrole, het zelfbeeld en gedragsintentie. De gedragsintentie blijkt de beste voorspeller voor seksueel risicogedrag, omdat hiervoor bij alle afhankelijke variabelen een positief effect is met minder seksueel risicogedrag.

Aan de hand van de onafhankelijke variabelen zijn de hypothesen getoetst die een afname van het opleidings- en leeftijdseffect voorspellen op het seksuele risicogedrag. De enige ondersteuning van de hypothesen wordt gevonden bij controle voor de risicoperceptie op het consequent condoomgebruik met de eerste partner, dat zorgt voor een afname van het opleidingseffect. Dit effect is echter heel klein. Verder worden geen veranderingen in het opleidings- en leeftijdseffect gevonden, of nemen het opleidings- en leeftijdseffect toe bij controle op de onafhankelijke variabelen.

5. Conclusie en discussie

5.1. Conclusie

Studies naar seksueel risicogedrag zijn vaak beschrijvend, de sociale determinanten erachter worden beperkt besproken. In deze studie is op zoek gegaan naar verklaringen voor het seksueel risicogedrag en is onderzocht of de verklaringen afhankelijk zijn van het opleidingsniveau en de leeftijd.

Het seksuele risicogedrag is onderzocht voor de primaire en secundaire preventie van soa's. Voor de primaire preventie is gekeken naar het consequent condoomgebruik met de eerste partner, het consequent condoomgebruik met de laatste partner en het percentage consequent condoomgebruik over alle partners. Voor de secundaire preventie op soa's is het soa-testgedrag bestudeerd. Deze vier items meten tezamen het seksuele risicogedrag en hierbij zijn de verschillen afhankelijk van het opleidingsniveau en de leeftijd bekeken bij het toetsen van de verschillende hypothesen.

Verondersteld is dat de kennis over veilig vrijen en soa's, de risicoperceptie op het oplopen van soa's, het gesocialiseerd zijn met het onderwerp veilig vrijen in de jeugd, de norm van vrienden betreffende veilig vrijen, de gedragscontrole met betrekking op veilig vrijen, het algemene risicogedrag van een persoon, het lichamenlijk zelfbeeld van een persoon, het vertrouwen in anderen en de gedragsintentie met betrekking tot veilig vrijen invloed hebben op de seksuele risico's die iemand neemt.

De kennis over veilig vrijen en soa's heeft geen invloed op het consequent condoomgebruik. Het hebben van meer kennis over veilig vrijen en soa's vergroot de kans dat men zich laat testen op soa's. De risicoperceptie op soa's heeft geen invloed op het consequent condoomgebruik en het soa-testgedrag. Hiermee lijkt het Health Belief Model alleen op te gaan voor het hebben van kennis en dan alleen op het zich laten testen op soa's. De ervaren dreiging blijkt geen invloed te hebben op het ondernemen van seksueel veiliger gedrag.

Het meer gesocialiseerd zijn met veilig vrijen vergroot de kans op het zich laten testen op soa's en heeft geen invloed op het consequent condoomgebruik. De subjectieve norm vergroot de kans op het zich laten testen op soa's en heeft een positieve invloed op het consequent condoomgebruik bij de verschillende partners. Beide items oefenen geen invloed uit op het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner. De theorie van beredeneerde actie gaat op voor het zich laten testen op soa's en de huidige subjectieve norm gaat ook op voor het consequent condoomgebruik.

Voor het gebrek aan gedragscontrole wordt een negatief verband gevonden met het consequent condoomgebruik met de eerste partner en het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Dit is in overeenstemming met de hypothese van gepland gedrag. Dit negatieve verband wordt echter niet gevonden bij het consequent condoomgebruik met de verschillende partners. Daarnaast blijkt het gebrek aan gedragscontrole een

positieve invloed te hebben op het zich laten testen op soa's. Een goede verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat men meer geanticiperde spijt heeft als men door het gebrek aan gedragscontrole in bepaalde situaties onveilig heeft gevreeën. Hierdoor verwacht men meer risico te hebben gelopen op het besmet zijn met een soa, waardoor men de stap neemt om zich te laten testen op soa's.

Voor het vertonen van meer algemeen risicogedrag, als roken, overmatig drinken en onveilig rijgedrag, wordt een samenhang gevonden met het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Hoe hoger het algemene risicogedrag, hoe kleiner de kans dat men bij de laatste partner consequent condooms gebruikt. De cognitieve dissonantietheorie gaat niet op, behalve voor het consequent condoomgebruik met de laatste partner.

Het zelfbeeld van een persoon blijkt niet van invloed op het condoomgebruik. Waar een negatief zelfbeeld de seksuele wensen en plezier belemmert, geldt dit blijkbaar niet voor het condoomgebruik. Men laat zich meer testen als men een positiever lichaamsbeeld heeft. Hieruit kan afgeleid worden dat personen met schaamte voor het eigen lichaam, zich minder bij een arts durven te melden om zich op soa's te laten testen.

Bij de gedragsintentie wordt een positief verband gevonden voor het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner en voor het soa-testgedrag. Dit is in overeenstemming met de theorie van beredeneerde actie en de theorie van gepland gedrag dat de intentie een invloed uitoefent op het gedrag. Dit blijkt ook voor het seksuele gedrag het geval te zijn.

De theorie van vertrouwen veronderstelt dat men eerder onveilig seks zal hebben met goede bekenden. Dit is gecontroleerd voor het consequent condoomgebruik met de eerste en laatste partner. Bij het consequent condoomgebruik met de eerste partner werd dit niet gevonden, bij de laatste partner bleek men wel minder consequent condooms te gebruiken met goede bekenden in vergelijking met 'onbekenden'. Dat dit effect niet met de eerste partner is gevonden zou kunnen komen doordat men bij de seksuele start nog angstig is om iets op te lopen, omdat alles nog nieuw is. Als we het consequent condoomgebruik van de eerste partner en de laatste partner vergelijken, blijkt het consequent condoomgebruik met de eerste partner een stuk hoger te liggen dan met de laatste partner. Dit zou een verklaring kunnen bieden waarom bij het consequent condoomgebruik met de eerste partner minder samenhang wordt gevonden met de onafhankelijke variabelen dan met de laatste partner. Men wordt na de seksuele start minder voorzichtig, omdat men de risico's op ongewenste zwangerschap en soa's lager gaat inschatten. Daardoor kan het zijn dat er bij het condoomgebruik met de laatste partner meer effecten worden gemeten met de onafhankelijke variabelen.

Het toetsen van de hypothesen voor leeftijd is moeilijk, omdat met meerdere factoren rekening gehouden moet worden. Bij bepaalde leeftijdsgroepen kan een kinderwens meespelen. Om deze groep eruit te filteren is onder andere gekeken naar het type partner en het anticonceptiegebruik. Aangenomen wordt dat de groep met een vaste relatie die geen anticonceptiemiddelen of condooms gebruikt waarschijnlijk de groep is met een kinderwens. Door deze uitsplitsingen te maken verdwijnt het leeftijdseffect niet.

Daarnaast is er bij leeftijd sprake van leeftijds- en cohorteffecten. Ik verwacht dat de effecten die we hier hebben gemeten cohorteffecten betreffen, door verschillen in educatie en socialisatie in de jeugd, wat ook zijn invloed heeft op latere leeftijd. De leeftijd blijkt een negatieve samenhang te vertonen met het consequent condoomgebruik met de eerste en de laatste partner en een positieve samenhang met het soa-testgedrag. Dat er minder consequent condooms worden gebruikt komt overheen met de verwachtingen. Dat men vaker is getest op soa's kan verklaard worden doordat men, naarmate men ouder wordt, vaker is getest bij onderzoeken op andere kwalen bij de huisarts, waarbij ook gekeken wordt naar seksuele overdraagbare aandoeningen.

Voor opleiding wordt een negatieve samenhang gevonden met het consequent condoomgebruik met de eerste partner en het percentage consequent condoomgebruik over alle partners. Daarnaast wordt ook een negatieve samenhang gevonden voor het opleidingsniveau met het consequent condoomgebruik met de laatste partner. Dit effect verdwijnt als het gebruik van anticonceptie, het type partner en het getest zijn op soa's meegenomen worden als controlevariabelen. Dit komt waarschijnlijk doordat hoger opgeleiden vaker een vaste relatie hebben, wat een negatief effect heeft op het consequent condoomgebruik. Het blijkt dat men naarmate men hoger is opgeleid, de kans op consequent condoomgebruik afneemt. Er wordt geen samenhang gevonden tussen het opleidingsniveau en het soa-testgedrag.

In de hypothesen is voorspeld dat als er gecontroleerd wordt voor de beschreven onafhankelijke variabelen, het effect van opleiding en leeftijd zou afnemen. Maar alleen het controleren van het risicogedrag op het consequent condoomgebruik met de eerste partner laat een afname van het opleidingseffect zien. Voor de rest neemt nergens het opleidingseffect of het leeftijdseffect af, door voor deze items te controleren. Er zijn of geen veranderingen in het opleidings- en leeftijdseffect te zien, of er is sprake van een lichte toename in deze effecten. Er worden dus voor geen van de hypothesen bevestigingen gevonden, zodat de verschillen in het seksuele risicogedrag naar het effect van het opleidingsniveau en de leeftijd niet verklaard kunnen worden. Voor alle onafhankelijke variabelen is er echter wel een verband gevonden met één of meer van de afhankelijke variabelen die het seksuele risicogedrag meten, behalve voor de risicoperceptie.

Er zijn nauwelijks verschillen gevonden in seksueel risicogedrag afhankelijk voor het opleidingsniveau en de leeftijd. Maar hoe kunnen de verschillen die er bestaan afhankelijk van het opleidingsniveau en leeftijd verklaard worden? Het verklaren van de verschillen in leeftijd bij het consequent condoomgebruik kunnen we verklaren door de cohortverschillen. Het is steeds normaler geworden om over seks en het gebruik van condooms te spreken, waardoor men waarschijnlijk deze ook makkelijker in winkels durft te kopen en het gebruik ervan bij de partner durft aan te kaarten. Dat de leeftijd positief samenhangt met het soa-testgedrag wordt verklaard aan de hand van medische onderzoeken, waarop de kans toeneemt als men ouder wordt.

De verschillen van het effect van het opleidingsniveau zijn moeilijker te verklaren. Bij het consequent condoomgebruik bij de laatste partner verdwijnt het opleidingseffect bij

zowel bij het controleren op het type partner als bij het anticonceptiegebruik. Hier zal de verklaring liggen voor de verschillen afhankelijk van het opleidingsniveau bij het percentage consequent condoomgebruik. Hoger opgeleiden hebben vaker een vaste relatie met de laatste partner en gebruiken vaker anticonceptie. Het gebruik van anticonceptie heeft een remmend effect op het condoomgebruik en doordat hoger opgeleiden meer anticonceptie gebruiken, zou dit ook een remmend effect kunnen hebben bij andere partners, waardoor hoger opgeleiden minder consequent condooms gebruiken. Verder kan het zo zijn dat naarmate men hoger is opgeleid, men vaker vaste relaties heeft, dat weer samenhangt men minder consequent condoomgebruik.

5.2. Discussie

Voor mijn scriptie was het houden van een internetenquête een goede oplossing om data te verzamelen die bij mijn onderzoek passen. Voor de ruime maand die de enquête online heeft gestaan, zijn de ruim duizend respondenten een mooi aantal. Maar om tot betere voorspellingen te komen, zijn meer respondenten nodig. Een groter databestand kan tot meer effecten leiden.

Niet alle sociale categorieën zijn even goed gedekt. Zo zijn via het internet in verhouding meer jongeren dan ouderen te bereiken. Oorspronkelijk wilde ik ook de verschillen in seksueel risicogedrag naar etniciteit onderzoeken, maar door te weinig allochtonen in het databestand is dit niet mogelijk gebleken. Er zijn voor de verspreiding van de enquête diverse oproepen op fora geplaatst die specifieke categorieën aanspreken, bijvoorbeeld homofora, maar ook fora gericht op ouderen en allochtonen. Het bleek moeilijk om via het internet ouderen en allochtonen te bereiken, ondanks de verschillende oproepen. Voor vervolgonderzoek zal het interessant zijn om te kijken hoe alle sociale categorieën via het internet bereikt kunnen worden, zoals ouderen en allochtonen.

Daarnaast blijft het enquêteren via internet niet representatief naar de Nederlandse bevolking, omdat niet iedereen op het internet actief is en hierbij ook scheve verdelingen tussen de sociale categorieën bestaan. Het zou daarom interessant zijn om een grootschalig bevolkingsonderzoek op te zetten, waar middels aselechte trekkingen uit het bevolkingsregister een representatief onderzoek naar het seksueel gedrag uiteen kan worden gezet. Hiermee worden alle categorieën van de Nederlandse bevolking bereikt, waarmee een beschrijvende én verklarende studie uitgevoerd kan worden. Zo kunnen hopelijk meer verschillen in seksueel risicogedrag tussen sociale categorieën verklaard worden. Hopelijk kan dit in de toekomst verder onderzocht worden, zodat meer vragen met betrekking tot het seksuele risicogedrag beantwoord kunnen worden.

Verder blijft het moeilijk om naar seksueel risicogedrag onderzoek te doen. In eerdere studies werd hierbij gekeken naar het condoomgebruik bij (de eerste) en laatste partner. Dit is in dit onderzoek al uitgebreid met het percentage consequent condoomgebruik over alle partners. Maar dit betreft retrospectief onderzoek, waarbij respondenten zich de gebeurtenissen juist moeten herinneren en voor dit onderwerp bestaat hier al discussie over, door rapportageverschillen in condoomgebruik tussen mannen en vrouwen (Kuyper & de Haas, 2006). Het zou daarom erg interessant zijn als respondenten een bepaalde

periode 'gevolgd' zouden worden, bijvoorbeeld door middel van het bijhouden van een dagboek, waarin bijvoorbeeld het condoomgebruik, anticonceptiegebruik, type partner, duur van de relatie etcetera in worden bijgehouden. Op basis van dit materiaal zou diepgaander onderzoek naar seksueel risicogedrag uitgevoerd kunnen worden.

Als laatste is er nog een punt dat aandacht verdient. In Nederland wordt veel aandacht besteed aan veilig vrijen en weinig aan wanneer men voldoende getest is op soa's. Uit het databestand wordt duidelijk dat veel respondenten denken dat een bloedtest, zoals voor medisch onderzoek of ingeschreven staan bij de bloedbank, geheel dekkend is. Maar niet alle soa's zijn vast te stellen met een bloedtest. Bijvoorbeeld de meest voorkomende soa in Nederland, Chlamydia, die bij tien procent van de geteste mensen wordt vastgesteld, geeft een bloedtest niet altijd uitsluitend en dient er bijvoorbeeld een uitstrijkje gedaan te worden. Een aandachtspunt voor de voorlichtingscampagnes ter preventie van soa's is zich te richten op het zich laten testen van soa's.

Literatuurlijst

Ajzen, I. (1985) From intentions to actions. A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.). *Actioncontrol. From cognition to behavior.* 11-39. Berlin: Springer.

Ajzen, I. (1988) *Attitudes, personality and behavior.* Milton Keynes: Open University Press.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs. Prentice-Hall.

Albarracin, D., Fishbein, M., Johnson, B.T., & Muellerleile, P.A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.

Bagozzi, R.P., Baumgartner, H. & Yi, Y. (1992) State versus action orientation and the theory of reasoned action. An application to coupon usage. *J. Consumer Res.* 18. 4. 505-518.

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.

Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory.* New Jersey: Prentice-Hall.

Bang, H., Ellinger, A.E., Hadjimarcou, J. & Traichal, P.A. (2000) Consumer concern, knowledge, belief and attitude toward renewable energy. An application of the reasoned action theory. *Psychology and Marketing.* 17. 6. 449-468.

Bergh, M.Y.W. & Von Sandfort, T.G.M. (2000) *Literatuuronderzoek naar determinanten van veilig vrijgedrag.* Utrecht NISSO / Universiteit Utrecht.

Bogt, T. ter, Dorsselaer, S. van & Vollebergh, W. (2003) *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren.* Trimbos instituut. Utrecht.

Brown, S.S. & Eisenberg, L. (1995) *The best intentions. Unintended pregnancy and the well-being of children and families.* Washington: National Academy Press.

Bukowski, M. W., A. F. Newcomb, et al. (1987). Friendship conceptions among early adolescents: a longitudinal study of stability and change. *Journal of Early Adolescence* 7: 143-152.

Buunk, B.P., Bakker, A.B., Siero, F.W., Eijnden, R.J.J.M. van den, & Yzer, M.C. (1998). Predictors of AIDS-preventive behavioral intentions among adult heterosexuals at risk for HIV-infection: Extending current models and measures. *AIDS Education and Prevention*, 10, 149-172.

Clark, M. L. en M. Ayers (1992). Friendship similarity during early adolescence: gender and racial patterns. *Journal of Psychology* 126(393-405).

Chodorow, N. (1978) *The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender.* University of California Press.

Corsaro, W. A. en D. Eder (1990). Children's peer cultures. *Annual Review of Sociology* 16: 197-220.

Diclemente, R.J. & Peterson, J.L. (1994) *Preventing Aids: Theories and methods of behavioral interventions.* New York and London: Plenum.

Eversdijk, J.J.C., Bos, E.K., Jessurun, M. & Vissers, J.A.M.M. (2000) *Periodiek Regionaal Onderzoek Verkeersveiligheid PROV Rapport TT00-66.* Traffic Test. Veenendaal.

Ferrand, A. & Snijders, T. (1997) Social networks and normative context. In M. Hubert, N. Bajos & T. Sandfort (Eds.) *Sexual interactions and Hiv risk. New conceptual perspectives in European research.* 6-21. London/Bristol: Taylor & Francis.

Festinger, L.A. (1957) *A theory of cognitive Dissonance.* Stanford: Stanford University Press.

Fishbein, M., Middlestadt, S.E. & Hitchcock, P.J. (1994) Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. An Analysis based on the theory of reasoned action. In R.J. DiClemente & J.L. Peterson: *Preventing Aids. Theories and methods of behavioral Interventions.*

Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992) Changing Aids risk behavior. *Psychological Bulletin*. 111. 455-474.

Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (2000) Theoretical approaches to individual-level change in Hiv risk behavior. In J.L. Peterson & R.J. DiClemente (Eds.) *Handbook of Hiv Prevention.* 3-55. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Fisher, W.A. & Fisher, J.D. (1998) Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior. Theory and method. *Annual Review of Sex Reseach.* 9. 39-76.

Gezondheidsmonitor 2006. Gemeente Den Haag

Global Sex Survey 2005. Durex.

Graaf, H. de, Höing, M., Zaagsma, M. & Vanwesenbeeck, I. (2007) Tienerseks. Vormen van instrumentele seks onder tieners. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum. Den Haag.

Graaf, A. de & Loozen, S. (2005) Ongeplande zwangerschappen. In: Bevolkingstrends, 4^e kwartaal 2005. CBS. 30-33.

Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2006) Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Rutgers Nisso Groep.

Hardy, L. C., M. W. Bukowski, e.a. (2002). Stability and change in peer relationships during the transition to middle-level school. *Journal of Early Adolescence* 22(2): 117-142.

Hochbaum, G. (1958) Public participation in medical screening programs. A sociopsychological study. PHS publication. 572. Washington. U.S. Government Printing Office.

James, K. (2001). "I just gotta have my own space!": The bedroom as a leisure site for adolescent girls. *Journal of leisure research* 33(1): 71-90.

Kuyper, L., Bakker, F. & Zimbile, F. (2006) Veilig vrijen bij jongeren. De stand van zaken 2005 en de ontwikkeling sinds 1997. Rutgers Nisso Groep.

Kuyper, L. & Haas, S. de (2006) Soa en Hiv, testgedrag en condoomgebruik. Uit: Monitor seksuele gezondheid. Hoofdstuk 8. Rutgers Nisso Groep.

Lee, L. van & Wijzen, C. (2007) Landelijke abortus registratie 2006. Rutgers Nisso Groep. Utrecht.

Leeuwen, K. van (1999). Ouders en vrienden: aanvullend of inwisselbaar? *Veer10, Acht10. De leefwereld van jongeren*. B. Van Bouchaute. Leuven/Apeldoorn, Garant: 46-52.

Meulenbeek, P. & Gorter, J. (1996) Kenmerken van hulpvragende gokkers. Centrum verslavingszorg. Den Haag.

Mykytyn, P. & Harrison, D. (1993) The application of the Theory of Reasoned Action to Senior Management and Strategic Informations Systems. *Information Resources Management Journal*. 6. 2. 15-26.

Neefs, H. (2004) Van individuele beslissers tot risicomangers. Een sociaal-wetenschappelijk perspectief op Hiv-preventie bij jongeren. *Tijdschrift voor Seksuologie*. 28. 14-21.

- Rosenstock, I.M. (1966) Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 44. 94-124.
- Sheeran, P. (2002) Intention-behavior relations. A conceptual and empirical review. In: W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.) *European Review of Social Psychology*. 12. 1-36.
- Sheldon, T. (2001) Safe sex message fails to get through to Young people. *BMJ*. 323. 532.
- Sing, K., Leong, S.M., Tan, C.T. & Wong K.C. (1995) A theory of reasoned action perspective of voting behavior. Model and empirical test. *Psychology and Marketing*. 12. 1.
- Slocombe, T.E. (1999). Applying the theory of reasoned action to the analyses of an individual' spolychronicity. *Journal of Managerial Psychology*. 14. 313-322.
- Thermometer soa en Hiv. Stand van zaken, maart 2007. Rivm.
- Vanwesenbeeck, I. (2004) Seksuele diversiteit. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (Red.). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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*. 27. 30-39.
- Vanwesenbeeck, I., Graaf, H. de, Meijer, S. & Poelman, J. (2006) Een update over het seksuele gedrag en de seksuele gezondheid van jongeren in Nederland. De belangrijkste bevindingen uit 'Seks onder je 25^e'. *Tijdschrift voor Seksuologie*. 30. 57-64.
- Velden, R. van der & Smoorenburg, M. van (1999) Overscholing en beloning. Het effect van verschillende meetmethoden. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*. 15. 111-123.
- Wijzen, C. & Lee, L. van (2006) *Landelijke abortus registratie 2005*. Rutgers Nisso Groep. Utrecht.
- Wit, J. de, Breeman, L. & Woertman, L. (2005) Hoe beredeneerd is seksueel gedrag van jongeren? *Tijdschrift voor seksuologie*. 29. 125-131.
- Zimmer-Gembeck, J. M. (1999). Stability, change and individual differences in involvement with friends and romantic partners among adolescent females. *Journal of Youth and Adolescence* 28(4): 419-438.

Websites

CBS <www.cbs.nl> (18 mei 2008).

Centre of Disease Control and Prevention <www.cdc.gov> (24 maart 2008).

Hiv vereniging Nederland <www.hivnet.org> (12 maart 2008).

Interactieve training veilig vrijen GGD Amsterdam <www.vrijlekker.nl> (25 maart 2008).

Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport <www.minvws.nl> (27 juli 2008).

Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu <www.rivm.nl> (24 april 2008).

Soa Aids Nederland <www.soa aids.nl> (24 maart 2008).

Bijlagen

Bijlage A **Vragenlijst “Het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008**

Bijlage B **Overzicht websites**

Bijlage A: Vragenlijst “Het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008”

De sectie sociologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen houdt een onderzoek naar het seksuele gedrag van Nederlanders anno 2008. Daarvoor enquêteren we mensen over hun seksuele gedrag. Deze enquête gaat over jouw ervaringen en kennis op seksueel gebied. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 15 minuten. Sommige personen kunnen bepaalde vragen misschien intiem vinden. We willen er met nadruk op wijzen dat alle antwoorden geheel **vertrouwelijk** en **anoniem** behandeld worden.

Onder de mensen die de enquête compleet invullen, worden zeven Durex Play pakketten verloot. Hierover aan het einde van de enquête meer.

Alvast heel erg bedankt voor het invullen.

Kennisvragen

We willen je nu een aantal vragen voorleggen waarmee we willen kijken wat mensen weten over soa's.

1. Wat betekent de term soa?
2. Zou je de soa's kunnen noemen waarvan je wel eens hebt gehoord.
 - a. -----
 - b. -----
 - c. -----
 - d. -----
 - e. -----
 - f. -----
 - g. -----
 - h. -----
3. Wat biedt de beste bescherming tegen een zwangerschap?
 - a. De pil
 - b. Een condoom
 - c. Beide beschermen even goed

We leggen je nu een aantal stellingen voor over anticonceptie, zwangerschap en soa's. Geef bij elke stelling aan wat volgens jou het juiste antwoord is

4. Door het oplopen van Chlamydia hebben vrouwen een verhoogde kans op:
 - a. Onvruchtbaarheid
 - b. Eierstokkanker
 - c. Baarmoederhalskanker
 - d. Verminderde werkzaamheid van de pil
5. Naast dat de pil tegen zwangerschap beschermt, verkleint de pil ook de kans dat je Hiv of een andere soa oploopt.
 - a. Waar
 - b. Niet waar
6. Als je jezelf na de geslachtsgemeenschap goed wast, loop je minder snel Hiv of een andere soa op.
 - a. Waar
 - b. Niet waar

7. Als je geen (lichamelijke) klachten hebt, kun je toch een soa hebben.
 - a. Waar
 - b. Niet waar
8. Met een syfilisinfectie loop je makkelijker Hiv op.
 - a. Waar
 - b. Niet waar

Risico-inschatting

Nu zijn we benieuwd naar jouw inschattingen van de kans die jij denkt dat er is om een soa of Hiv op te lopen. Dit kun je aangeven in procenten, op een schaal van 0 tot 100%.

9. Hoe groot is volgens jou ongeveer de kans voor een heteroseksueel persoon op een soa als deze onbeschermd seks heeft gehad?
10. Hoe groot is volgens jou ongeveer de kans voor een homoseksueel persoon op een soa als deze onbeschermd seks heeft gehad?
11. Hoe groot is volgens jou de kans dat een vrouw een abortus pleegt?

Algemene vragen

We stellen nu een aantal algemene vragen over je seksuele leven en relaties.

12. Wat is je geslacht?
 - a. Man
 - b. Vrouw
13. Wat is je leeftijd?
Leeftijd: __
14. Ben je:
 - a. Heteroseksueel
 - b. Homoseksueel
 - c. Biseksueel
15. Heb je ooit seks gehad?
(onder seks verstaan we vaginale of anale seks)
 - a. Ja
 - b. Nee → ga naar vraag 72
16. Met hoeveel personen heb je in je hele leven seks gehad?
Aantal: __
17. Heb je nu een vaste relatie?
 - a. Ja → ga naar vraag 18
 - b. Nee → ga naar vraag 19
18. Hoe lang duurt je huidige relatie?
__ jaar en __ maanden
19. Hoe veel serieuze relaties heb je in leven gehad?

Veilig vrijgedrag

Nu zijn we benieuwd naar jouw seksuele ervaringen en naar het gebruik van condooms en andere anticonceptiemiddelen.

20. Slik je nu de pil, of gebruik je een andere vorm van anticonceptie, zoals het spiraaltje, de prikpil, of de nuvaring! → **alleen voor vrouwen (als 12 = b)**
- Ja
 - Nee
21. Hoe oud was toen je voor het eerst seks had?
Leeftijd: __
22. Hoe lang kende je de persoon met wie je de eerste keer seks had, toen je er seks mee had?
- Eén dag
 - Minder dan 1 week
 - Korter dan 1 maand
 - Tussen de 1 en de 6 maanden
 - Tussen de 6 maanden en een jaar
 - Langer dan een jaar
23. Was degene met wie je de eerste keer seks hebt gehad een goede bekende, zoals bijvoorbeeld iemand uit je vriendengroep of een collega?
- Ja
 - Nee
24. Wat was je relatie met degene waarmee je de eerste keer seks hebt gehad?
- Eenmalig contact
 - Losse partner
 - Vaste relatie maar niet monogaam
 - Vaste relatie en wel monogaam
25. Hebben jullie tijdens de eerste keer seks iets gedaan om zwangerschap te voorkomen?
- Ja → **vraag 26**
 - Nee → **vraag 27**
26. Wat hebben jullie tijdens de eerste keer gedaan om zwangerschap te voorkomen?
- De pil of andere vorm van anticonceptie om zwangerschap te voorkomen
 - Condoom
 - Zaaddodende pasta
 - Terugtrekken
 - Periodieke onthouding
 - Anders, namelijk: _____
27. Heb je met deze persoon:
- Altijd / elke keer een condoom gebruikt → **vraag 28**
 - Alleen in het begin van de relatie een condoom gebruikt → **vraag 29**
 - Nooit een condoom gebruikt → **vraag 29**
28. Waarom gebruikte je condooms met deze persoon?
----- → **naar vraag 30**
29. Waarom gebruikte je geen condooms (meer) met deze persoon? Maak hier twee vragen van

30. Hoelang kende je de persoon waar je de *laatste* keer seks mee hebt gehad, toen je er seks mee had? → als 16=1 door naar vraag 38.
- Eén dag
 - Minder dan 1 week
 - Korter dan 1 maand
 - Tussen de 1 en de 6 maanden
 - Tussen de 6 maanden en een jaar
 - Langer dan een jaar
31. Was degene met wie je de laatste keer seks hebt gehad een goede bekende, zoals bijvoorbeeld iemand uit je vriendengroep of een collega?
- Ja
 - Nee
32. Wat was je relatie met degene waarmee je de laatste keer seks hebt gehad?
- Eenmalig contact
 - Losse partner
 - Vaste relatie maar niet monogaam
 - Vaste relatie en wel monogaam
33. Hebben jullie tijdens de laatste keer seks iets gedaan om zwangerschap te voorkomen?
- Ja → vraag 34
 - Nee → vraag 35
34. Wat hebben jullie tijdens de laatste keer gedaan om zwangerschap te voorkomen?
- De pil of andere vorm van anticonceptie om zwangerschap te voorkomen
 - Condoom
 - Zaaddodende pasta
 - Terugtrekken
 - Periodieke onthouding
 - Anders, namelijk: _____
35. Heb je met deze persoon:
- Altijd / elke keer een condoom gebruikt → vraag 36
 - Alleen in het begin van de relatie een condoom gebruikt → vraag 37
 - Nooit een condoom gebruikt → vraag 37
36. Waarom gebruikte je condooms met deze persoon?
 _____ → vraag 38
37. Waarom gebruikte je geen condooms (meer) met deze persoon?

38. Met hoeveel van je partners waarmee je seks hebt gehad, heb je altijd een condoom gebruikt.
 --
39. Heeft een partner wel eens druk op je uitgeoefend om geen condoom te gebruiken (terwijl jij dit liever wel had)?
- Ja → vraag 40
 - Nee → vraag 41
40. Heb je in deze situatie toen ook onbeschermd seks gehad?
- Ja
 - Nee

41. Heb je wel eens een situatie meegemaakt waarbij condooms gewenst waren, maar waarbij deze niet bij de hand waren?
- Ja → vraag 42
 - Nee → vraag 43
42. Heb je in deze situatie toen toch seks gehad met deze persoon?
- Ja
 - Nee

Intentie tot veilig vrijgedrag

We willen nu graag van je weten hoe je tegen het gebruik van condooms aankijkt met een nieuwe partner.

43. Zou je met een toekomstige nieuwe partner condooms willen gebruiken?
- Ja, als het aan mij ligt wel
 - Het hangt er vanaf of ik diegene vertrouw
 - Ik zou deze keuze bij mijn nieuwe partner leggen
 - Nee, ik zou zeker geen seks hebben zonder condoom met een nieuwe partner
44. Zou je met een one night stand seks hebben, als er geen condooms bij de hand zijn?
- Ja, als het aan mij ligt wel
 - Het hangt er vanaf of ik diegene vertrouw
 - Ik zou deze keuze bij mijn nieuwe partner leggen
 - Nee, ik zou zeker geen seks hebben zonder condoom met een nieuwe partner
45. Zou je met een nieuwe vaste partner seks hebben, als er geen condooms bij de hand zijn?
- Ja, als het aan mij ligt wel
 - Het hangt er vanaf of ik diegene vertrouw
 - Ik zou deze keuze bij mijn nieuwe partner leggen
 - Nee, ik zou zeker geen seks hebben zonder condoom met een nieuwe partner
46. Hoe groot acht je de kans dat je condooms zal gebruiken met een nieuwe partner? Geef dit aan op een schaal van 0 tot 100 procent.
47. Hoe groot acht je de kans dat je condooms zal gebruiken met een nieuwe partner als je teveel hebt gedronken of als je 'high' bent? Geef dit aan op een schaal van 0 tot 100 procent.
48. Hoe groot acht je de kans dat je condooms zal gebruiken met een nieuwe partner als de ander je probeert over te halen om geen condooms te gebruiken? Geef dit aan op een schaal van 0 tot 100 procent.

Het testen op soa & Hiv

De volgende vragen gaan over het testen op soa en Hiv en ongewenste zwangerschappen.

49. Heb je je in het verleden wel eens laten testen op een seksueel overdraagbare aandoening, zoals Chlamydia, Gonorrhoe of Hiv?
- Ja → vraag 50
 - Nee → vraag 54
50. Waarom heb je je toen laten testen?

51. Werd er ook een soa bij je gevonden?
- Ja → vraag 52
 - Nee → vraag 53
52. Welke soa was dit (meerdere antwoorden mogelijk)?
- Chlamydia
 - Genitale wratten
 - Herpes Genitales
 - Gonorroe
 - Hepatitis B
 - Syfilis
 - Hiv
 - Andere soa, nl: _____
53. Hebben jij en je toenmalige partner je allebei laten testen?
- Ja
 - Nee
54. Waarom heb je je nog nooit laten testen?
55. Ben je wel eens ongewenst zwanger geweest? → Alleen voor vrouwen (als 12 = b)
- Ja → vraag 56
 - Nee → vraag 57
56. Hoe is deze ongewenste zwangerschap afgelopen?
- Levend geboren
 - Dood geboren
 - Miskraam
 - Abortus
 - Nog zwanger

Communicatie over veilig vrijen

De volgende vragen gaan over seksuele voorlichting en het praten over seks met je ouders en met je vrienden.

57. Heb je op school seksuele voorlichting gehad?
- Ja
 - Nee

Heb je wel eens (in het verleden) met je ouders gesproken over: (van 1=nooit tot 5= heel vaak)

58. Zwangerschap en anticonceptie
59. Condoomgebruik ter voorkoming van soa

Spreek je nu met je vrienden wel eens over: (van 1=nooit tot 5= heel vaak)

60. Zwangerschap en anticonceptie
61. Condoomgebruik ter voorkoming van soa
62. Wanneer denk je dat jouw vrienden voorbehoedsmiddelen gebruiken?
- Mijn vrienden gebruiken (vrijwel) nooit condooms
 - Mijn vrienden gebruiken soms condooms; de ene keer wel, en de andere keer niet
 - Mijn vrienden gebruiken alleen condooms bij one night stands en niet serieuze of korte relaties
 - Mijn vrienden gebruiken altijd condooms (totdat ze in een relatie allebei zijn getest op een soa)

63. Hoe belangrijk vind je de mening van je vrienden betreft veilig vrijen, als je dit op een schaal van 1 tot 10 zou moeten aangeven?

Waardering eigen lichaam

De volgende vragen gaan over hoe mooi jij jezelf vind.

64. Hoe mooi vind jij je eigen lichaam als je dit op een schaal van 1 tot 10 zou moeten aangeven?
65. Voel je je wel eens onzeker over je lichaam als je seks met een nieuwe partner hebt? Kun je de mate van hoe zeker je bent aangeven met een cijfer tussen de 1 en de 10?
66. Hoe tevreden ben je over je geslachtsdelen als je dit met een cijfer op een schaal van 1 tot 10 zou moeten aangeven.

Risicogedrag

De enquête is nu bijna afgelopen. De volgende vragen gaan over je leefstijl.

67. Rook je (minimaal 5 sigaretten per dag)?
- Ja
 - Nee
68. Drink je minimaal 1 maal in de week minimaal 6 glazen op één dag?
- Ja
 - Nee
69. Heb je het afgelopen jaar wel eens te hard gereden?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t. (Ik heb geen rijbewijs, ik heb het afgelopen jaar geen auto gereden)
70. Heb je het afgelopen jaar wel eens onder invloed van alcohol gereden?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t. (Ik heb geen rijbewijs, ik heb het afgelopen jaar geen auto gereden)
71. Heb je het afgelopen jaar wel eens gegokt, naar het casino geweest, of op een fruitautomaat gespeeld?
- Ja
 - Nee

Algemene vragen

Nu volgen nog enkele algemene vragen.

72. In welk land ben je geboren?
- Nederland
 - Indonesië, Molukken
 - Turkije
 - Marokko
 - Suriname
 - Nederlandse Antillen, Aruba
 - Anders, nl. _____

73. In welk land is je moeder geboren?
- Nederland
 - Indonesië, Molukken
 - Turkije
 - Marokko
 - Suriname
 - Nederlandse Antillen, Aruba
 - Anders, nl. _____
74. In welk land is je vader geboren?
- Nederland
 - Indonesië, Molukken
 - Turkije
 - Marokko
 - Suriname
 - Nederlandse Antillen, Aruba
 - Anders, nl. _____
75. Wat is de hoogste schoolopleiding die je hebt voltooid of waarmee je nog bezig bent?
- basisonderwijs
 - vmbo
 - mavo
 - havo
 - vwo
 - mbo
 - hbo
 - wo
 - postdoctoraal
76. Beschouw je jezelf als lid van een kerk of geloofsgemeenschap?
- Ja
 - Nee
77. Welke kerk of geloofsgemeenschap is dat?
- Rooms-katholiek
 - Protestantse kerk (Nederlands hervormd)
 - Protestantse kerk (gereformeerd)
 - Islamitisch
 - Andere kerk of geloofsgemeenschap, namelijk: _____
78. In hoeverre is het geloof belangrijk voor je, als je dit zou moeten aangeven op een schaal van 1 tot 10.

Verzenden van de enquête

Indien gewenst kun je nog een opmerking plaatsen, anders sla je de vraag over en ga je gelijk na het verzenden van de enquête.

Na verzenden van deze enquête ga je terug naar mijn website waar je je emailadres kunt invullen zodat je kans maakt op het Durex Play Pakket!

Opmerkingen:

Verstuur uw vragenlijst
Bedankt voor uw deelname aan deze vragenlijst

Bijlage B: Overzicht websites

- www.hyves.nl (via blogs, advertenties en banners)
- www.fok.nl (forum)
- www.maroc.nl (forum)
- www.expreszo.nl (forum)
- www.patientenplein.nl (forum)
- www.forum.scholieren.com (forum)
- www.forum.viva.nl (forum)
- www.partyflock.nl (forum)
- www.studentenforum.net (forum)
- www.datingforum.nl (forum)
- www.turksnl.net/forum (forum)
- www.forums.marokko.nl (forum)
- www.mamjo.com (forum)
- www.waterkant.net/suriname/forum (forum)
- www.loveboys.nl (forum)
- www.gezondheidsforum.info (forum)
- www.gayforum.nl (forum)
- www.forum.onzin.com (forum)
- www.forum.santeonline.nl (forum)
- www.prikpagina.nl (prikbord geslachtsziekten)
- www.gratiz.nl (overzicht gratis artikelen)
- www.xgratis.nl/ (overzicht gratis artikelen)
- www.allesgratis.nl/ (overzicht gratis artikelen)
- www.prijsvragenplaze.nl (overzicht gratis artikelen)
- www.prijsvragenpret.nl (overzicht gratis artikelen)
- www.laatmewinnen.nl (overzicht gratis artikelen)
- www.proefpakketjes.nl (overzicht gratis artikelen)
- www.onedate.nl
- www.reuselcity.nl
- www.dse.nl
- www.oewri.nl