



Vrije Universiteit Brussel

## Hoe schatten jongvolwassenen hun risico op seksueel overdraagbare aandoeningen in?



Eindverhandeling tot master in de psychologie  
Student: Sarah Thompson  
Promotor: Prof. Dr. Brewaeys  
Organisatie: Sensoa  
Academiejaar: 2009-2010





## Hoe schatten jongvolwassenen hun risico op seksueel overdraagbare aandoeningen in?

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van Master in de Psychologie door

**Thompson Sarah**

Academiejaar 2009-2010

Promotor: Prof. Dr. Brewaeys Anne.

Aantal woorden: 21574





## Samenvatting

Dit onderzoek **beoogt** een beeld te scheppen van de risico-inschatting van jongvolwassenen. Er wordt nagegaan hoe zij hun risico op soa waarnemen op dagelijkse basis en op vakantie, welke kenmerken een risico-inschatting wijzigen en welke overtuigingen jongvolwassenen al dan niet aanzetten tot condoomgebruik en testgedrag. Tenslotte wordt gekeken naar de hulpmiddelen die jongvolwassenen wensen ter verhoging van hun beschermingsgedrag en hun risico-inschatting.

Hiertoe werden 17 diepte-interviews afgenomen van hooggeschoolde jongvolwassenen tussen 20 en 23 jaar, waaronder 4 mannen en 13 vrouwen en verwerkt volgens de Interpretatieve Fenomenologische Analyse **methode**.

**In dit onderzoek zien we** dat jongvolwassenen over het algemeen geen risico op soa denken te lopen. Een minderheid staat stil bij hun huidig risico en schat dit hoger in, maar de meesten kunnen zich geen momenten voorstellen waarop ze een verhoogd risico op soa lopen. Het merendeel van de jongvolwassenen acht zich risicovrij omdat ze verkeren met iemand, geen klachten ondervinden of geen onbeschermd seks hebben. Onveilige seks, een verminderd besef na alcoholinname of seks met iemand die je niet goed kent of vertrouwt worden genoemd als situaties waar een verhoogd risico heerst. Jongvolwassenen onderkennen het endemisch risico op soa van hun vakantiebestemming niet. Enkele schatten hun risico hoger in op basis van een lager beschermingsgedrag of een vermoedelijk seksueel losbandige levensstijl van de bedpartner. De meerderheid beschouwt haar risico gelijk of lager dan thuis en vermeldt hier onveranderde voorwaarden tot seks of toegenomen beschermingsgedrag. Jongvolwassenen vertellen dat hun risico-inschatting wijzigt na het begrijpen van de definitie van soa, het besef van hun totaal aantal partners en na het inzicht dat soa iedereen overkomen kan. We zien ook dat vele jongvolwassenen actueel onbeschermd vrijen. Condoomgebruik wordt door jongvolwassenen geschrapt wanneer hun angst voor zwangerschap en soa overbodig blijkt. Situaties waarin wel condooms gebruikt worden zijn in prille relaties waarbij de partners elkaar niet goed kennen of vertrouwen, of bij eenmalige seks met een onbekende. Angst voor zwangerschap en soa bevordert eveneens het beschermingsgedrag. Jongvolwassenen laten zich op soa testen wanneer ze in hun relatie met condoomgebruik willen stoppen, bij onveilige seks of bij eenmalige seks met een onbekende. Angst voor soa en een persoonlijke band met de dokter die de test zou afnemen, beïnvloedt het testgedrag. Ter verhoging van het beschermingsgedrag en de risico-inschatting van jongvolwassenen vragen deze een verhoogde toegankelijkheid en anonieme aankoopmogelijkheden van condooms. Seksuele opvoeding moet volgens hen zowel op school als thuis plaatsvinden. Jongvolwassenen opteren voor klassikale voorlichting met een groter inhoudelijk draagvlak met ondermeer dagelijkse en herkenbare voorbeelden. Kortom jongvolwassenen beogen een verhoogde bespreekbaarheid van soa.

We **besluiten** dat verder inzicht in de opbouw van de risico-inschatting en de factoren die haar beïnvloeden noodzakelijk zijn voor de optimalisatie van de risico-inschatting en het beschermingsgedrag van jongvolwassenen, maar ook voor toekomstige preventiecampagnes hieromtrent.

## **Voorwoord**

Toen ik in 2008 rondliep op de thesisbeurs bleken de meeste onderwerpen reeds ingenomen door medestudenten. Er werd ons dan ook aangeraden om zelf thesisonderwerpen voor te stellen. Ik wou echter een voordien onbestudeerd, innovatief en vooral een wetenschappelijk, maatschappelijk én persoonlijk relevant onderzoek uitvoeren. Dit bracht mij tot dit onderzoeksdomein, dat mij tot vandaag boeit. Door mij te verdiepen in dit onderwerp was, ben en blijf ik overtuigd bij het nut én de noodzaak van dit onderzoek.

Bedankt ...

Telidja Klaï, voormalige docente Sexuologie aan de Vrije Universiteit Brussel en Sandra Van Den Eynde van Sensoa voor de aanreiking van dit onderwerp en jullie professionele steun hierbij.

Prof. Anne Brewaeys voor het onderzoeksadvies zelfs op onvoorziene momenten.

Ilse De Bal van De Wetenschapswinkel voor praktische tips en het luisterend oor hierdoor beleefde ik een stevige steun in de rug. Ook haar opvolgster Saskia Vandeputte wil ik te bedanken voor haar regelmatige contactname en formulierenafhandeling. Jullie waren onmisbaar bij deze samenwerking.

Dallys voor het luisteren naar mijn vorderingen en je geduld die mij de moed gaf om dit onderzoek naar mijn wens uit te werken.

Charlotte, Stijn, Ine, Doina, Rachel, An, ... kortom al mijn vrienden en familieleden, voor het nalezen, hun steun, hun energie, hun geduld en om mij van tijd tot tijd de nodige ontspanning te bezorgen om met volle moed weer aan de slag te gaan.

Sarah

Mei 2010

## Inleiding

Dit onderzoek tracht inzicht te verlenen in de risico-inschatting van jongvolwassenen en hun bijhorend beschermingsgedrag. We onderzoeken welke factoren de risico-inschatting beïnvloeden, lichten de overtuigingen bij veilige en onveilige seks toe en gaan na welke hulpmiddelen jongvolwassenen nodig achten om hun risico-inschatting én beschermingsgedrag te verhogen.

Soa worden frequent vastgesteld bij jongvolwassenen (Defraye & Sasse, 2008), ze lopen een groter risico omdat ze meer seksuele en simultane partners hebben dan oudere leeftijdsgroepen (Van de Laar, Van Veen, & Coenen, 2003; Bakker, Vanwesenbeeck, & Zimbile, 2003; zie Van de Laar, De Boer, Koedijk, & Op de Coul, 2005). Bovendien geeft onderzoek (Nicoll, Hughes, Donnelly, Livingstone, De Angelis, Fenton, Evans, Gill, & Catchpole, in press; zie Catchpole, 2001) aan dat het bewustzijn van jongvolwassenen omtrent het bestaan en de gevaren van hiv en aids daalt. Ze achten zichzelf onkwetsbaar voor soa ([www.caserosa.be](http://www.caserosa.be)). Hun grootste vrees betreft een ongeplande zwangerschap en niet het oplopen van soa (Social Exclusion Unit, 1999; zie Catchpole, 2001).

Een accurate beoordeling van het risico op hiv of andere soa van een potentiële partner is cruciaal. Ze kan een rol spelen in het keuzeproces om seks te vermijden of om beschermende maatregelen te nemen (Stoner, Whittington, Aral, Hughes, Handsfield, & Holmes, 2003). Onderzoek geeft aan dat de risico-inschatting situatieafhankelijk is.

Jongvolwassenen zijn bijvoorbeeld minder geneigd zich te beschermen tegen soa wanneer ze zich in stijgende mate veilig voelen in de relatie (Gebhardt, et al., 2003). Ander onderzoek noemt in dit kader een gebrekkig besef van het risico dat jongvolwassenen op vakantie lopen (Van Den Eynde, 2004). Hiernaast zien we dat iemand die teveel alcohol gedronken heeft, zijn risico's niet goed inschat ([www.alcoholinfo.be](http://www.alcoholinfo.be)) en uit nog ander onderzoek blijkt dat de risicoperceptie profijt haalt uit ervaring met soa-besmettingen (Fenton, 2002). Dit onderzoek wenst een rode draad bij vorige onderzoeken te construeren en een overzicht te geven van de diverse factoren die de risico-inschattingen beïnvloeden.

Het feit dat oude onderzoeken rond de kenmerken die de risico-inschatting wijzigen schaars zijn, vergroot de nood aan recent onderzoek hieromtrent. Om een gewijzigde risico-inschatting vast te stellen is er een vergelijkingspunt nodig. Wij kozen mede omwille van een ontbrekend vergelijkingspunt of –model, de ervaringen van de respondent als norm.

Jongeren ontwikkelen na een relationele en seksuele voorlichting vaardigheden om goed te communiceren over hun seksualiteit en hierover gezonde keuzes te maken (Picavet & Klai, 2005). Ouders zijn verantwoordelijk voor deze seksuele opvoeding, maar niet alle ouders nemen die verantwoordelijkheid. Uit onderzoek blijkt dat niet alle onderwerpen even bespreekbaar zijn. Zo wordt er minder gepraat over hiv en soa (Klai, 2005). Een gelijkaardige vaststelling vinden we bij jongeren.

Zij praten het meest met hun partner over seksualiteit en toch sprak een zesde nog nooit over seksuele risico's (Vanwesenbeeck, et al., 2003). Vorig onderzoek betrof jongeren, wij gaan na of deze stellingen ook van toepassing zijn bij jongvolwassenen.

De inschatting van een individu over zijn/haar risico op een infectie is mogelijk gerelateerd aan hiv-testgedrag (Adam & de Wit, 2006). Bovenstaand onderzoek geeft aan dat de risico-inschatting varieert en dat jongeren zich niet bewust zijn van hun risico. Wij gaan na hoe dit hun beschermingsgedrag beïnvloedt.

We zien immers dat jongvolwassenen veel minder condooms gebruiken dan oudere leeftijdsgroepen (Van de Laar et al., 2003; Bakker, Vanwesenbeeck, & Zimbile, 2003; zie Van de Laar, De Boer, Koedijk, & Op de Coul, 2005) en dat onveilige seks bij deze leeftijdsgroep stijgt (Johnson, Mercer, Erens, Copas, McManus, Wellings, Fenton, Korovessis, Macdowall, Nanchahal, Purdon, & Field, 2001). Maar de heersende overtuigingen bij de beslissing om al dan niet een condoom te gebruiken zijn nog niet toegelicht.

We zien dat de maatregel tot gedeeltelijke terugbetaling van anticonceptiemiddelen sensibiliserend werkt. Jongeren wordt de boodschap gegeven dat ze zich moeten beschermen (Vermeire & Verougstraete, 2004). De invloed van de media en

campagnes op het risicobesef zijn niet te onderschatten. Daar waar vorig onderzoek zich toelagde op de vaststelling van deze relatie, gaan wij de dieperliggende betekenis en impact ervan na. Hiernaast toetsen we welke elementen uit oud preventiemateriaal jongvolwassenen als belangrijk en ingrijpend ervoeren om de impact van nieuwe campagnes te bevorderen.

Jongvolwassenen geven hun eigen seksuele ervaring als belangrijkste bron van informatie (Klaï & Vermeiren, 2006). Dit is de reden achter de onderzoeksmethodiek. Om te weten welke redeneringen jongvolwassenen maken omtrent soa moeten we rechtstreeks naar de bron.

Onderzoek naar de risico-inschatting en bijhorend beschermingsgedrag brengt belangrijke wetenschappelijke inzichten voort, die op hun beurt kunnen gebruikt worden voor toekomstige preventiecampagnes en onderzoek. We wensen met deze studie de bespreekbaarheid van soa en het condoomgebruik onder jongvolwassenen te stimuleren. Kortom dit onderzoek is van groot belang in de strijd voor een toegenomen risicobesef en een daling van het aantal soa bij jongvolwassenen.

## INHOUDSTAFEL

<b>Samenvatting</b>	1
<b>Voorwoord</b>	2
<b>Inleiding</b>	3
<b>Inhoudstafel</b>	5
<b>Hoofdstuk 1: Literatuur</b>	8
1.1. Prevalentie en incidentie van soa	8
1.2. Gezondheidsgedrag bij jongvolwassenen	8
1.3. Factoren die de risicoperceptie van jongvolwassenen beïnvloeden	9
1.3.1. Demografische determinanten	9
1.3.1.1. Geslacht	9
1.3.1.2. Leeftijd	9
1.3.2. Cognitieve factoren	10
1.3.3. Individuele determinanten	11
1.3.3.1. Persoonlijkheid	11
1.3.3.2. Zelfbeeld	11
1.3.3.3. Seksuele ervaring	11
1.3.3.4. Testgedrag	11
1.3.4. Communicatievaardigheden	12
1.3.4.1. Communicatievaardigheden persoon zelf	12
1.3.4.2. Communicatie met partner	12
1.3.4.3. Communicatie met vrienden	13
1.3.4.4. Communicatie met ouders	13
1.3.4.5. Huisarts als gezondheidsinformatant	13
1.3.5. Interactionele determinanten	13
1.3.5.1. Huidige status	13
1.3.5.2. Seriële monogamie	13
1.3.5.3. Ontmoetingsplaats en spatial bridging	14
1.3.6. Contextuele determinanten	14
1.3.6.1. Seks op reis	14
1.3.6.2. Onder invloed van middelen, .... drugs, alcohol	15

Risico-inschatting van jongvolwassenen	
1.3.7. Omgevingsdeterminanten	16
1.3.7.1. Campagnes	16
1.3.7.2. Invloed van de media	16
1.4. Redenen tot onderzoek	16
<b>Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethodologie</b>	18
2.1. Algemene onderzoeksopzet	18
2.1.1. Probleemstelling	18
2.1.2. Onderzoeksdoelstelling	18
2.2. Doelstellingen en onderzoeksvragen	18
2.3. Onderzoeksmethodologie	19
2.3.1. Onderzoeksmethode en onderzoeksinstrument	19
2.3.2. Onderzoeksprocedure	20
2.3.2.1. Rekrutering	20
2.3.2.2. Profiel respondenten	20
2.3.2.3. Registratie, verwerking en data-analyse	21
2.4. Validiteit en betrouwbaarheid	21
<b>Hoofdstuk 3: Onderzoeksresultaten</b>	22
3.1. Hoe denken jongvolwassenen over hun risico op soa?	22
3.1.1. Toetsing van algemeen ervaren risico op soa	22
3.1.2. Overtuigingen bij een verhoogd risico op soa	23
3.1.3. Redeneringen omtrent situaties waar geen risico op soa gelopen wordt	24
3.1.4. Indirecte bevraging van de risico-inschatting op soa	24
3.2. Risicoperceptie op vakantie	25
3.3. Wijziging van de risico-inschatting	27
3.4. Overtuigingen bij afschaffing van condoomgebruik	28
3.5. Welke overtuigingen schuilen achter condoomgebruik bij jongvolwassenen?	30
3.6. Aanleiding tot testgedrag	32
3.7. Gewenste ondersteuning	33
3.8. Samenvatting van de resultaten	35
<b>Hoofdstuk 4: Bespreking</b>	36
4.1. Redeneringen bij risico-inschatting op soa	36
4.2. Risicoperceptie op vakantie	37

4.3. Wijzigen van de risico-inschatting op soa	38
4.4. Ideeën bij de afschaffing van condoomgebruik	39
4.5. Overtuigingen bij condoomgebruik	40
4.6. Testgedrag	41
4.7. Gewenste ondersteuning	42
4.8. Kritiek	43
<b>Hoofdstuk 5: Besluit en slotbeschouwingen</b>	44
<b>Literatuurlijst</b>	46
<b>Bijlagen</b>	51
Bijlage 1: Interviewschema	52
Bijlage 2: Oproepbrief	56
Bijlage 3: Beschrijving van de respondenten in tabelvorm	57
Bijlage 4: Analyse volgens de Interpretatieve Fenomenologische Analyse	59
1. Een weergave van de handmatige bewerking van de onderzoeksresultaten	59
2. Een visueel aangepaste weergave van de onderzoeksresultaten	63
Bijlage 5: Analyse volgens de Interpretatieve Fenomenologische Analyse: Risicoperceptie op vakantie hangt af van?	69

## Hoofdstuk 1: Literatuur

### 1.1. Prevalentie en incidentie van soa

Soa diagnoses worden het frequentst vastgesteld in de leeftijdscategorie van 15 tot en met 24 jaar. De meest vertegenwoordigde leeftijdscategorie bij de mannen is die van 25 tot en met 34 (Defraye & Sasse, 2008), wat niet wil zeggen dat jongere mannen geen soa oplopen. In Noorwegen werd bij ongeveer 1 op 8 (7,8%) van de jongvolwassenen mannelijke studenten chlamydia vastgesteld (Bakken, Skejeldestad, Halvorsen, Thomassen, StØrvold, & Nordbo, 2007). In Nederland geldt een gelijkaardig scenario, daar loopt 1 op 11 jongvolwassenen een verhoogd risico op soa (Bakker, 2006; zie Coenen, 2007). Chlamydia is slechts een van de vele soa.

De overige meest voorkomende soa zijn genitale wratten, trichomonas en syfilis ([www.sensoa.be](http://www.sensoa.be)).

De incidentie van seksueel overdraagbare aandoeningen verschilt in België naargelang de medische setting waarin ze gediagnosticeerd worden. In de medische studentencentra wordt chlamydia het meest vastgesteld, terwijl huisartsen in contact komen met een breder gamma van soa (Defraye & Sasse, 2008). De meest frequente diagnoses bij mannen en vrouwen zijn chlamydia-infecties en genitale wratten. Zo zijn meer dan de helft van de soa bij vrouwen chlamydia-infecties. Bij de mannen zijn dit genitale wratten en chlamydia (Defraye & Sasse, 2008).

Het jaarlijks aantal nieuw gediagnosticeerde Humaan Immunodeficiëntie Virus (hiv)-infecties stabiliseerde tussen 2003 en 2008. In 2008 bedroeg het aantal nieuwe hiv-diagnoses 1078, dit is het hoogste jaarcijfer sinds de start van de registratie in 1986 (Sasse & Defraye, 2009). In West-Europa is de heteroseksuele overdrachtswijze de meest frequente vorm van besmetting (Sasse & Defraye, 2007, 2009). In 2008 werd in België immers afgerond 19% van de mannen en 88% van de vrouwen via heteroseksuele contacten met hiv besmet. Van het totaal aantal hiv-diagnoses van 1986 tot juni 2009 is afgerond 30% Belg. Daarvan werd 50% besmet via homo- of biseksuele contacten en liep 30% hiv op via heteroseksuele betrekkingen (Sasse & Defraye, 2009). Toegespitst op de categorie jongvolwassenen heeft het overgrote deel (79%) hiervan de Belgische nationaliteit (Defraye & Sasse, 2008).

In zijn totaliteit is het aantal soa toegenomen (Sheldon, 2001; zie Neefs, 2004). Deze stijging kan deels toegeschreven worden aan een toegenomen screening, een toegenomen bewustwording bij gezondheidswerkers en eventueel ook bij patiënten en/of verbeterde diagnosetechnieken (Defraye & Sasse, 2006, 2008; van Bergen, 2001). Sheldon (2001; zie Neefs, 2004) noemt als alternatieve mogelijkheid toegespitst op hiv besmetting, een daling van de angst voor deze infectie én een optimisme voor verbeterde mogelijkheden tot behandeling. Als laatste reden vermeldt van Bergen (2001) dat publicaties vaker in absolute cijfers worden aangegeven in plaats van proporties (van Bergen, 2001), wat misleidend overkomt. Ondanks deze argumentatie staat één feit vast. De in België geobserveerde soa-incidentietrends stemmen overeen met de trends in andere Europese landen (Sasse, Buziarsist, & Defraye, 2007; Sasse & Defraye, 2008).

### 1.2. Gezondheidsgedrag bij jongvolwassenen

Het beschermingsgedrag van Nederlandse jongvolwassenen is goed. Het condoomgebruik steeg van 10% in 1995 tot 69% in 2005 (De Graaf et al., 2005). Ongeveer 65% van de proefpersonen geeft aan dat ze een condoom gebruiken bij een niet-vaste partner en 17% van de vaste koppels gebruiken consistent het condoom (Bakker & Vanwesenbeeck, 2002; zie Gebhardt, et al., 2006). Ander onderzoek wijst op de toenemende mate van onveilige seks bij jongvolwassenen (Sheldon, 2001; zie Neefs, 2004). Jongens gebruiken bij eenmalige contacten en met losse partners relatief vaak geen anticonceptie (de Graaf, Meijer, Poelman, & Vanwesenbeeck, 2005). Jonge vrouwen vrijen met hun vaste partner meer onveilig dan jonge mannen (Gebhardt, Kuyper, & Greunsvan, 2003). Condoomgebruik van jongvolwassenen lijkt samen te hangen met de omschrijving van het kader waarin seks plaatsheeft.

Hoe hoger de kans op soa of hiv, hoe groter de intentie om met nieuwe partners een condoom te gebruiken (Buunk, Bakker, Siero, van den Eijnden, & Yzer, 1998; Von Bergh & Sandfort, 2000; de Graaf et al., 2005). Hoge risicoperceptie hangt

samen met een grotere kans om altijd een condoom te gebruiken (Buunk, et al., 1998; de Graaf et al., 2005). Verontrustend is dat 46% van de jongvolwassenen bij bevraging van hun risicoperceptie hun kans op het oplopen van soa irrelevant acht (Signorelli, Pasquarella, Limina, Colzani, Fanti, Cielo, Greco, Porro de' Somenzi, Chironna, & Quarto, 2006). Afhankelijk van het onderzoek schommelen de percentages van jongvolwassenen die hun risico op soa als hoog ervaren tussen de 7% en 22% (Signorelli, et al., 2006; Ahlers, 2005). Ander onderzoek vermeldt dat jongvolwassenen de kans op het krijgen van soa als een aanvaardbaar risico beschouwen en dus niet consistent condooms gebruiken (Bakker & Vanwesenbeeck, 2002; zie Gebhardt, et al., 2006).

Anderzijds is er een positieve associatie vastgesteld tussen de perceptie van een risico op hiv/aids en seksueel risicogedrag, met ander woorden individuen die risico liepen waren zich hiervan bewust (Signorelli, et al., 2006).

### **1.3. Factoren die de risicoperceptie van jongvolwassenen beïnvloeden**

Jongvolwassenen die reeds besmet werden met soa geven aan dat ze op de hoogte waren van het nut van condooms tegen dit soort infecties (Christianson, Johansson, Emmelin, & Westman, 2003). In het verleden met soa besmette proefpersonen werden bevraagd over hun visie van hun toenmalig risico op soa. Ze gaven aan dat ze zichzelf voor de diagnose onkwetsbaar voelden voor soa. Soa werd enkel geassocieerd met de stereotypische gedachten over besmetting en delinquentie. De respondenten distantiëerden zich van 'dat type persoon', geloofden dat een soa voor hen persoonlijk niet relevant was. Slechts 35% van hen zag zichzelf als vatbaar voor soa (Duncan, Hart, Scoular, & Bigrigg, 2001). Sommigen gaan uit van de foutieve veronderstelling dat de pil ook beschermt tegen soa en dat soa niet overgedragen kunnen worden via anale of orale seks (Schubotz, Simpson, & Rolston, 2002; de Graaf et al., 2005).

Onderstaand geven we een overzicht van factoren die tot een risicogedrag op soa leiden.

#### **1.3.1. Demografische determinanten**

##### **1.3.1.1. Geslacht:**

Sociologische studies geven aan dat vrouwen meer preventiegericht en vaardiger zijn in het interpreteren van symptomen dan mannen (Adam & de Wit, 2006). Mogelijk kunnen vrouwen zich hierdoor een beter beeld vormen van soa en hierdoor hun op soa beter inschatten dan mannen. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de onderzoeksresultaten van Buunk en collega's (1998). Zij vonden dat vrouwen het risico op soa iets groter inschatten dan mannen. Recent onderzoek (Vanwesenbeeck, Bakker, Van Fulpen, Paulussen, Poelman, & Schaalma, 2003) komt tot dezelfde vaststelling.

##### **1.3.1.2. Leeftijd**

Condoomgebruik neemt af met de leeftijd, terwijl het gebruik van andere anticonceptiemiddelen vanaf 17 à 18 jaar toeneemt (Vereecken & Maes, 2002; zie Picavet & Klai, 2005). De pilaren waarop de risicoperceptie steunt veranderen mogelijk rond deze periode. Daar waar vroeger de nadruk lag op het vermijden van soa en of hiv kan de aandacht nu liggen op relatievaardigheden. Zoals bijvoorbeeld op het wederzijds vertrouwen dat elkaar gegund moet worden.

### 1.3.2. Cognitieve factoren

Een script is een gestructureerde opeenvolging van gebeurtenissen, in een vastgelegde volgorde binnen een afgebakende tijdsperiode (Matlin, 2005). Scripts maken het ons makkelijk om grote eenheden van informatie te verwerken (Soetens, Deroost, & Hendrickx, 2006). Een voorbeeld hiervan is de afname van een aids-test. Deze bestaat uit de aanmelding bij de onthaalreceptioniste, het afwachten van je beurt in de wachtzaal, het afroepen van jouw naam, de intrede in het dokterscabinet en het overlopen van de symptomen gevolgd door een bloedafname.

Jongvolwassenen beschikken amper over scripts in verband met veiligere seksuele betrekkingen, zoals bijvoorbeeld praten over het condoom (Edgar & Fitzpatrick, 1993; zie Gebhardt, et al., 2006). Een gebrek aan scripts als houvast zorgt er mogelijk voor dat onderstaande cognitieve eigenschappen in onze hersenen vrije doorgang hebben en zo een optimale risicoperceptie vertroebelen.

In de eerste plaats is er de 'optimistische bias' die impliceert dat mensen hun eigen risico op een gebeurtenis lager inschatten dan het risico dat anderen lopen (Van der Velde, Van der Pligt, & Hooykaas, 1994). Ten tweede wordt risicoperceptie waarschijnlijk sterk beïnvloed door het principe van een 'onrealistisch optimisme'. Ze stelt dat de meerderheid van de mensen vindt dat ze minder bevattelijk zijn voor allerhande negatieve gebeurtenissen, zoals een soa-besmetting, dan de doorsnee medemens (Meertens & Schaalma, 1997; zie Van Den Eynde, 2004).

Voorts is er sprake van een 'geloof in een rechtvaardige wereld'. De vrije vertaling van Aronson, Thimoty en Akert's (2005) omschrijving luidt: het is een verdedigingsattributie waarbij individuen denken dat slechte dingen enkel aan slechte mensen overkomen en goede dingen aan goede mensen.

Op deze manier kan mogelijk de idee van een risico te lopen op soa veraf gehouden worden. Er zijn echter nog andere manier om de reële kans op soa te verdoezelen.

Mensen overschatten doorgaans lage risico's wanneer deze kleine risico's, zoals één onbeschermd seksueel contact, ernstige gevolgen zoals aids met zich meebrengen (Kirby, 1993, zie Van Hove, Carpentier, & Knops, 1995; Van der Velde, et al., 1994). Het feit dat mensen gebeurtenissen die zich dikwijls herhalen en waarop de kans dus groot is, goed herinneren wordt de *beschikbaarheidsheuristiek* genoemd. Dit is misleidend omdat gebeurtenissen die veel indruk gemaakt hebben ook beter herinnerd worden en er een associatiefout ontstaat. Zo denken mensen dat iets frequent gebeurt omdat er een scherpe herinnering aan vast hangt. Dit heeft tot gevolg dat wanneer iemand aan een specifieke gebeurtenis nauwelijks een herinnering heeft deze persoon automatisch gaat veralgemenen dat ze niet vaak voorkomt. Soa krijgen schaarse media-aandacht, vrienden en kennissen bespreken het onderwerp nauwelijks en mensen kunnen er zich niet snel een voorbeeld bij oproepen. Dit is mogelijk een oorzaak voor de doorgaanse onderschatting van iemand's risico op soa. Een gebeurtenis wordt voorts ook beoordeeld op basis van haar voorstelbaarheid. Zo zal naargelang het makkelijker is om zich een bepaalde gebeurtenis voor te stellen de kans hierop groter ingeschat worden. Dit wordt de *simulatieheuristiek* genoemd. Ze heeft een invloed op de risico-inschatting op soa (Mevissen, 2006). Immers een studie concludeerde dat de kans op soa groter ingeschat werd wanneer men eerst een verhaal had gelezen over een persoon die een soa opliep (Mevissen, Ruiters, Feenstra, Meertens, & Schaalma, in press; zie Mevissen, 2006). Ander onderzoek ondersteunt het bestaan van deze heuristiek. Ze stelt dat het toevoegen van een conditie, zoals wanneer men onbeschermd seks zou hebben met een nieuwe partner, bij het meten van de kans op soa deze laatste toeneemt (de Graaf et al., 2005). Ten derde is er de *representativiteitsheuristiek*. Om te beoordelen of iemand tot een risicogroep behoort baseert men zich op de oppervlakkige kenmerken van deze persoon (Mevissen, 2006). Een onderzoek vermeldt dat iemand die er knap uitzag op een foto veel minder snel een hiv-status toegewezen kreeg dan een minder aantrekkelijk persoon (Thompson, Kyle, Swan, Thomas, & Vrungos, 2002). Bij het maken van een kansschatting worden deze vuistregels gebruikt. Ze kunnen tot een redelijke maar sterk afwijkende inschatting leiden (Tversky & Kahneman, 1974).

### 1.3.3. Individuele determinanten

#### 1.3.3.1. Persoonlijkheid

Onderzoekers stellen dat de verbanden tussen onveilige seks, meerdere seksuele partners en rookgedrag hoogst waarschijnlijk een weerspiegeling zijn van een predispositie tot het stellen van risicogedrag bij sommige individuen (Cook & Bellis, 2001). Mogelijk is er bij deze individuen een aanpassing in de verwerking van informatie die leidt tot de risicoperceptie.

#### 1.3.3.2. Zelfbeeld

Het gevoel van erbij horen en een versterking van het zelfbeeld kunnen een grote rol spelen in de beslissing om fysiek intiem te zijn met iemand (Gebhardt, et al., 2003). Onderzoekers hebben aangetoond dat seks hebben om om te gaan met negatieve gevoelens of om zich beter te voelen over zichzelf gerelateerd is aan seksueel risicogedrag. Risicogedrag wordt immers voor 38% verklaard door het vergroten van positieve gevoelens en sociale banden (Cooper, Shapiro, & Powers, 1998). Kortom een laag zelfbeeld kan leiden tot hoog risicovol gedrag (Power, 2001).

Het seksuele zelfbeeld is naast het algemeen zelfbeeld ook gerelateerd aan risicogedrag.

Onderzoeksresultaten geven immers aan dat jongvolwassenen die niet veilig vrijen zwakker scoren op relatiegericht zijn en seksgericht zijn. Dit zijn de dimensies van het seksuele zelfbeeld (Andersen & Cyranowski, 1994; zie de Wit, & Woertman, 2006).

#### 1.3.3.3. Seksuele ervaring

Jongvolwassenen geven hun eigen seksuele ervaring als belangrijkste bron van informatie (Klaï & Vermeiren, 2006). Jongvolwassenen die de eerste keer een condoom gebruikt hebben, gebruiken daarna vaker een condoom (de Graaf, 2005; zie Coenen, 2007).

In het onderzoek van Gebhardt, Kuypers en Dusseldorp (2006) gaf 40% van de proefpersonen aan dat ze tijdens hun eerste seksuele betrekking met hun recentste partner geen condoom gebruikten. De redenen hiervoor waren in volgorde van voorkomen: *“ik had de pil genomen”*, *“er was geen beschikbaar condoom”*, *“ik heb er niet aan gedacht”* en tenslotte *“we kenden elkaar al een lange tijd”*. Al de genoemde redenen zijn minderwaardig aan het feit dat dit de eerste keer is dat iemand met een nieuwe partner vrijt. Het risicogehalte van deze daad is of niet belangrijk genoeg of wordt verwaarloosd tijdens de berekening van iemands risico op soa. De kans bestaat dat men zich baseert op de recentste seksuele ervaring die risicovrij was en men de keuze om nu onveilig te vrijen hierop afweegt.

Onderzoek over de invloed van ervaring met het oplopen van soa op de risicoperceptie is tegenstrijdig. Sommigen stellen dat individuen waarbij onlangs een soa werd vastgesteld hun partners' risico niet percipiëren (Stoner et al., 2003). Uit ander onderzoek blijkt echter dat de risicoperceptie profijt haalt uit ervaring met soa-besmettingen. Respondenten die reeds soa gehad hebben, identificeren seksueel contact in het buitenland als een risicofactor voor een soa-infectie (Fenton, 2002). 87,5% van de individuen die in het verleden soa opliepen, gebruiken bij nieuw seksueel contact op een tropisch vakantieoord een condoom (Batalla-Duran, Oakeshott, & Hay, 2003). Dit onderzoek beperkt zich echter tot deze vaststelling zonder dieper in te gaan op de manier waarop deze perceptie opgebouwd wordt en wat er precies veranderd is door die ervaring.

#### 1.3.3.4. Testgedrag

Een psychosociale factor die mogelijk gerelateerd is aan hiv-testgedrag is de inschatting van een individu over zijn/haar risico op een infectie (Adam & de Wit, 2006). McGarrigle, Mercer, Fenton, Copas, Wellings, Erens en Johnson (2005) concludeerden dat er meer getest wordt of de intentie hiertoe groter is naarmate de risico-inschatting op een hiv infectie hoger is. Anderen vinden geen verband tussen risico-inschatting en daadwerkelijk hiv-testgedrag (Wickramasinghe & Rogstad, 2002; zie Adam & de Wit, 2006) of stellen vast dat schrik voor de gevolgen van een positieve uitslag ervoor zorgt dat men minder geneigd is om zich te laten testen (de Wit & Adam, 2008). Een tweede factor is dat individuen die meer

voordelen kunnen koppelen aan het nemen van een test, meer geneigd zijn zich te laten testen (de Wit & Adam, 2008). Een studie waar een indicator voor de risico-inschatting een hiv positieve vriend of kennis was, onderzocht het bestaan van een derde factor. Ze vond geen verband met testgedrag (Wickramasinghe & Rogstad, 2002; zie Adam & de Wit, 2006). Dit in tegenstelling tot andere die wel een verband waarnemen (Renzi, Zantedeschi, Signorelli, & Osborn, 2001; zie Adam & de Wit, 2006). Interessant om na te gaan is of en welke verschillen er waren tussen de respondenten uit de tegenstrijdige studies.

De aangehaalde relatie tussen testgedrag en risico-inschatting is wederkerig. Een soa gehad hebben is namelijk geassocieerd met testgedrag (McGarrigle, et al., 2005). De kans dat iemand getest wordt op hiv is groter naarmate ze in het verleden soa opliepen (Wickramasinghe & Rogstad, 2002; zie Adam & de Wit, 2006). Bovenstaande argumenten zijn toegespitst op hiv-testgedrag. Of deze stellingen veralgemeend kunnen worden naar alle soa, moet onderzoek nog uitwijzen.

### **1.3.4. Communicatievaardigheden**

#### **1.3.4.1. Communicatievaardigheden persoon zelf**

Jongeren ontwikkelen na een relationele en seksuele voorlichting vaardigheden om goed te communiceren over hun eigen seksualiteit en hierover gezonde keuzes te maken (Picavet & Klai, 2005). Vragen naar de seksuele carrière van een huidige partner is een vaardigheid die verschilt van persoon tot persoon en speelt een rol in de risicoperceptie. Onderzoek zal moeten uitwijzen of deze gespreksvaardigheid al dan niet toeneemt met de leeftijd.

#### **1.3.4.2. Communicatie met partner**

Jongvolwassenen die niet op de hoogte zijn van hun partners' simultane en meervoudige bedpartners hebben significant meer soa dan jongvolwassenen die hiervan niet op de hoogte zijn (Drumright, Gorbach, & Holmes, 2004). De eerste groep is niet geïnformeerd en mogelijk minder geneigd een condoom te gebruiken. De tweede groep is meer geneigd condooms te gebruiken omdat ze hun relatie als minder stabiel en risicovoller inschatten (Drumright, et al., 2004). Openlijk praten over elkaars sekspartners zorgt voor een risicovollere inschatting. De vraag is of het verschil in ernst van de perceptie veranderd werd door de toegenomen kennis die nu wel verwerkt wordt of dat de wijze waarop de inschatting gebeurt, verandert. Het kan zijn dat door deze bewustmaking bepaalde stappen in het proces centraal komen te staan of minutieuzer uitgevoerd worden dan zonder deze kennis.

Jongeren geven aan dat ze het meest over seksualiteit praten met hun partner en toch heeft een zesde nog nooit gesproken over seksuele risico's. Het zouden vooral jonge meisjes zijn die nalaten met hun oudere partner het condoom te gebruiken (Vanwesenbeeck, et al., 2003). Onderzoek moet nagaan of deze vaststellingen ook van toepassing zijn bij jongvolwassenen. Onderzoek toont aan dat vrouwen angst voor hun partners mogelijk negatieve reactie en of bedreiging van hun relatie rapporteren bij disclosure (Darroch, Myers en Cassell, 2003). Disclosure is de wetenschappelijke term voor het bekend maken van je seropositieve status of soadiagnose (Block & De Bie, 2005), ze vervult een belangrijke rol in de preventie van soa (Faxelid & Ramstedt, 1997). Mannen gaven aan zich hierbij ongemakkelijk en beschaamd te voelen. Ze vermijden hun partner in te lichten door hen in de omgang te vermijden of door te verwachten dat ze 'tussen de regels' zullen lezen en zelf tot de conclusie komen (Darroch, Myers, & Cassell, 2003). Onderzoek geeft aan dat disclosure zowel bij losse als bij vaste seksuele partners een groot probleem vormt (Block & De Bie, 2005).

Jongeren noemen als hun voornaamste zorg het vermijden van een zwangerschap. Ze gaan ervan uit dat de vertrouwensband tussen partners immers voldoende sterk moet zijn om van mekaar te weten of er risico is op een ziekte (Herbots, 2003). Deze studie betreft laatstejaarsstudenten uit het secundair onderwijs, de vraag is of deze vaststellingen eveneens van toepassing zijn op jongvolwassenen.

#### 1.3.4.3. Communicatie met vrienden

Jongvolwassenen praten vaker over seksualiteit met seksegenoten bijvoorbeeld vrienden (Vanwesenbeeck, et al., 2003). Deze laatsten verschaffen immers de nodige informatie en ondersteuning bij vragen en moeilijkheden (Klaï & Vermeiren, 2006; zie Klaï, 2007). Hier tegenover staat dat er beperkt gepraat wordt over de seksuele risico's (Vanwesenbeeck, et al., 2003). Dichte sociale netwerken bieden meer mogelijkheden voor een openlijke praatcultuur over seksualiteit en de instandhouding van een geïntroduceerde collectieve veilig vrijennorm. Anderzijds worden sekspartners die vooraf al deel uitmaakten van het vriendennetwerk gemakkelijker als veilig beschouwd, ook al was het gestelde vertrouwen in deze personen op niet-seksuele aangelegenheden gebaseerd (Ferrand & Snijders, 1997; zie Neefs, 2004).

#### 1.3.4.4. Communicatie met ouders

Ouders zijn verantwoordelijk voor de seksuele opvoeding, maar niet alle ouders nemen die verantwoordelijkheid ook op. Uit onderzoek blijkt ook dat het in de meeste Vlaamse gezinnen de moeder is die de seksuele opvoeding van jongeren tot 21 jaar op zich neemt en dat niet alle onderwerpen even bespreekbaar zijn. Praten over hiv en soa wordt veel minder gedaan (Klaï, 2005). Nochtans speelt ouder-kind communicatie een belangrijke rol in het beslissingsproces van jongeren aangaande verantwoorde keuzes met betrekking tot seksualiteit (Whitaker & Miller, 2000; zie Klaï & Ponjaert-Kristoffersen, 2005). Onderzoek moet aangeven welke rol deze communicatie bij jongvolwassenen inneemt.

#### 1.3.4.5. Huisarts als gezondheidsinformatant

Artsen spelen een cruciale rol in de risicoperceptie van jongvolwassenen.

Artsen vinden het moeilijk om met de patiënt diens seksuele leven te bespreken, zeker met betrekking tot soa (Matthews, & Fletcher, 2001; zie Verhoeven, Avonts, Meheus, Goossens, Leven, Chapelle, & Lammens, 2003). Dit ongemak wordt ook door de patiënt ervaren, zoals blijkt uit het onderzoek van Duncan en collega's (2001). Kortom een open communicatie met de arts ligt gevoelig (Klaï & Vermeiren, 2006; zie Klaï, 2007).

### 1.3.5. Interactionele determinanten

#### 1.3.5.1. Huidige status:

Binnen een relatie is een accurate beoordeling van een potentiële partner zijn/haar risico op hiv of andere soa cruciaal. Ze kan een rol spelen in het keuzeprocess om seksueel contact te vermijden of om beschermende maatregelen te nemen (Stoner, Whittington, Aral, Hughes, Handsfield, & Holmes, 2003). In een relatie is de perceptie van een partners risico op het hebben van soa grotendeels afhankelijk van deze partners' eerlijkheid en juiste verklaring over het risicogehalte. Onderzoek geeft aan dat individuen in een relatie het risicogehalte van hun partner verkeerd inschatten (Stoner, et al., 2003). De overeenkomst tussen een partner zijn perceptie over zijn geliefde en de werkelijkheid zoals weergegeven door de partner zelf was gemiddeld. Respondenten gaven blijk van een optimistische maar niet realistische visie over hun partners' trouw. De overeenkomst tussen de partners schommelde tussen de 50 en 65%.

#### 1.3.5.2. Seriële monogamie:

Jongvolwassenen geven aan dat ze onveilig gevrijd hebben met hun vaste partner omdat ze elkaar al langer kenden. Jongvolwassenen zijn dus minder geneigd zich te beschermen tegen soa wanneer ze zich in stijgende mate veilig voelen in de relatie (Gebhardt, et al., 2003).

Van de jongvolwassenen die in het begin van de relatie wel condooms gebruiken, doet het merendeel dit gedurende drie maanden of langer, anderen stoppen met condoomgebruik na een week (de Graaf et al., 2005). De drang naar intimiteit en emotionele verbondenheid in een relatie waarbinnen gemeenschappelijk vertrouwen heerst doet de nood aan veilige seks

dalen (Gebhardt, et al., 2003). Bovenstaande onderzoeksresultaten bevestigen dat de manier waarop aan risico-inschatting gedaan wordt na een bepaalde periode verandert. Na een tijdstip dat varieert van persoon tot persoon en relatie tot relatie worden cruciale factoren zoals de mogelijkheid dat je partner in een vorige relatie soa opliep verwaarloosd. Deze factoren zouden dan plaats maken voor een blind vertrouwen.

Het komt erop neer dat de ondervraagden veel moeite staken in het geloven dat 'hun sekspartner een goed persoon is' en dat ze steunden op de idee dat 'hij/zij proper was'. Zodra er positieve emoties ontstonden, vanaf het moment dat ze iemand graag zagen, vertrouwden of er van hielden, daalde de risico-berekening (Christianson, et al, 2003). Niet onverwacht stellen onderzoekers vast dat risico-inschatting gebeurt op basis van intuïtie en emoties (Christianson, et al., 2003). Dat vertrouwen mensen hun besef van hun risico op soa doet vervagen (Green, Kocsis, & Fulop, 2000; zie Christianson, et al., 2003) is een feit.

Het aangaan van kortdurende monogame relaties is qua beschermingsgedrag contraproductief.

Onderzoek geeft aan dat bij de intrede in een nieuwe partnerrelatie naargelang de voorafgaande relatieduur langer was, de kans op condoomgebruik zowel bij hernieuwing van de seksuele relatie met dezelfde partner als bij seksueel verkeer met een nieuwe partner vermindert (Bajos & Marquet, 2000). Jongvolwassenen kunnen immers het gedrag van hun partner niet accuraat voorspellen (Drumright, et al., 2004). Zowel het hebben van meerdere partners (Stoner, et al., 2003) als de soa en hiv status van een partner (Niccolai, Farley, Ayoub, Magnus, & Kissinger, 2002; zie Drumright, et al., 2004) worden niet nauwkeurig waargenomen.

Het staat vast dat het gehad hebben van een partner een invloed heeft op de risicoperceptie bij een nieuwe relatie en dus partner.

#### 1.3.5.3. Ontmoetingsplaats en spatial bridging:

Het risico op besmetting is niet alleen afhankelijk van het gedrag van een individu, maar ook van de structuur van het seksueel netwerk van deze persoon en zijn/haar plaats hierin (Klov Dahl, 1985; zie Nordvik, Liljeros, Österlund, & Herrmann, 2007). Mensen die hun partner leren kennen via een schoolgebeuren of een kennis of deze ontmoet hebben op een niet anonieme plek maken veel minder gebruik van een condoom, dan met partners die ze op een andere wijze of op een anonieme plek ontmoet hebben (Bajos & Marquet, 2000). Jongvolwassenen die elkaar ontmoeten op een locatie waar geen sociale controle is, gebruiken meer condooms dan als de partners elkaar leerden kennen op bijvoorbeeld een verjaardagsfeestje van hun klasgenoot.

In de groep 16 tot 24 jarigen is de proportie mannen en vrouwen die aangeven in de laatste 5 jaar een of meerdere seksuele partners buiten de landgrenzen te hebben gehad het hoogst (Natsal, 2000; zie Nordvik, et al., 2007). Een seksuele relatie hebben met een persoon uit een andere geografische regio wordt spatial bridging genoemd (Nordvik, et al., 2007). Partners uit dit type relaties lopen meer risico op soa (Natsal, 2000; zie Nordvik, et al., 2007). In welke mate deze jongvolwassenen zich bewust zijn van hun toegenomen risico op soa is onduidelijk.

### 1.3.6. Contextuele determinanten

#### 1.3.6.1. Seks op reis

Gevaar voor besmetting neemt toe met het toerisme naar exotischere locaties (Trommelmans, 2006). Reizen naar het buitenland zijn verantwoordelijk voor een stijgend aantal soa (Rogstad, 2004).

Uit onderzoek van Sensoa bij jongvolwassenen blijkt dat de kennis over soa goed is, maar de toepassing ervan op vakantie slechter. Reizigers zijn zich vaak niet bewust van de endemische stand van zaken in hun land van bestemming, noch beseffen ze voldoende welk risico op soa ze daar lopen. Ze voelen zich niet aangesproken door preventieboodschappen of gaan ervan uit dat de oproep tot veilig vrijen niet op hen van toepassing is. Deze reizigers schatten zich niet vatbaar voor soa

infecties (Van Den Eynde, 2004). Waarschijnlijk wordt deze risicoperceptie sterk beïnvloed door het eerder aangehaald principe van een onrealistisch optimisme (Meertens & Schaalma, 1997; zie Van Den Eynde, 2004).

Daarenboven doet reizen de culturele, morele of maatschappelijke normen vervagen (Matteelli & Carosi, 2001; Van den Eynde, 2004; Bellis, Hughes, Thompson, & Bennett, 2004). Gebruikelijke inhibities of remmingen ten opzichte van seks nemen af. Op reis meent men zich niet te hoeven gedragen zoals thuis en men vergeet de regels van het veilig vrijen of conformeert het eigen gedrag aan het overheersend gedrag van de omgeving (Van Den Eynde, 2004). In dit kader kan het vreemdgaan of het hebben van one-night stands met of zonder condoom plaatsvinden omdat andere reisgenoten dat eenmaal ook doen. Als risicoperceptie onderhevig is aan peerpressure zou dit kunnen betekenen dat ze geen persoonlijke berekening is, maar beïnvloedbaar is door andere individuen.

Verveling of een onverwacht seksueel aanbod kunnen ertoe leiden dat men geen onderhandeling voert over veilig vrijen, laat staan condooms bij zich heeft. Dit zou voornamelijk het geval zijn bij vrouwen. Mannen zijn eerder onderhevig aan een vals gevoel van onkwetsbaarheid. Kortom het niet bijhebben van condooms zorgt voor een lage inschatting van de hiv-problematiek op reis (Van Den Eynde, 2004). Mogelijk is er sprake van een gelijkaardig denkpatroon met betrekking tot soa-besmettingen.

Hiertegenover staat dat diegene die de grootste kans hebben om soa op te lopen in het buitenland ook diegene zijn die in hun thuisland meerdere seksuele partners hebben (Bellis, et al., 2004). Deze resultaten bieden in tegenstelling tot bovenstaande stellingen ondersteuning voor het feit dat het hebben van onveilige seks mogelijk gerelateerd is aan een persoonlijkheidstrekk en dus onafhankelijk zou zijn van de plaats of mogelijkheden die een vakantieoord biedt.

#### 1.3.6.2. Onder invloed van middelen, .... drugs, alcohol

Volgens Engelhart en Bergstra (2007) gebruiken vooral jongvolwassenen drugs. Alcohol, soft- en harddrugs behoren immers tot de belevingswereld van deze leeftijdscategorie (Voorham, 2008).

Alcohol heeft een verdovende werking op de hersenen, waardoor remmingen wegvallen.

Als iemand te veel gedronken heeft, schat deze persoon risico's niet goed in ([www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)). Alcohol vermindert het vermogen om inhiberende cues zoals het besef van een risico op soa, te verwerken (Pietrantonì, Prati, & Florini, 2008). Wanneer inhiberende cues niet expliciet zijn, rapporteren dronken jonge mannen een grotere intentie tot het hebben van onveilige seks (Pietrantonì, et al., 2008; Ahlers, 2005). Belangrijk is dat er geen significante verschillen zijn vastgesteld tussen de nuchtere en geïntoxiceerde respondenten voor wat de verantwoording van risicogedrag betreft (Pietrantonì, et al., 2008). Deze onderzoeksresultaten doen vermoeden dat volledige of diepe verwerking van cues nodig zijn voor risicoperceptie.

Naast alcohol kunnen ook drugs een vervaging van de grenzen met betrekking tot seksuele interactie veroorzaken (Lazaroms, Vanwesenbeeck, & Woertman, 2003). Veilige seks daalt met de stijging van de perceptie van de druggebruiker dat zijn/haar partner een betrouwbare sekspartner is (van Empelen, Kok, Hoebe, & Jansen, 2003). Druggebruikers percipiëren verkeerdelijk dat ze kunnen bepalen wanneer iemand hiv heeft. Ze baseren zich hiervoor op hun gevoelens over of op de uiterlijke verschijning van de ander persoon. Het hebben van seks met iemand die je goed kent of met iemand die hygiënisch is en zich wast, is volgens druggebruikers minder risicovol (van Empelen, et al., 2003). Druggebruikers zijn ervan overtuigd zelf geen risico te lopen omdat ze ten eerste een vaste partner hebben en ten tweede omdat seks met iemand anders volgens hen nooit zou plaatshebben (Van Empelen, Kok, Hoebe, & Jansen, 2001, 2003). Een mogelijke verklaring voor deze lagere risicoperceptie kan zijn dat drugs de optimistische bias nog meer intensificeert. Beide onderzoeken door Van Empelen en collega's (2001, 2003) betroffen slechts een gering aantal jongvolwassenen en deze onderzoeksresultaten dienen dus met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Roken is een betere voorspeller voor onbeschermd gedrag dan recreatief drug- of alcoholgebruik (Calafat, Juan, Fernandez, Antilla, Arias, Bellis, Bohrn, Fenk, Hughes, Kersch, Kokkevia, Kuussaari, Leenders, Mendes, Siamou, Simon, Van De Wijngaart, & Zavatti, 2003; zie Bellis, et al., 2004). De kans bestaat dat rokers een speciale manier hebben om risico-

inschattingen te maken. Ze negeren of verwaarlozen immers de gevolgen van hun gedrag telkens ze een sigaret aansteken. Dit zou een argument kunnen zijn voor het idee dat risicoperceptie niet afhangt van het proces zelf maar mogelijk ook van de persoonlijkheid van de inschatting.

### **1.3.7. Omgevingsdeterminanten**

#### **1.3.7.1. Campagnes**

Het Koninklijk Besluit dat de gedeeltelijke terugbetaling van anticonceptiemiddelen voor jongeren beneden de 21 jaar regelt, verscheen in maart 2004 in het Belgisch Staatsblad (Vermeire & Verougstraete, 2004). Een bijkomend doel van deze Laura-campagne was de preventie van het aantal soa-besmettingen. Zo werden er een miljoen condooms verspreid (Vermeire & Caers, 2005). De kostprijs heeft een belangrijke invloed op het anticonceptiegebruik (Stichting Farmaceutische Kerngetallen, 2004; zie Vermeire & Verougstraete, 2004). De maatregel werkt immers niet alleen een financiële drempel weg, maar werkt ook sensibiliserend: men geeft de jongeren de boodschap dat ze zich moeten beschermen. Bovendien gaf de overheid met de maatregel een belangrijke maatschappelijke boodschap: ook jongeren zijn seksuele wezens en kunnen seksueel actief zijn (Vermeire & Verougstraete, 2004). Nathalie Bajos' onderzoek wees uit dat de maatschappelijke erkenning en aanvaarding van de seksualiteit van jongeren een belangrijke invloed heeft op hun risico-inschatting (Vermeire & Verougstraete, 2004).

#### **1.3.7.2. Invloed van de media**

In de jaren '80 tijdens de kinderjaren van de huidige jongvolwassenen stond preventie in het teken van de eigen verantwoordelijkheid. Beide partners zijn verantwoordelijk voor veilig vrijen, dus als elkeen zichzelf beschermt, kan men een ander niet besmetten is de boodschap die meegegeven werd (Block & De Bie, 2005). Onderzoek zou moeten nagaan of jongvolwassenen bij risicoperceptie gebruik maken van deze opvatting.

'Hoe commerciëler, hoe meer seks en hoe explicieter' is tegenwoordig de visie van de mediawereld over seks op de televisie (Trommelmans, 2006). Uit dit onderzoek komt naar voren dat jongeren informatie over hiv preventie voornamelijk halen uit televisieprogramma's (Vanwesenbeeck, et al., 2003), televisiereclame (Signorelli, et al., 2006), boeken en tijdschriften (Klaï, 2005).

Jongeren worden in hun seksuele voorlichting geconfronteerd met de gevaren en de risico's van onveilige seks en dienen deze negatieve aspecten steeds in het achterhoofd te houden. Dit brengt vanzelfsprekend een dualiteit met zich mee tussen de maatschappelijke propaganda van 'alles kan en mag' enerzijds en anderzijds de met seksualiteit verbonden gevaren. Seksualiteit met inbegrip van geslachtsziekten blijkt een groter taboe te zijn dan diezelfde maatschappij doet voorkomen (Klaï & Ponjaert-Kristoffersen, 2005).

### **1.4. Redenen tot onderzoek**

We lichten de nood aan onderzoek over de risico-inschatting van jongvolwassenen toe.

Bovenstaande literatuur stelt dat het aantal soa met de jaren stijgt. Er is een hoge frequentie van soa-besmettingen bij jongvolwassenen waarvan 79% is Belg is. Van de in ons land besmette hiv-patiënten kreeg in 2008 18% van de mannen en 88% van de vrouwen dit via heteroseksuele contacten. Onderzoek wijst ook op een toename van onveilige seks bij jongvolwassenen.

Het staat vast dat een hoge risicoperceptie samenhangt met een grotere kans om altijd een condoom te gebruiken. Maar bestaand onderzoek geeft niet aan waarom jongvolwassenen die het nut van condooms kennen toch onveilige seks hebben. Mogelijk speelt maturiteit een rol, want onderzoek stelt dat condoomgebruik afneemt met de leeftijd, maar hoe wordt de toename van anticonceptiegebruik bij achttien-plussers dan toegelicht? Onderzoek stelt dat jongvolwassenen onvoldoende beschikken over scripts in verband met veilige seks. Misschien kan dit verklaart worden door een gebrekkige communicatie

over condoomgebruik of ligt de oorzaak bij de cognitieve misvattingen in het brein. De kans bestaat immers dat cognities zoals de optimistische bias, de beschikbaarheidsheuristiek of de simulatie- en representativiteitsheuristiek de risico-inschatting beïnvloeden. Ander onderzoek vindt een verband in de persoonlijkheidstrekken van een individu en stelt dat jongvolwassenen die onbeschermd seks hebben minder relatiegericht zijn. Ook de waarde van eigen seksuele ervaringen is in dit opzicht belangrijk. Onderzoek stelt dat risicoperceptie profijt haalt uit ervaring met soa-besmetting. Een voordeel bij de ervaring van seksuele voorlichting is een toegenomen vaardigheid om over seksualiteit te praten. Daarom is het spijtig dat ouders weinig verantwoordelijkheid nemen bij de seksuele opvoeding van hun kind.

Onderzoek bij voornamelijk jongeren geeft aan dat deze het meest met hun partner praten over seksualiteit, maar slechts een klein aantal heeft ooit over seksuele risico's gesproken. Dit onderzoek tracht na te gaan of gelijkaardige stellingen opgaan bij jongvolwassenen. Hiernaast toetst ze of deze leeftijdscategorie net als de jongeren voornamelijk schrik heeft voor een zwangerschap.

Jongvolwassenen hebben kortdurende opeenvolgende relaties. Een accurate beoordeling van een potentiële partners risico op soa is hierbij cruciaal. Onderzoek stelt echter dat individuen in een relatie het risicogehalte van hun partner verkeerd inschatten. Ander onderzoek stelt dat jongvolwassenen minder geneigd zijn om zich tegen soa te beschermen omdat ze zich in stijgende mate veilig voelen in hun relatie. Ook de manier waarop partners elkaar ontmoeten heeft een invloed op hun risico-inschatting. Verder zien we dat jongvolwassenen kennis hebben over soa, maar ze op vakantie onvoldoende bewust zijn van hun risico hierop. Mogelijk speelt alcoholiname hierbij een rol, ze vermindert immers het risicobesef. Het nut van het Koninklijk Besluit om de kostprijs van anticonceptie te verlagen is gebleken. Wij vragen ons echter af welke elementen van preventiecampagnes jongvolwassenen verkiezen.

## Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethodologie

### 2.1. Algemene onderzoeksopzet

#### 2.1.1. Probleemstelling

Seksuele gezondheid wordt door de World Health Organisation omschreven als een toestand van lichamelijk, emotioneel en geestelijk welbevinden op seksueel gebied dus vrij van seksuele dysfuncties, dwang, discriminatie, geweld of ziektes (Bakker, 2006). Omdat veilig vrijen belangrijk is om je te beschermen tegen soa (Picavet & Klai, 2005), besteedt dit onderzoek voornamelijk aandacht aan ziektevermijding en meer bepaald aan risicoperceptie.

Jongvolwassenen lopen een groter risico op soa omdat ze meer seksuele en simultane partners hebben dan oudere leeftijdsgroepen (Van de Laar et al., 2003; Bakker, Vanwesenbeeck, & Zimbile, 2003; zie Van de Laar, De Boer, Koedijk, & Op de Coul, 2005). Seriële monogamie is in deze groep immers een frequent verschijnsel ([www.casarosa.be](http://www.casarosa.be)). Bovendien gebruikt ze ook veel minder condooms dan oudere leeftijdsgroepen (Van de Laar et al., 2003; Bakker, Vanwesenbeeck, & Zimbile, 2003; zie Van de Laar et al., 2005). Onderzoek (Nicoll, Hughes, Donnelly, Livingstone, De Angelis, Fenton, Evans, Gill, & Catchpole, in press; zie Catchpole, 2001) geeft aan dat het bewustzijn van jongvolwassenen omtrent het bestaan en de gevaren van hiv en aids daalt. Hun grootste vrees betreft een ongeplande zwangerschap en niet het oplopen van soa (Social Exclusion Unit, 1999; zie Catchpole, 2001). Ze achten zichzelf onkwetsbaar voor soa ([www.casarosa.be](http://www.casarosa.be)). Kortom onveilige seks onder heteroseksuele jongvolwassenen stijgt (Johnson et al., 2001).

#### 2.1.2. Onderzoeksdoelstelling

Preventie van overbrenging is en blijft de enige manier om de verspreiding van de hiv/aids epidemie te stoppen. Informatie en educatie omtrent het risico op seksuele overbrenging van het virus is cruciaal (Signorelli et al., 2006). De bereidheid van mensen om preventief gedrag te stellen is namelijk afhankelijk van de gepercipieerde ernst van de ziektedreiging, de ervaren kwetsbaarheid voor de ziekte, informatiebronnen die gezondheidsgedrag aansporen, de ervaren voordelen van preventief gedrag en de hindernissen om beschermingsgedrag toe te passen (Janz & Becker, 1984; zie Buunk et al., 1998).

In dit kader is het onderzoek naar de constructie van de risicoperceptie van jongvolwassenen maatschappelijk en wetenschappelijk relevant. Dergelijk onderzoek kan op maatschappelijk vlak bijdragen tot de vorming van preventiemateriaal. In wetenschappelijke kringen kan deze studie extra inzicht bieden in de seksuele beleving van jongvolwassenen. De determinanten van risicoperceptie en -gedrag vormen het onderzoeksthema van deze studie.

### 2.2. Doelstellingen en onderzoeksvragen

Uit bovenvermelde theoretische funderingen groeit de veronderstelling dat een goede invulling van de determinanten van risicomangement, de kans op een goed risicomangement vergroot en dat de kans op seksueel gezond gedrag bijgevolg toeneemt (Verhoogen, 2006).

Het doel<sup>1</sup> van dit onderzoek omvat een beeld te krijgen van hoe jongvolwassenen hun risico op besmetting met soa inschatten en wat hun beschermingsgedrag inhoudt. Dit onderzoek tracht eveneens na te gaan welke hulpmiddelen jongvolwassenen wensen om hun bewustzijn en beschermingsgedrag te verhogen. Er is een gebrek aan wetenschappelijke kennis omtrent de oorzaken voor de toename van soa-besmettingen bij jongvolwassenen. Deze onrustwekkende vaststelling roept onderstaande onderzoeksvragen op.

---

<sup>1</sup> Vraagstelling van de opdrachtgever Sensoa. Uitgesproken op het bemiddelingsgesprek op 11 december 2007 in Antwerpen met Prof. Klai, Ils De Bal van de Wetenschapswinkel, Sandra Van Den Eynde van Sensoa en mijzelf als aanwezigen.

- Hoe denken jongvolwassenen over hun risico op soa?
- Hoe is het gesteld met de risicoperceptie van jongvolwassenen op vakantie?
- Welke elementen wijzigen de risico-inschatting van jongvolwassenen?
- Welke ideeën hanteren jongvolwassenen wanneer ze condoomgebruik afschaffen?
- Welke overtuigingen schuilen achter condoomgebruik bij jongvolwassenen?
- Welke overtuigingen leiden tot testgedrag?
- Hoe willen jongvolwassenen ondersteund worden binnen deze thematiek?

### 2.3. Onderzoeksmethodologie

Onderzoek naar de risicoperceptie van jongvolwassenen is schaars. Rekening houdend met het verkennend karakter van dit onderzoek, werd gekozen voor een beschrijvend kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde diepte-interviews.

Als eerste fase binnen het ontwikkelingsproces geeft descriptief onderzoek weer ‘wat er is’. Ze illustreert de beleving van een seksueel verschijnsel en richt zich op de vergroting van kennis (van Lankeveld & Laan, 2004).

#### 2.3.1. Onderzoeksmethode en onderzoeksinstrument

Omwille van het feit dat de seksuele beleving, het bijhorende beschermingsgedrag en de risicoperceptie gevoelige onderzoeksthema's zijn, werd de voorkeur gegeven aan interviews eerder dan aan enquêtes. Met behulp van open en brede vragen worden de geïnterviewden aangespoord om zoveel mogelijk in hun eigen woorden, gedachten, gevoelens en opvattingen te vertellen (Migchelbrink, 2000-2001). Op deze manier krijgt men inzicht in het eigen verhaal en de belevingswereld van de ondervraagde (Migchelbrink, 2000-2001; Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005; Baarda, de Goede, & van der Meer-Middelburg, 2007).

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een zelf opgesteld semi-gestructureerd diepte-interview. Deze ondervraagtechniek bevordert ruimte voor dialoog en biedt de mogelijkheid om door te vragen en dieper in te gaan op bepaalde thema's (Baarda et al., 2007). De bekomen informatie is bijgevolg rijker (Geertz, 1973; zie Smith 2003) en vermijdt suggestieve of sociaal wenselijke antwoorden (Baarda et al., 2007). Het opstellen en de voorbereiding van de interviews gebeurde aan de hand van het “Basisboek interviewen” (Baarda et al., 2007) en het “Basisboek kwalitatief onderzoek” (Baarda et al., 2005). De thema's werden gekozen op basis van de onderzoeksvragen en het literatuuronderzoek en vervolgens vastgelegd in een topicijst met subtopics. Dit interviewschema diende als leidraad voor het interview. Om het gesprek vlot te laten verlopen werd geopteerd om steeds in te gaan op aangebrachte informatie van de respondent. Dit bracht met zich mee dat de volgorde en formulering van de vragen konden variëren.

Het interview bestond uit drie onderdelen, per topic werden een aantal vragen en subvragen gesteld. Het interviewschema werd toegevoegd in bijlage 1.

- Vooreerst werden enkele algemene gegevens (leeftijd, woonplaats, burgerlijke stand,...) getoetst om tot een algemeen beeld van de respondent te komen.
- Het tweede onderdeel van het interview bracht verscheidene determinanten van risicoperceptie op soa en het beschermings- en testgedrag van jongvolwassenen in kaart.
- Het interview werd afgerond met een onderdeel dat peilde naar de noden van jongvolwassenen om hun risico-inschatting en het hieraan gekoppeld beschermingsgedrag te sturen in het voordeel van veilige seksuele contacten.

Omwille van de gevoelige thematiek werd bewust besloten om het interview te starten met concrete en minder moeilijke gesloten vragen. Vervolgens werd geleidelijk overgegaan tot open en persoonlijke vragen. Om een evenwichtig interviewschema te behouden, werd afgesloten met weinig bedreigende vragen. Aangezien de onderzoekster na twee proefinterviews merkte dat ze de nodige ervaring miste, werden twee bijkomende proefinterviews afgenomen.

### **2.3.2. Onderzoeksprocedure**

#### 2.3.2.1. Rekrutering

Ter vergroting van de kans op een zuivere diagnose en Sensoa's nood aan onderzoeksgegevens van de meest seksueel actieve en risicovolle categorie van jongvolwassenen werd de doelgroep beperkt. Ze bestond uit seksueel actieve vrijgezellen en jongvolwassenen die nog geen twee maanden een vaste relatie hadden met hun partner. De leeftijds marges betroffen 20 tot en met 23 jarigen. Aangezien zowel jongere als oudere jongvolwassenen minder wisselende seksuele partners hebben, stond de maximalisatie van informatie bij de afbakening centraal. Een bijkomende meerwaarde van deze selectie was de mogelijkheid om de twee doelgroepen met elkaar te vergelijken. Er werden 6 vrijgezellen bevraagd en de overige 11 respondenten hadden verkering met iemand.

Om de respondenten te contacteren werd een oproepbrief opgesteld, een kopij van deze brief kan gevonden worden in bijlage 2. Deze brief werd in 3 schrijfrondes verzonden in januari, maart en mei 2009. In april 2009 werd deze oproep eveneens weergegeven op de site van Sensoa. De contactname gebeurde steeds via email. Met behulp van de Elvas, de zoekmachine van de Vrije Universiteit Brussel, werden studenten van al de gedoeerde opleidingen aan de Vrije Universiteit Brussel gecontacteerd. De zoekfunctie werd beperkt tot studenten ingeschreven in de 2<sup>de</sup> of 3<sup>de</sup> Bachelor en in de 1<sup>ste</sup> of de 2<sup>de</sup> Master. Deze selectie steunde op de verwachte leeftijd van studenten, die hun studie aanvangen op achttienjarige leeftijd en een normaal studietraject doorliepen. De oproepbrief werd tevens opgehangen op verscheidene prikborden voor studentenadvertenties op verschillende locaties op de campus van de Vrije Universiteit Brussel.

Studiegenoten van de onderzoekster verzonden in februari 2009 de oproepbrief naar de klasgenoten uit hun onderwijsinstelling. Via deze weg werden eveneens studenten van de Hogeschool- Universiteit Brussel en de Katholieke Hogeschool Leuven gecontacteerd. Zodra de onderzoekster een bevestiging van medewerking ontving werd via email een afspraak voor de afname en de locatie van het interview vastgelegd.

Dit onderzoek is niet representatief. De deelnemers namen op vrijwillige basis deel aan de studie. Op deze manier werd enkel gewerkt met jongvolwassenen die bereid waren om hun ervaringen met ons te delen.

#### 2.3.2.2. Profiel respondenten

Van de 19 interviews werden er 17 weerhouden voor verdere analyse. Twee interviews werden weggelaten omwille van een slechte geluidskwaliteit van de bandopname.

Er was sprake van een gerichte steekproef op basis van bereidwillige seksueel actieve heteroseksuele vrouwelijke en mannelijke jongvolwassenen, met een leeftijd variërend tussen de 20 en 23 jaar. De doelgroep was tweedelig. Er werden enerzijds 6 vrijgezellen en anderzijds 11 respondenten met een vaste relatie bevraagd. Tabel 1 biedt een overzicht van de respondenten en hun algemene gegevens, ze werd om overzichtsredenen toegevoegd in bijlage 3. Na bevraging van 17 jongvolwassenen werd voor beide onderzoeksgroepen voor de meeste onderdelen van het interview het punt van saturatie bereikt. De populatie bestond uit 13 meisjes en 4 jongens, waarvan 2 respondenten een liefdesrelatie hadden met elkaar. Al de ondervraagden volgden een Nederlandstalige opleiding aan een universiteit of hogeschool in België.

### 2.3.2.3. Registratie, verwerking en data-analyse

Elk interview bestond uit een face-to-face gesprek van gemiddeld 45 tot 90 minuten. De interviews werden uitsluitend in het Nederlands afgenomen. Met toestemming van de respondenten werden de gesprekken zowel met een microcassette recorder van het merk Olympus (S701) als met een digitaal-voice recorder van het merk Sony (ICD-P630F) opgenomen. De interviews werden afgesloten met de vraag of de respondent nog iets wenste toe te voegen, te vragen of te bemerken. Meestal vonden de respondenten dat alles gezegd was. Sommigen vroegen om hen de verwerkte resultaten van het onderzoek te mailen.

Elk interview<sup>2</sup> werd volledig en letterlijk uitgetypt in het tekstverwerkingsprogramma Word (versie 2003). Nadien werden de gegevens gereduceerd opdat enkel relevante informatie ter beantwoording van de onderzoeksvragen restte. Toen werd gestart met de data-analyse volgens de Interpretatieve Fenomenologische Analyse methode (Smith, & Osborn, 2003). De tekstfragmenten werden per vraag ruimtelijk gerangschikt en ingedeeld in labels. Vervolgens werden deze labels geabstraheerd en omschreven met objectievere classificaties. De kernbeschrijvingen van al de respondenten werden tenslotte onderling vergeleken en gegroepeerd om terugkerende thema's te onderscheiden. Deze kernbeschrijvingen werden gebruikt om te komen tot één analyse van de gelijkenissen en verschillen in de belevingswereld van de onderzochte doelgroep. Deze laatste stap binnen de analyse diende als basisstructuur en ter illustratie van de onderzoeksrapportage. Een voorbeeld van deze analyse werd toegevoegd in bijlage 4.

## 2.4. Validiteit en betrouwbaarheid

De meerderheid van de interviews werd binnen de 72 uur na de registratie door de interviewer/onderzoekster persoonlijk uitgetypt. Dit om de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te optimaliseren. Tevens werd steeds ingegaan op dubbelzinnige en onduidelijke antwoorden, om verkeerde interpretaties door de onderzoekster te vermijden.

Om de validiteit van dit onderzoek te bevorderen werden de vragen in eerste instantie opgesteld in functie van de onderzoeksvragen. Bijkomend werd erop toegezien dat de respondenten duidelijke en accurate antwoorden gaven op de voorgelegde vragen (Celestin-Westreich, 2005). Bij misinterpretatie van vragen werden de respondenten geheroriënteerd naar de vraagstelling. Er werd ruimte gecreëerd opdat de respondenten bij onduidelijkheden de onderzoekster hierop konden aanspreken.

---

<sup>2</sup> De uitgeschreven interviews bevinden zich omwille van vertrouwelijkheid bij Professor Brewaeys A.

### Hoofdstuk 3: Onderzoekresultaten

Dit onderdeel houdt een weergave in van de onderzoeksvragen, die worden opgesplitst volgens de kernthema's waarop het interview gebaseerd is. Om te beginnen gaan we dieper in op de redeneringen die jongvolwassenen maken over hun risico op soa. Vervolgens werpen we een blik op de ideeën die respondenten er ten eerste toe aanzetten om bij seksuele contacten geen condoom te gebruiken en ten tweede welke argumentatie ze hanteren bij condoomgebruik. Verder bestuderen we de risico-inschatting van jongvolwassenen op een vakantiebestemming en gaan we na welke elementen het proces van de risico-inschatting kunnen wijzigen. We sluiten af met de door de jongvolwassenen gewenste ondersteuning. Omwille van de betrouwbaarheid opteren we voor een vergelijking in functie van de status van de relatie en niet volgens het geslacht. Na elk citaat worden drie afkortingen vermeld, deze hebben betrekking op de identiteit van de respondent (nummer), zijn/haar geslacht (Man, Vrouw) en tenslotte zijn/haar relatiestatus (Vrijgezel, Relatie).

Het is belangrijk te onderstrepen dat de term “veilig” door de onderzoekster steeds gehanteerd wordt in het kader van bescherming tegen soa. De betekenis die respondenten hieraan geven verschilt, velen spreken hierbij over zwangerschapsvermijding.

We merken ook dat de respondenten weinig communiceren over hun risico op soa met hun sekspartner. Velen wisten niet of hun partner ooit soa opgelopen had, omdat het onderwerp nooit aanbod was gekomen. De illustratie voor beide vaststellingen worden weergegeven in bijlage 3.

#### 3.1 Hoe denken jongvolwassenen over hun risico op soa?

##### 3.1.1 Toetsing van algemeen ervaren risico op soa

De antwoorden over het ervaren risico bestaan uit drie verschillende gedachtegangen. De **talrijkste groep** bestaat uit respondenten die aangeven dat ze **denken geen risico te lopen** op soa. Velen geven hiervoor als argumentatie aan dat ze zelf en of hun partner reeds getest zijn op soa. Deze respondenten geven eveneens aan hun partner te kunnen vertrouwen en ze zijn van mening dat ze zelf ook geen soa hebben.

R: *Een soa, neen*

I: Neen, waarom denk je van niet?

R: *Door het onderzoek hé, de onderzoeken die gebeurd zijn. (R9; V; R)*

*Ik denk dat ik sowieso al mijn sekspartners kan vertrouwen en ik die zelf ook niets van seksueel overdraagbare ziektes hadden, dus daarom denk ik dat ik geen enkel risico loop (R7; M, R)*

Een tweede groep respondenten meldt dat ze momenteel **wel een risico op soa** lopen en dat ze tot deze vaststelling komen **omwille van onveilige seks** in het verleden of het heden. Sommigen noemen “het hebben van seks” op zich als reden voor hun ervaren risico. Slechts één van de drie respondenten, die in het verleden een soa opliep, geeft aan dat ze beseft hoe makkelijk een besmetting kan plaatsvinden.

*Ja omdat ik toch wel meerdere malen onveilig heb gevreeën ... omdat ik eigenlijk nu nog altijd onveilig vrij met mijn partner. Omdat we allebei niet wetenschappelijk getest zijn, dus wij kunnen geen enkel bewijs voorleggen van “ik heb niets, jij hebt ook niets” Alleen het feit dat we vandaag de dag eigenlijk gezond zijn en ons goed voelen. (R4; V; R)*

*Omdat ik seks heb en dan heb je daar, dus alé loopt je daar sowieso risico op ... Ja als je seks hebt, dan is er altijd een kans dat je zelf als je een condoom gebruikt, het kan scheuren, dus hebt je sowieso een kans om iets op te lopen eigenlijk. (R6; V; R)*

*Ik heb er ook wel gehad, maar volgens mij kun je van alles oprapen, dus ik denk dat er heel veel mensen zijn die niet weten dat ze dat hebben en dat ze dat dan doorgeven, zonder het eigenlijk door te hebben dus (stilte) en dat is ook*

*heel snel opgelopen dus ja, kun je dat zelf niet krijgen van naar het toilet te gaan in een openbare wc, ik vraag mij dat soms af, van orale seks kun je dat ook krijgen? (R14; V; V)*

Tenslotte is er een derde en veel **beperkttere groep** respondenten die **twijfelt over zijn huidig risico** op soa. Deze jongvolwassenen vragen zich af of ze hun partner kunnen vertrouwen en wegen al twijfelend hun risico's ten gevolge van hun onveilige contacten af.

*Dus ik denk het wel ja de kans bestaat sowieso altijd, als je onbeschermd seks hebt met iemand ... Ja de keren dat ik het heb gedaan, het is niet altijd echt veilig geweest, ook niet met mijn one-night-stands, er is veel keer geweest dat er iets mis was, dat het afgevallen was, of dat het gescheurd was ook heel veel keren en van die dingen en zo en zeker ook met hem, ja ik weet het, het is niet altijd even veilig gebeurd en dat is wel de eerste persoon waar ik zoveel keer onveilig seks mee heb en hij heeft ook wel veel bedpartners gehad dus ja die kans zal er wel bestaan (R11; V; R)*

*Dat kan als hij een soa zou hebben dan kan dat, anders zou ik niet goed zien hoe. (R3; V; R)*

### 3.1.2 Overtuigingen bij een verhoogd risico op soa

Opmerkelijk is het **groot aantal** respondenten dat aangeeft dat ze zich geen **scenario's kunnen voorstellen waarin** ze een **hoger risico** op soa zouden lopen.

I: Oké, zijn er momenten waarop je wel denkt dat je risico loopt?

R: *Neen*

I: Zijn er momenten waarop je denkt dat je een groter risico loopt op soa?

R: *Neen (R17; V; V)*

Jongvolwassenen die wel aangeven dat ze op bepaalde momenten een **hoger risico** op soa lopen, noemen verscheidene situaties. Vele respondenten schatten hun risico op soa hoger in **bij onveilige seks**. Dit antwoord wordt meermaals door vrijgezellen geformuleerd.

*Als ik geen condoom gebruik (R8; M; R)*

Het zijn voornamelijk jongvolwassenen die verkeren met een vaste partner die **eenmalige seksuele betrekkingen met een onbekend persoon** als risicovol omschrijven.

*... denk ik dat de kans ook wel groter is en dan natuurlijk als je een one-night-stand hebt gedaan (R6; V; R)*

Een andere vaak als risicovol omschreven situatie is het moment waar men **alcohol geconsumeerd** heeft. Vele respondenten geven aan dat ze dan minder goed risico's inschatten en vaker het condoom achterwege laten.

*Ja, eigenlijk ja, zeker en vast het vrijgezellen leven ook ja, wanneer dat je gedronken hebt allé ja waarschijnlijk, ik bedoel volgens uw toestand. Ben je nuchter, ben je niet nuchter. Ik denk dat dat ook veel uitmaakt alcohol. Maar het is voor velen wel een excuus van he "ga ik mij beschermen, ga ik mij dan beschermen of niet?" ... Ja, sowieso als je gedronken hebt, dan ga je sowieso denk ik niet of minder nadenken over een condoom, dan terwijl dat je nuchter bent. Dat wil daarom niet zeggen dat je het daarom meer of minder gaat gebruiken. Ik zeg gewoon van ik gebruik het sowieso in nuchtere toestand ook niet altijd, maar ik bedoel misschien ga je daar minder over nadenken als je dronken bent.*

I: Ja oké, dus je wordt minder tegen gehouden om het te doen?

R: *Ja, ja (R4; V; V)*

### 3.1.3 Redeneringen omtrent situaties waar geen risico op soa gelopen wordt

Slechts **enkele** respondenten geven aan dat momenten waar je **geen risico loopt op soa onbestaand** zijn.

*Ik dacht dat het condoom veilig was, maar ik heb geleerd van niet (lacht) ik heb ontdekt van niet, in die programma zeiden ze, dat ook met een condoom dat er sommige soa nog altijd kunnen doorgegeven worden, ik weet nu wel niet meer dewelke dat dat was, maar ik weet dat die zei “zelfs het condoom, dan nog ben je niet veilig” en ja neen je kunt eigenlijk nooit 100% veilig zijn, tenzij je helemaal geen seks hebt, maar ja. (R15; V; V)*

De grote **meerderheid** van de respondenten geeft echter aan dat ze op dit ogenblik **geen risico op soa** denken te lopen. De redenering achter deze visie vinden velen in de **status van hun relatie**.

*Want zo als ik een vaste relatie heb en we hebben seks zonder condoom, dan maak ik mij daar over het algemeen geen zorgen over. (R6; V; R)*

I: Heb je op dit moment een vriend of vriendin?

R: *Neen.*

I: Hoe omschrijf je je relatie met de persoon waarmee je seks hebt?

R: *Beste vriend*

I: Zijn er momenten waarop je denkt geen risico te lopen op soa?

R: *Ja ... Nu in deze relatie, relatie ja tussen haakjes. (R17; V; V)*

Andere jongvolwassenen redeneren dat ze geen risico lopen omdat ze **geen klachten ervaren**.

*Ja ... Nu eigenlijk dat ik in een vaste relatie zit en we hebben al vrij vaak seks gehad en ik heb nog altijd niets van klachten ondervonden dus (lacht) alé. (R7; M; R)*

Tenslotte wordt **condoomgebruik** ook vaak aangehaald als reden voor het ontlopen van risico's. Het is echter onduidelijk of de respondenten bij al de vormen van seksueel verkeer een condoom gebruiken of dat ze “seks” enkel associëren met de vaginale wijze en zich enkel hierop baseren bij hun risico-inschatting.

*Als ik een condoom draag. (R8; M; R)*

### 3.1.4 Indirecte bevraging van de risico-inschatting op soa

Wanneer jongvolwassenen op een minder persoonlijke en confronterende manier gevraagd wordt “wat er nodig is” om geen risico op soa te lopen, **noemen** ze opvallend **minder kenmerken**, dan bij een persoonlijkere toetsing met ‘je’ als onderwerp van de vraag.

Een grote groep respondenten citeert **condoomgebruik** als dé bescherming tegen soa. Een even talrijke groep respondenten spreekt in dit kader over de ‘**double dutch**’ (simultaan condoom- en pilgebruik) als beveiligde situatie. Dit laatste is opmerkelijk en doet vermoeden dat jongvolwassenen de pil een soa-werende eigenschap toekennen.

*Ja, aah gewoon het gebruik van condooms. (R13; V; V)*

*“(stilte) in mijn ogen is dat double-dutch hé, alé ik bedoel pil en condoom, dat is toch de meest sluitende veiligheid, maar ik weet niet eigenlijk is dat nog niet zeker he, maar ik (zucht) ja in de mensen hun hoofd en in mijn hoofd ook is dat double-dutch ja. (R10; M; R)*

Verwarrend is eveneens de volgende vaststelling dat, waar veel jongvolwassenen pilgebruik citeren als bescherming tegen soa, evenveel respondenten aangeven dat het **condoom niet 100% vrijwaart tegen soa**.

*Condoom he, ik denk dat dat het enige is waardoor dat je bijna met 100% zekerheid kunt zeggen dat je geen soa kunt opdoen met condoom... Omdat het condoom altijd kan scheuren... 99% kans. (R3;V; R)*

Tenslotte zien we dat veel respondenten belang hechten aan **testgedrag** ter vrijwaring van soa. Ook hier is een nuancering nodig omwille van het feit dat slechts enkele respondenten het belang aangeven dat én beide partners én regelmatig getest moet worden.

*... en als je echt zeker wil zijn, jezelf laten testen. (R7; M; R)*

*Dat je allebei getest bent, ik denk dat dat het beste is (R2; V; R)*

*Zekerheid op papier ... Ja uitslag van een test ja uit onderzoeken en dan recent genoeg hé (lacht) ... Ja maar ja als er iemand dat van vorig jaar heeft liggen ja weet ondertussen niet wat dat die uitgespookt heeft dus (lacht) ... Neen, dat is de enige manier voor mij om zekerheid te hebben, denk ik (R9; V; R)*

### 3.2 Risicoperceptie op vakantie?

Jongvolwassenen geven tegenstrijdige antwoorden, sommigen geven aan een hoger risico te ervaren op vakantie, anderen een lager risico en nog anderen ervaren hun risico gelijkaardig ongeacht de locatie. Ook de redeneringen om tot deze inschatting te komen verschillen.

De eerste groep gaat zich op vakantie **meer beschermen** en schat zijn **kans op soa lager** in dan thuis.

*Dat is echt zwart op wit, op vakantie is het gewoon veilig gebeurd en ik heb het ook gezien eigenlijk en ik denk dat ik op vakantie ook wel erop sta, dat ik zie wat dat ermee gebeurt en ja als een jongen, als hij dan klaarkomt dat direct terugtrekt en dat het condoom dan ja direct wordt vastgebonden en ik ga dan ook niet tegen de persoon terug aanliggen en zo, ik denk dat ik wel schrik heb om die dingen van op vakantie te krijgen, ik weet niet waarom maar (lacht), ik ben daar wel strenger op daar (R11; V; R)*

Een tweede groep toont tegengesteld gedrag en **beschermt zich minder**. Hierdoor **achten ze hun risico** op soa op vakantie juist **groter**. Deze jongvolwassenen geven aan zorgelozer om te gaan met seks. Sommigen laten zich sneller verleiden, anderen gaan sneller op zoek naar een bedpartner en nog anderen geven aan niet helder na te denken ten gevolge van alcoholinname. Vooral de impact van alcohol op het redeneringsvermogen wordt door de vrijgezellen benadrukt.

*Heel groot, het is daar ook dat er geen condoom aan de pas komt, ... ik ga niet zeggen altijd, maar in vele gevallen is dat toch wel omdat je eigenlijk niet zo met je gedachten erbij bent. Ja ja als ik naar de zon ga, dan is dat zon, zee en seks (lacht) en alcohol, ja op vakantie gaat dat allemaal veel makkelijker, iedereen staat daar voor open, en ja alcohol dat daar ook gedronken wordt daar, dat maakt het ook altijd makkelijker om die stap te zetten (R14; V; V)*

*Maar andere momenten waarop dat je nog risico loopt, ja als je op vakantie bent. Gewoon als je in bepaalde sferen bent, waarin je u meer laat gaan en die ook meer het seks 'gevoel' oproepen eigenlijk. Ja want als je u laat gaan, bijvoorbeeld op vakantie, allé mijn vrienden hebben wel altijd gezegd van "ja je moet je beschermen, je moet u beschermen" maar uiteindelijk hebben ze dat waarschijnlijk ook niet altijd gedaan. Dus ik zeg ook altijd van "je hebt u toch beschermd, je hebt u toch beschermd" en dan is het van "ah neen" dat die vriendin zo antwoordt en dan zeg je "maar allé hoe is dat nu mogelijk?" en uiteindelijk doet ze het dan zelf niet! Dus het bewijs dat als je rationeel nadenkt, dat je het dan wel zou doen, maar in het moment zelf... Oh in het buitenland ga ik mij veel minder zorgen maken over wie, wat allé wie, hoe, wanneer, waar, dat maakt mij allemaal niet uit. Ik ben op vakantie, ik kom terug en niemand weet dat, niemand hoeft dat ook te weten. Ja ik praat daar wel over met mijn beste vrienden en zo maar dat is gebeurd en dan vergeet je dat gewoon.. (R4; V; R)*

Een derde groep stelt dat hun **voorwaarden** tot het hebben van seks **ongeacht de locatie identiek** zijn, dit is dan ook de reden waarom zij op vakantie **geen wijziging in hun risico-inschatting** aangeven.

*Het is gelijk dat ik daarjuist al had gezegd hé ik bedoel seks is niet voor iedereen, dus als ik dat in België niet met iedereen doe, dan is dat in het buitenland klak hetzelfde hé (R12; V; V)*

Het valt op dat respondenten **weinig consistente antwoorden** geven. Zo stellen meerdere respondenten dat hun risico op soa groter is dan thuis, maar bij navraag geven ze aan dat hun risico-inschatting niet varieert in functie van de situatie of context

en omgekeerd. Dit doet vermoeden dat jongvolwassenen de termen “contextafhankelijk” en “situatieafhankelijk” mogelijk anders interpreteren dan de onderzoekster. Hiernaast bemerken we dat slechts twee respondenten aangaven dat ze op vakantie in Afrika hun risico op soa veel groter inschatten. De kans bestaat dat sommige respondenten zich minder geneigd voelden om hieromtrent hun standpunt te formuleren omwille van de getinte huidskleur van de onderzoekster.

Vele jongvolwassenen schatten op basis van hun **kennis van de persoonlijkheid van hun sekspartner** het risico op soa in. Een groot aantal respondenten vermoedt dat de sekspartners op de vakantiebestemming een losbandig seksueel leven leiden, vele sekspartners kennen en ook zijn de beschermingsmaatregelen van hun sekspartner’s vorige contacten onzeker. Dit zijn standpunten die hoofdzakelijk geuit worden door vrijgezellen.

I: Ja en wat is er dan zo eigen aan die contacten waar je je risico aan meet?

R: *Ja je kent die persoon totaal niet, dus je weet niet hoe dat die is, ja in zijn leven alé in zijn normale manier van doen, dus je weet niet hoeveel partners die al gehad heeft, je weet niet of dat die drager is van één of andere ziektes, tja het is toch snel gebeurd, ja zoiets*

I: Verschilt deze inschatting van de inschattingen in andere situaties?

R: *Misschien toch wel he, ja want hier thuis ken je toch meestal de mensen waarmee dat je omgaat en ja het probleem is wel dat je op vakantie niet kunt inschatten hoe iemand is, iemand kan wel voor een weekje een ander persoon zijn (R1; M; R)*

*Ik denk het wel, want het is een one-night-stand dus je hebt zoiets van als hij het vanavond met mij heeft gedaan gaat hij het waarschijnlijk morgen met een andere doen, of gisteren heeft hij het met een andere gedaan .... dus ik denk dat de kans wel groter is ja. (R15; V; V)*

Andere respondenten baseren zich aangaande hun risico-inschatting op de **genomen beschermingsmaatregelen** bij seksuele contacten.

*Ja, gewoon het feit dat je geen condoom gebruikt allé dat is van, moest je een condoom gebruiken, dan zou je het toch niet hebben! Allé enfin, ja neen dat is nu ook wel niet waar, want je kunt ook wel ziektes oplopen als je denk ik ook oraal seks hebt of zo, allé dat denk ik toch. Of dat zo is, dat weet ik niet, dus ja voor het ogenblik, heb ik zoiets van ja van gewoon “als ik geen condoom gebruik dan maak ik kans, pak ik wel een condoom ben ik wel 100% veilig”. (R4; V; R)*

Het is opmerkelijk dat slechts één respondent aangaf dat haar risico-inschatting op vakantie varieert in functie van de uiterlijke **hygiëne kenmerken van een potentiële bedpartner**.

*Gewoon ja hun algemene hygiëne dan, ik weet niet, ik zou daar naar kijken en dan zou ik zeggen “is die kans groter” ... Ik weet niet hoe ik dat moet uitleggen een algemene hygiëne, dat is toch gewoon weet ik veel wat, wassen die hun handen nadat ze naar het WC gaan of eten die met hun handen of zien ze er verzorgd uit of ziet dat haar er gewassen uit, weet ik veel, hebben die propere kleren aan. Zoiets in die zin, (lacht) het is altijd belangrijk toch he (lacht) voor de rest, dat is gewoon een beetje natte vinger werk, oké, het is iets in uw hoofd hé! (R10; V; R)*

### 3.3 Wijziging van de risico-inschatting.

Talrijke respondenten spreken van verscherpte aandacht bij aanbiedingen van preventieboodschappen met **uitleg over wat soa zijn en welke de gevolgen** van zo'n besmetting kunnen zijn. Vele respondenten melden de verwerking van deze informatie als een reden voor hun veranderde **risico-inschatting**. Daar waar deze vroeger lager was, is ze sindsdien **verhoogd**.

R: *Met seks en zo en we hebben toen wel een hele goede inlichtingen door het JAK en door de school dus ik was daar redelijk bewust van ... Dat is een beweging die opkomt voor jongeren zowel voor jongeren met problemen als seksueel als ze vragen hebben of zo en die zijn dan langs gekomen, die hebben een video laten zien, hoe het allemaal gebeurd en maar echt wel, niet gewoon tekenfilm en echt we konden eender welke vraag stellen dat we wouden en ze hadden ook echt specifiek veel laten zien van kenmerken van soa dus dat is dat we echt wel wisten waar dat we eventueel mee in aanraking konden komen ...*

I: Dus je stond er eigenlijk wel redelijk bewust

R: *Ja ... Toch sinds dat zij zijn langsgekomen voordien had ik daar wel al met mijn moeder over gesproken en wist ik dat dat bestond sowieso, maar daarna, na dat het JAK was langs geweest, was er écht een zékere bewustwording (lacht) (R13; V; V)*

Één respondent geeft aan dat de afwezigheid van soa gerelateerde informatie, zijn bewustzijn omtrent zijn risico op soa heeft doen afnemen.

I: *ik denk niet dat ik daar toen anders tegenover stond dan nu eigenlijk, hoewel misschien dat ik nu minder zelfs minder zou gaan vragen, om te laten testen, ik weet het niet, ik denk dat ik er toen méér schrik voor had zo*

R: Hoe plaats je het verschil tussen vroeger en nu?

I: *Ik denk dat ik ja vroeger omdat ja vroeger op school leerden wij daar heel veel over en dan had ik echt het idee van, ja dan was ik daar veel bewuster van, had ik daar meer schrik voor en nu is dat eigenlijk ja nu leren wij daar niets meer over of zo en als je erover praat, dan ja ik hoor zo van mensen zeggen bijvoorbeeld het risico op aids is zeggen ze miniem, terwijl dat ze vroeger op school iets helemaal anders zeiden en ja dan had ik daar veel meer schrik voor ... Ja vroeger werd eigenlijk meer gewaarschuwd ... Dus toen, nu niet meer (R6; V; R)*

Een groot aantal jongvolwassenen geeft aan dat hun risico-inschatting wijzigde met het **besef van hun totaal aantal sekspartners**.

*Ja eigenlijk wel. Ik dacht eerst dat ik vrij weinig risico zou lopen omdat ik er altijd vanuit ging een vaste vriendin en voor de rest geen seksuele activiteiten en eens dat je dan eigenlijk het vrijgezellen leven begint te kennen en je hebt een aantal one-night-stands besef je dat het risico eigenlijk groter wordt naarmate het aantal partners toeneemt. (R7; M; R)*

Het **inzien dat een soa oplopen iedereen overkomen kan**, wordt door vele respondenten aangegeven als aanzet tot een gewijzigde risico-inschatting. Deze bevinding ondersteunt onze verwachtingen.

R: *Tja ik weet niet want daar werd eigenlijk niet zoveel over gepraat, maar toen was dat zo iets ver van mij thuis, dat mij niet kon overkomen dus dacht ik dat ik minder risico liep, maar wat eigenlijk niet echt het geval was. Vroeger dacht ik dat ik dat niet kon krijgen ....*

I: Wat heeft er voor jouw gezorgd dat je er bewust van werd?

R: *Ik weet niet, hier op de VUB waren er soms zo'n roddels over soa, zo en dan begin je daar over na te denken en hé "ij die heeft soa, die die die, ooh my god meer dan ik dacht" dat is ook bij mij, dus het gebeurt ook, dus het kan mij ook overkomen zo! (R2;V; R)*

Slechts één respondent erkent de invloed van het oplopen van soa op de risico-inschatting. Overige respondenten die ook soa opliepen halen hun vorige ervaringen niet aan bij het opsommen van factoren die hun risico-inschatting wijzigden.

I: Verandert de ervaring van het hebben van een soa jouw risico-inschatting op soa?

R: *Ja ja ja alé je denkt telkens van “dat gaat mij nooit overkomen” dus als het wel gebeurt heb je zoiets van “oei het is misschien toch erger dan ik dacht” dus ja dat is, ja zeker, daarom dat ik nu ook echt aandring om altijd het condoom te gebruiken, want ik wil dat echt niet meer meemaken, ik wil gewoon weten dat ik veilig speel en voila, ik wil dit echt niet meer meemaken* (R15; V; V)

Een aantal respondenten geeft aan dat hun risico-inschatting wijzigde ten gevolge van de **mediatisering** en de **verhoogde bespreekbaarheid van soa**.

*Omdat dat toen, dat is echt een periode dat ik, dat dat ook veel in het nieuws is geweest en dat gewoon ook media, als daar mediabelang aan gehecht wordt, dan sta je daar wel eventjes bij stil* (R14; V; V)

### 3.4 Overtuigingen bij afschaffing van condoomgebruik

Het **merendeel** van de respondenten geeft aan geen condoom te gebruiken. Daar waar deze jongvolwassenen in vorige relaties geleidelijk afbouwden van condoom naar geen condoomgebruik, zijn velen sinds de aanvang van hun huidige relaties **onbeschermd seksueel actief**.

*Ja, dat hebben we eigenlijk, bij mijn huidige vriend heb ik gewoon, hebben we eigenlijk nooit een condoom gebruikt* (R6; V; R)

*Ik ben al twee maand met mijn vriend en we hebben toch wel regelmatig seks en ook de eerste keer was ook zonder bescherming, dus hebben we zoiets van “waarom zouden we het nu wel doen?”* (R4; V; R)

Vele respondenten geven aan condoomgebruik achterwege te laten, zodra hun **angst voor zwangerschap en of soa overbodig** blijkt.

I: Oké, heb je altijd al een condoom gebruikt?

R: *Twee keer niet*

I: Mmm (stilte) en welke waren deze keren?

R: *Eén keer met een vriend van mij, toen aan zee dat we nergens meer iets vonden, zelfs de automaat dat in de gang hing van het hotel was leeg (lacht) En ja de goesting was net iets te groot dus hebben we het risico toen genomen, maar we hadden ook al voordien met elkaar gevreeën dus en we wisten van elkaar dat we geen soa hadden*

I: Mmm

R: *Dus omdat ik de pil nam was er toch al een kleinere kans om zwanger te geraken* (R13; V; V)

De vaststelling dat vele respondenten aangeven **vertrouwen te hebben in elkaar** en om diezelfde reden geen condoom gebruiken, stemt overeen met onze vermoedens.

*We zijn nu al wacht hé, we zijn nu al 5 maanden of zo bezig, seksueel actief en dat is met die ja met die, ja mijn eerste lief zullen we het zo zeggen alé en in het begin vertrouwde ik hem en ik nam geen condoom* (R 15; V; V)

Twee respondenten vertellen dat in een vaste relatie, waar de partners elkaar graag zien, het condoom overbodig is.

I: Dus als ik het goed begrijp wachtte je met anticonceptie gebruik omwille van welke redenen?

R: *Ik zou zeggen omdat we in mijn perceptie elkaar graag zagen.*

I: Ah ja, dus elkaar graag zien zorgt ervoor dat...?

R: *Dat je ergens een vertrouwen hebt, dus je vertrouwt op die persoon en je denkt van “dat zal wel, dat zit goed, dus waarop zou hij mij iets verbergen?” Uiteindelijk heb je toch wel seks maar, het is altijd wel liefde dat je bedrijft, he!*

I: In je huidige relatie heb je dus van in het begin eigenlijk het condoom achterwege gelaten?

R: *Ja.*

I: En de reden hiervoor was eigenlijk?

R: *Het vertrouwen dus ja je verkeert met iemand, als ik begin te verkeren met iemand, dan denk ik toch als het echt een verkering is, dus echt een relatie, dan heb ik zoiets van “dat gaat lang duren” en ja ook het feit dat je graag echt fysiek contact hebt met uw partner en daarmee, zo een soort van middel eigenlijk dat ons scheidt. Het is eigenlijk meer psychologisch waarschijnlijk, zo iets dat u scheidt, maar ik vind dat toch belangrijk. Ik weet het niet het feit dat daar zoiets tussen zit.*

I: Past er niet?

R: *Neen!*

I: Ik ga nog een vraag stellen over de allereerste keer dat je seks had. Hebben jullie het gebruik van eventuele condooms ervoor besproken?

R: *Ja, ja.*

I: En hoe is dat dan in zijn werking gegaan?

R: *Dat is al lang geleden, ... maar ik weet wel dat ik zoiets had van “ja, gaan we nu een gebruiken of niet?” en toen dacht ik in mijzelf “eigenlijk wil ik dat niet, want voor mij is een condoom is alsof dat je niet vrij”, allé er is altijd iets tussen de persoon en tussen u en toen heb ik de idee achterwege gelaten van een condoom te gebruiken (R4; V; R)*

De gevoelsmatige ervaring van seksuele contacten met condoom worden omschreven als remmend en onnatuurlijk. Het condoom is volgens sommige intrusief. Dit argument wordt net zoals de vorige zowel door jongvolwassenen in een vaste relatie als jongvolwassenen met losse contacten gedeeld.

I: Ja, oké en wat was de reden voor het achterwege laten van het condoom?

R: *Omdat dat ja het een beetje een spelbreker is en ook omdat ik weet dat we geen ziektes zouden oplopen van elkaar*

I: Ja oké je zegt dat een condoom een spelbreker is ... wat bedoel je daarmee?

R: *Ja dat is gewoon omdat je dat, dat moet je dat weer gaan nemen en dat is zo een beetje, dat kan soms een afknapper zijn eigenlijk omdat, daar voor te zorgen, zeker als dat dan niet bij de hand ligt, (lacht) dan moet je al opzoek gaan en of zo en dat is vrij lastig vind ik (R6; V; R)*

R: *Omdat ik dat niet fijn vind met condoom (lacht)*

I: Wat bedoel je met “niet fijn vinden”?

R: *Ja dat voelt anders (R3; V; R)*

Vele jongvolwassenen geven aan geen condoom te gebruiken om hun gemoedstoestand te bevorderen.

I: Zijn er nog andere redenen waarom je nog geen condoom gebruikt?

R: *Bwa dat is zo, dat maakt de sfeer echt kapot ...*

I: Dat is niet de natuurlijke gang van zaken?

R: *JA! En je hebt gewoon zin om u te laten gaan en er niet bij na te denken eigenlijk! Ik denk dat dat het grootste probleem is eigenlijk, dat mensen zoiets hebben van “dat is mijn moment, ik wil daar niet over nadenken” dat is op een paar seconden tijd eigenlijk, maar het zijn een paar seconden die het maken.” (R4; V; R)*

*Persoonlijk heb ik zelfs liever seks met condoom ... Maar hij niet dus alé voor mij is dat maar een kleine moeite van dat achterwege te laten, terwijl voor hem is dat blijkbaar alé mannen voelen dat anders aan, condooms dat verdoofd of ik weet niet juist hoe, ik voel daar niets van dus voor mij maakt het niet uit of we het met of zonder is ... En dan gun ik het heb wel (lacht) (R5; V; R)*

Dit zijn voorbeelden waar **positieve gevoelens beoogd worden** bij de respondenten. Er werd echter door één respondent aangegeven dat ze het condoom niet gebruikt omdat ze negatieve gevoelens ervaart bij het aanbrengen ervan.

I: ... en ook soms dat je het als meisje moet aandoen bij de jongen, dus dat je zoiets hebt van “zeg kun je dat zelf niet doen” allé dat is zo van die jongen ligt daar en dan moet jij jou daarmee bezig houden met dat spul aan te doen en hij is dan zo eventjes aan het wachten op u.

R: Ja en dat vind je ongemakkelijk?

I: Ja. ... Maar als het een keer is, dan is het meer van “ahja het is maar één keer dus, bon dan moet ik het condoom ook maar één keer aandoen, het gaat wel gaan” dus bon voila dan is het gedaan, snap je? (R4; V; R)

De respondenten hechten veel belang aan hun keuzevrijheid. Zo stellen ze ondermeer dat condoomgebruik spontaniteit en seks op onverwachte locaties hindert.

*Je moet ook zien dat je een condoom bij hebt of in de buurt hebt en een keer, ja nu ja, met een vaste relatie als je dat uit de weg hebt, dan kan je als je dat bijvoorbeeld op plaatsen dat je niet veel nodig hebt om seks te doen, alé ja, ik zeg nu maar iets in de auto of in een paskotje of zo, als je daar seks wilt hebben, dan kan je dat doen, want je hebt dan geen condoom mee uw vriendin die pakt dan toch de pil alé je bent dan wat zeker, maar meestal als je een condoom wilt gebruiken of veilig wilt spelen, moet je dat condoom altijd bij hebben (R8; M; R)*

De **beschikbaarheid van het condoom** blijkt een belangrijke factor bij de beslissing om onbeschermd seks te hebben. Deze mening wordt voornamelijk geuit door vrijgezellen.

R: Oké, heb je altijd al een condoom gebruikt?

I: Twee keer niet

R: Mmm (stilte) en welke waren deze keren?

I: Ooh nu moet ik nadenken (stilte) als die, ja als die onverwacht bij mij thuis is gekomen en ja (stilte) niets om voorraden en ja (R13; V; V)

Tenslotte geeft een respondent aan dat ze het condoom niet gebruikt wanneer ze geen vaginale seks heeft.

I: Wanneer gebruik je geen condoom?

R: ... en eigenlijk als ik weet dat hij niet in mij, alé niet vaginaal gaat klaarkomen (R11; V; R)

### 3.5 Welke overtuigingen schuilen achter condoomgebruik bij jongvolwassenen?

Jongvolwassenen achten de **functies** van het condoom dubbel. Ten eerste wordt een condoom gebruikt om een **zwangerschap te vermijden**.

R: Ja als hij wilt in mij klaarkomen

I: Is er een reden waarom je liever niet hebt dat een man in jou klaarkomt?

R: Ja omdat ik de pil niet pak

I: Ja, en wat is dan de

R: (lacht) ja het zwanger worden (lacht) dat is de grootste schrik eigenlijk, ja dat is de enige reden eigenlijk (R11; V; R)

Ten tweede associëren de respondenten condoomgebruik eveneens met zijn **beschermende** eigenschappen **tegen soa**. Hierbij valt op dat de meerderheid van deze respondenten vrijgezellen zijn.

R: Om te beschermen tegen soa

I: Uhm-uum

R: Tegen zwangerschappen, (stilte) ik denk dat dat de enige twee (lacht) taken van een condoom zijn (R14; V; R)

De respondenten vertellen dat ze bij onzekerheden betreffende de eventuele aanwezigheid van soa het condoom gebruiken. Opmerkelijk is dat sommige respondenten enkel voorzorgen melden tegen “aids” terwijl anderen spreken over “soa”. De vraag of “soa” bedoeld wordt als een overkoepelende term of dient als omschrijving voor slechts één soa, zoals bijvoorbeeld aids, Chlamydia,... blijft onduidelijk en onbeantwoord. Jongvolwassenen spreken ook vaak over soa in termen van “het” of “ziekte”.

*Ja, gelijk in een vaste relatie, na een tijdje gebruik ik geen condoom meer ... Ja, ik denk nu bij hem was dat zo, dat ik dan zijn voorgeschiedenis leerde kennen en dat ik dan wist dat het uitgesloten was, dat er iets aan de hand zou kunnen zijn en anders zou dat zijn na een deftig gesprek. (R16; V; V)*

I: Oké, ja zijn er nog andere redenen waarom je het condoom gebruikt?

R: *Als ik ja als ik de persoon niet ken, ook om mijzelf ‘safe’ te stellen eigenlijk ... ik gebruik de pil, in het begin hebben we daarbij ook het condoom gebruikt, ondertussen weten we dat we alle twee ‘safe’ zijn en gebruiken we geen condoom meer*

I: En wat bedoel

R: *We hebben ons alle twee laten testen ik zal het zo zeggen (R17; V; V)*

Daar waar al de andere respondenten zich behoeden voor hun partner die hen eventueel een soa zou geven, noemt slechts één respondent de situatie waarin zij besmet zou zijn met soa en zij haar partner zou besmetten.

Een deel jongvolwassenen gebruikt steeds een condoom **in het begin van een vaste relatie**. Als reden hiervoor geven ze ondermeer aan, dat ze hun partner op dat moment nog niet goed kennen en vertrouwen. Dezelfde argumentatie zien we terugkomen bij de vrijgezellen, ook hier geven vele respondenten aan onvoldoende voeling te ervaren met de persoonlijkheid van hun niet-vaste bedpartner.

*Als ik een condoom gebruik dan is het altijd in het geval van de one-night stands of de eerste keer en dan is dat ook gewoon voor de veiligheidsmaatregelen en je kent die persoon niet zo goed in het begin en naarmate dat je die beter kent en het vertrouwen stijgt wordt het condoom ook achterwege gelaten, indien zij de pil neemt. (R7; M; R)*

*Als ik het nu doe met personen waarvan ik weet dat die al meerdere partners hebben gehad, dan ja als ik dan stop met het condoom te gebruiken dan moet ik die echt heel hard vertrouwen, want mijn vriendin dat ik nu heb, die heb ik gezegd “je kan het ook weten als je ook een test laat doen” maar ze was zo zeker van haar eigen dat ze dat niet had dat ik, ik uiteindelijk heb gezegd “dat is goed he”. (R8; M; R)*

Indien de respondenten **vermoeden dat hun bedpartner een losbandig** leven leidt en veel sekspartners kent wordt dit eveneens aangehaald als argument ten voordele van condoomgebruik.

R: *Dus ja, als je niet zeker bent van die persoon, als je die persoon een beetje kent en je weet dat dat geen losbollig iemand is, dan kan je die toch al wat meer vertrouwen.*

I: En je bedoelt op?

R: *Als je weet dat iemand alleen echt lange relaties heeft, dan is de kans op ook veel kleiner, dan is het ook minder waarschijnlijk dat je ook iets gaat oplopen, dan als je met iedereen naar bed gaat. (R1; M; R)*

Daar waar het condoom vaak geassocieerd wordt met verminderd genot, verkiezen sommige respondenten het condoom juist omwille van **toegenomen plezier bij seks**.

*Soms ook voor de smaak van de penis niet in mijn mond te hebben (R13; V; V)*

*We hebben dat zelfs op het einde van die relatie een tijdje terug gebruikt omdat ik, ja ik weet niet, dat ging bij mij moeilijker en ik had nood aan een condoom en glijmiddel (R17; V; V)*

Een respondent vertelt dat ze bij éénmalige seks in tegenstelling tot achtereenvolgende seksuele betrekkingen wel geneigd is om het condoom te gebruiken.

*Ja, de beschikbaarheid het hangt er van af dus het gedeelte heb je weinig tijd of... Bij mij is het zo als ik veel tijd heb, dan ga ik minder makkelijk een condoom gebruiken. Als ik veel tijd heb ... dan gaan we het een keer, twee keer of zelfs drie keer doen en als we dan twee of drie keer een condoom moeten gebruiken, dan heb je daar geen zin in (R4; V, R)*

### 3.6 Aanleiding tot testgedrag

Op een paar uitzonderingen na hebben al de respondenten zich ooit laten testen op soa. Als aanleiding voor deze test geven ze verschillende argumenten. Velen laten zich testen wanneer ze in een prille relatie zijn en het **condoomgebruik willen beëindigen**.

*Gewoon het willen overschakelen nu bij de huidige sekspartner van met condoom naar geen condoom (R17; V; V)*  
Sommige respondenten stellen zich vragen bij hun **onveilig seksueel verleden** en nog anderen **wensen zekerheid rond de afwezigheid van besmetting** met soa. Het **wegnemen van eventuele schuldgevoelens** bij doorgifte van soa blijkt voornamelijk een motivatie van de respondenten in een vaste relatie.

I: Heb je al one-night stand gehad?

R: Ja ...

I: Begrijp ik dan, is er geen condoom gebruikt?

R: *Nee we hadden daarvoor toch al een beetje gesproken daarover en zij ja, ze zei dat ze, ja zeg misschien een beetje naïef van mij, ze zei dat ze geen ziektes had of zo en ja uiteindelijk (stilte) ja is, had ik er niet over nagedacht en had ik vooral gehoopt dat ik haar kon geloven ... En ik heb mij ook achteraf laten testen*

I: En de aanleiding voor beide testen was?

R: *Dat was die ene one-night-stand met die persoon dat ik niet echt kende, daarna heb ik mij laten testen en daarna ja had ik nog een paar keer seks gehad met verschillende personen .... Ja voorzichtigheid ook voor de anderen en dat ik ook niet meer in die onzekerheid leefde, want ik was echt onzeker en ja ik wist het gewoon niet en ja het was dan ook vooral voor dat ik gewoon niemand anders wil besmetten. (R8; M; R)*

Enkele respondenten hebben zijn nog nooit getest op soa. Deze jongvolwassenen ervaren enerzijds hindernissen op het affectief vlak, waarbij een respondent een persoonlijke band heeft met de dokter die de testen zou uitvoeren. Anderzijds bestaat de praktische hindernis uit de gebrekkige kennis over de locaties waar zulke testen gebeuren. De ervaren angst dient als argument voor het afwezige testgedrag. Daar waar een respondent aangeeft onvoldoende schrik te ervaren om zich te laten testen, geeft een andere het tegenovergestelde aan. Omwille van plaatsgebrek, worden de bijhorende citaten enkel weergegeven in de bijlage.

We willen onderstrepen dat vele respondenten niet op de hoogte waren van de inhoud van hun testing. Vele respondenten vermelden dat ze denken dat ze bij hun aids-test meteen ook op de overige soa getest zijn, maar hebben hier geen zekerheid over. Andere gaven aan dat ze getest werden op soa, maar weten niet welke soa hieronder vervat zijn. Vele respondenten werpen tijdens deze bevraging veraste blikken naar de onderzoekster. Het lijkt alsof de respondenten op die momenten beseffen dat één negatieve testuitslag geen vrij spraak over meerdere of alle soa betekent.

### 3.7 Gewenste ondersteuning

In dit deel wordt de door jongvolwassenen gewenste ondersteuning in kaart gebracht.

De meerderheid van de respondenten wenst een **grotere beschikbaarheid van het condoom**. Ze vragen om een prijsverlaging, gratis weggave, aankoopmogelijkheden op meer verscheiden locaties en de mogelijkheid tot anonieme aankoop van condooms. Vooral dit laatste is opmerkelijk. De respondenten geven aan dat hun leeftijdgenoten mogelijk meer geneigd zouden zijn tot condoomgebruik, indien ze deze in een beschermde omgeving kunnen aanschaffen.

R: *Ja en zien dat het makkelijk te vinden is en ja de prijs.* (R16; V; V)

R: *Ook het voorbehoedsmiddel meer toegankelijk moeten maken en goedkoper*

I: *Ja, en meer toegankelijk wat bedoel je daarmee?*

R: *Ja dat dat bijvoorbeeld op de universiteiten, waar dat heel veel jongeren zitten, die dat ook bijna allemaal seks hebben daar meer acties maken, we hebben daar bijvoorbeeld een Oxfamwinkel, een Wereldwinkel, waarom geen condoomwinkel? Of een klein standje waar jongeren op een subtiele manier aan condooms kunnen geraken en ook die subtiele manier kan misschien ook wel belangrijk zijn, omdat ik was onlangs met mijn vriendin in de winkel en we hadden condooms nodig en zij had schrik alé zij wou daar niet mee aan de kassierster staan en die condooms die stonden achter de kassierster maar ik ben zo iemand dat zich weinig van alé anderen mensen ja oké ik trek wel al eens iets aan, maar op zo'n dingen zeg ik van "ale, die hebben ook seks" ik bedoel dat is misschien onwennig dat je daar condooms of zo aan vraagt maar ja als ik daar dan aan de kassa stond en je hebt dan die rij achter u en zo dan zeg je "een pakje condooms alstublieft" in de winkel is het eigenlijk niet zo toegankelijk om condooms te kopen en bij de apotheker heb je dan nog een zekere subtiliteit maar ja er zou meer zo een Durexwinkel of zoiets moeten zijn, een winkel waar dat je zo bijna niets anders vindt als voorbehoedsmiddelen. Waar dat als je daar binnen gaat dan weet je toch dat die andere mensen daar toch ook voor die dingen zijn ... Dat is iets anders dan in de winkel, want als je in de winkel bent, kan je nog andere mensen tegenkomen dat je kent, die zien u daar met een pakje condooms. .... En ja we kunnen nu wel via het internet bestellen maar dan is het ook weer met die verzendingskosten en zo dus ook weer redelijk duur, dus die toegankelijkheid (R8; M; R)*

Vele respondenten wensen **seksuele voorlichting met een grote inhoudelijke draagwijdte**. Deze informatiestroom moet het bestaan van soa koppelen aan de gevolgen hiervan, de angst voor soa verhogen en eveneens de 'het-overkomt-mij-toch-niet-overtuigingen' van de jongvolwassenen ontkrachten.

I: *Dus je zegt het condoom is aanzienlijk beschikbaar maar het besef van de eventuele risico's blijven onduidelijk?*

R: *Ja! Dat moet weer ingeburgerd worden, misschien, het idee van het condoom is niet alleen om niet zwanger te geraken, maar ook om u te beschermen* (R11; V; R)

*Ik zeg het bij mij heeft dat eigenlijk de schrik geholpen, schrik maken langs de ene kant en de gevolgen laten zien van onveilige seks* (R8; M; R)

*Meer beeldmateriaal denk ik, ik heb zoiets gezien op een programma ... van Engeland denk ik, waar dat ze jongeren echt confronteerden met zo geslachtziekten in het uiterste bijna, dus in de ver gevorderde stadia en dat was wel voor die jongeren heel confronterend om dat te zien, ik denk dat dat meer invloed heeft als de naam van de ziekte, want ik denk dat we die namen al vrij gewoon zijn geworden ondertussen hé, denk ik* (R17; V; V)

*Bewust zijn van het gevaar en de meeste mensen minimaliseren dat gebruik en dat is het gevaar (lacht) om de besmetting te minimaliseren, het gedacht dat zo dingen bij u niet overkomen dat is zo gevaarlijk, want bij een auto-ongeval de meeste mensen denken dan van oh als je dat ziet op tv, dat maakt u bijna ongevoelig maar je denkt van de kans dat u dat zelf overkomt, denk je dat dat klein is, maar dat is eigenlijk relatief groot. En dat is ook met dat gevaar van besmetting van ziekte, die kans is ook je zou zeggen klein maar ja de kans is er. En zeker ja op de universiteiten als je daar om het plat te zeggen "daar poept iedereen met iedereen" (lacht) maar ja die ja gewoon meer ervan bewust maken en er zijn er heel veel dat het minimaliseren.* (R8; M; R)

Bovendien wensen de respondenten dat deze infosessies niet te theoretisch gebracht worden, maar dat de preventieboodschap kracht bijgezet wordt met dagelijkse en herkenbare voorbeelden.

*Ik denk dat de preventies op school qua kwantiteit zijn die zeker voldoende ... ik zou ervoor zorgen dat die campagnes en die preventies gewoon aantrekkelijk genoeg blijven en dat jongeren er eigenlijk geboeid door blijven en zeker zien dat het niet te technisch of te theoretisch wordt de uitleg van de ziekte, maar dat ze dan eigenlijk voorbeelden uit het dagelijks leven kunnen aanhalen en dat kan bijvoorbeeld one-night-stands op feestjes enzovoort (R7; M; R)*

Hiernaast merken we dat de respondenten voordelen koppelen aan **herhaaldelijke seksuele opvoeding**, dit zowel door erkende instanties **op school**, als **in de thuisomgeving** door de ouders. Dit voorstel kadert in hun vraag voor een open ingesteldheid van ouders en kinderen om te komen tot een taboeleze communicatie over soa.

*Ik denk gewoon de ingesteldheid en het beeld dat ze vormen over soa, ik denk dat ook misschien een deel van de opvoeding thuis mee kan bij helpen en dat het niet enkel de campagnes zijn op school bijvoorbeeld of in de media, maar dat ouders zeker ook hun kinderen daarin moeten bijstaan en ik denk dat dat ook een probleem is, dat er bij vele gezinnen niet open gepraat over kan worden.” (R7; M; R)*

*Ja dat de ouders daar meer met hun kinderen over zouden moeten praten, maar dat is aan de ouders van die stap te nemen hé. Daar kun je niet echt veel aan veranderen met reclame en zo, alé misschien tot op een zekere hoogte, maar voor sommige mensen blijft dat nog steeds een taboe quoi, dat is wel spijtig. (R2; V; R)*

De respondenten geven dikwijls tegenstrijdige informatie over preventiegerichte ondersteuning voor jongvolwassenen. De eerste groep deelt hoopvol zijn visie en ijvert voor de continue aanbieder van informatiecampagnes.

*Gewoon van tijd tot tijd een deftige campagne om het gewoon niet in de vergeethoek te houden, dat het bespreekbaar blijft sowieso (R10; M; R)*

Een tweede groep respondenten daarentegen uit zijn **sceptis bij het nut van soa preventie**. Vele respondenten geven aan dat ze de huidige preventie voldoende achten. Maar het zijn voornamelijk vrijgezellen die aangeven dat de mentaliteit en de **ingesteldheid van jongvolwassenen** de boosdoeners zijn en ze niet weten wat er nog gedaan kan worden om het beschermingsgedrag van deze leeftijdsgroep te verhogen.

*R: Een moeilijke nuance, ik zeg het eigenlijk qua preventie denk ik dat er wel voldoende wordt gedaan. Ik denk dat er eigenlijk niet veel meer kan gedaan worden om jongeren nog meer te doen beseffen dat ze inderdaad risico's lopen en dat daar gevaren aan verbonden zijn.*

*I: Oké ligt het dan meer aan de jongeren zelf dan als ik het goed begrepen heb?*

*R: Ja ik denk het wel ja. Ik denk gewoon de ingesteldheid en het beeld dat ze vormen over soa (R7; M; R)*

Volgende citaten tonen aan in welke mate de ingesteldheid van jongvolwassenen moet opengetrokken worden om meer risicobewust beschermingsgedrag te promoten.

*Ik zou vooral zeggen dat ze in de naaste omgeving er een keer mee geconfronteerd worden, dat is vooral een eye-opener” (R10; M; R)*

*Ik denk dat het u gewoon eens moet overkomen om een soa op te lopen, om er anders mee om te springen (R14; V; V)*

Tenslotte had één respondent een inventief voorstel om het beschermingsgedrag van jongvolwassenen te verhogen: de soa-zelf-test-kit.

*R: En ja of dat je soa hebt of niet, misschien dat er een soort van test bestaat dat als je op een blaadje pipi doet, dat je dan kunt controleren of dat je een soa hebt of zo ... en dat zou ook wel iets gemakkelijk zijn en dan moet je ook niet altijd de moeite doen om naar de dokter te gaan. Je krijgt gewoon 10 strips mee of zo en om de zoveel tijd dat je dat test, ik denk wel dat dat dan wel effect zou hebben, want er is toch nog altijd een grens voor mensen om zich te laten controleren, want dan heeft iemand direct een andere indruk van u*

I: Dan heeft iemand direct een andere indruk van u?

R: *Als je naar de dokter gaat, dat je dan ja zoiets hebt van nu “oei, nu moet ik gaan vragen of dat hij een soa test op mij wil uitvoeren, wat gaat hij van mij denken?” (R13; V; V)*

### 3.8 Samenvatting van de resultaten

Samengevat betekent dit dat de respondenten over het **algemeen denken geen risico op soa te lopen** omdat zij of hun partner hierop getest werden, of ze ervan uitgaan dat geen van beide partners soa heeft. De weinigen die stilstaan bij hun huidige risico en dit hoger inschatten, doen dit omwille van onbeschermd seks in het verleden. Vele respondenten kunnen zich geen momenten voorstellen waarop ze een verhoogd risico lopen. De weinigen die dit wel kunnen, citeren: onveilige seks, een verminderd besef bij alcoholinname of seks met een persoon dat je niet goed kent vanwege de heersende onzekerheid over het vertrouwen dat deze gegund mag worden, als risicovol. Een select aantal vertelt dat momenten zonder risico op soa niet bestaan. De meerderheid acht zich echter risicovrij omdat ze zich in een relatie bevinden, geen klachten ervaren of geen onbeschermd seks hebben.

Op vakantie **varieert de risico-inschatting** van de respondenten. Ook hier noemen ze een gebrekkige voeling met de persoonlijkheid van hun partner. Hiernaast melden enkelen toegenomen beschermingsgedrag als de verklaring voor hun verlaagde risico-inschatting. Respondenten die hun risico hoger inschatten doen dit omwille van een lager beschermingsgedrag, een vermoedelijk seksueel losbandige levensstijl van de partner en of de hygiënekenmerken van de lokale bevolking. De meerderheid van de respondenten beschouwd zijn risico op soa echter identiek ongeacht de locatie.

De respondenten vertellen dat hun risico-inschatting wijzigde na toevoer van nieuwe informatie, bij het besef van hun totaal aantal bedpartners en na het inzicht dat soa iedereen overkomen kan. Ervaring met soa-besmetting werd hierbij slechts door één respondent als relevant weerhouden.

Respondenten **schaffen condoomgebruik af eens hun angst voor zwangerschap en soa overbodig** blijkt. Ze geven ook aan dat het **vertrouwen in hun partner en het intensifiëren van genot** hen aanzetten tot onbeschermd seks. Tenslotte zien we dat veel respondenten actueel onbeschermd seks hebben.

In een **prille relatie waarbij de partners elkaar niet goed kennen en vertrouwen**, of bij **eenmalige seksuele contacten met een onbekende** gebruiken de respondenten wel een condoom. **Angst voor zwangerschap en soa** bevordert eveneens **beschermingsgedrag**.

Situaties waarbij respondenten zich op soa laten testen variëren. Vooreerst laten ze zich **testen wanneer** ze het **condoomgebruik** in hun relatie **willen stoppen**. Ze laten zich eveneens testen omwille van **onveilige seks of eenmalige seks met onbekenden en/of om de onzekerheid** betreffende de aanwezigheid van soa **weg te nemen**. Respondenten die zich niet laten testen doen dit omwille van een hinderlijke affectieve band met hun dokter of omwille van praktische moeilijkheden betreffende de locatie waar zulke testen plaatsvinden. Andere niet-testers geven aan dat een verhoogd of verlaagd angstniveau testing verhindert.

De respondenten stellen dat bij een **prijsverlaging, gratis weggave of anonieme aankoopmogelijkheid van condooms** jongvolwassenen **meer zou aanzetten tot beschermd seks**. Hiernaast wensen respondenten **seksuele voorlichting zowel op school als thuis**. In een optimale situatie zou deze voorlichting droge theoretische informatie omkaderen met dagelijkse en herkenbare voorbeelden. Jongvolwassenen zouden mogelijk risicobewuster worden indien ze geconfronteerd worden met angstverhogend en choquerend beeldmateriaal. Bovendien onderstrepen de respondenten het belang van regelmatige campagnes om de thematiek bespreekbaar te houden. Tenslotte geven enkele respondenten aan dat de huidige preventiemiddelen voldoende zijn, maar haar beoogde doelen niet bereikt omwille van de ingesteldheid van jongvolwassenen omtrent soa.

## Hoofdstuk 4: Bespreking

Hieronder worden de bekomen resultaten vergeleken met de literatuurstudie en worden kritische bemerkingen toegevoegd aan de onderzoeksresultaten.

### 4.1. Redeneringen bij risico-inschatting op soa

In ons onderzoek geeft een minderheid van de respondenten aan een risico op soa te lopen omwille van onveilige seksuele betrekkingen. De meerderheid van de respondenten is echter overtuigd dat ze geen risico lopen. Ze argumenteren hierbij risicovrij te zijn omwille van een soa-test of zijn ervan overtuigd dat zij noch hun partner soa hebben. Tenslotte zijn er enkele die aangeven dat ze onzeker zijn over hun huidig risico op soa. Ze twijfelen voornamelijk of ze hun partner mogen vertrouwen. Deze respondenten vormen een derde groep die misschien een risico denkt te lopen, maar hier geen sluitend antwoord voor heeft.

Wanneer getoetst wordt op welke momenten de respondenten denken een hoger risico op soa te lopen, krijgen we verschillende antwoorden. De meerderheid associeert een verhoogd risico op soa met onveilige seks of eenmalige seks met een onbekende. Anderen spreken over een verhoogd risico bij seks met iemand die ze niet goed kennen en vertrouwen of bij alcoholinname omdat ze op die momenten vaker het condoom achterwege laten en risico's minder goed inschatten. Maar ook hier is het opmerkelijk dat de meeste respondenten zich geen situaties kunnen voorstellen waarbij ze een verhoogd risico op soa zouden lopen.

Uit ons onderzoek blijkt dat een klein aantal respondenten aangeeft dat risicoloze momenten onbestaand zijn. Ze argumenteren hierbij dat een condoom nooit 100% betrouwbaar is omdat het kan scheuren. De meerderheid van de respondenten acht hun huidige levensstijl echter risicovrij. Ze baseren zich hier ondermeer op het feit dat ze momenteel een vaste relatie hebben, geen soa-gerelateerde klachten ervaren en/ of veilig vrijen. Jongvolwassenen vertellen dat ze geen risico denken te lopen wanneer ze een condoom gebruiken. Hierbij is het echter onduidelijk of condoomgebruik enkel plaatsvindt bij vaginaal of bij alle vormen van seksueel verkeer. Toekomstig onderzoek kan nagaan of jongvolwassenen orale of vaginale seks al dan niet even risicovol inschatten.

Sommige jongvolwassenen veronderstellen verkeerdelijk dat de pil ook beschermt tegen soa (Schubotz et al., 2002; de Graaf et al., 2005). In ons onderzoek zien we een gelijkaardig fenomeen. Respondenten geven bij een indirecte bevraging van risicofactoren aan dat de pil én het condoom beschermen tegen soa. Een mogelijke verklaring voor dit onverwacht antwoord kan gevonden worden in de betekenisgeving aan de gebruikte woordenschat. De kans bestaat dat jongvolwassenen bij de vraag "Zijn er momenten waarop je denkt geen risico op soa te lopen?" de woorden "geen risico", gelijkstellen aan de term "veilig". Die op zijn beurt een dubbele betekenis heeft, met name veilig voor zwangerschap én voor soa. Onderzoek naar de betekenissen die jongvolwassenen linken aan kernwoorden zoals "risicovrij", "veilig" kan hierbij uitsluitsel bieden. Vast staat dat we tijdens de interviewafname niet het gevoel hadden dat de respondenten "ja" zouden antwoorden indien hen gevraagd zou worden of de pil bescherming biedt tegen soa. Het valt immers op dat evenveel respondenten die aangeven dat de pil beschermt tegen soa ook aangeven dat het condoom niet 100% vrijwaart tegen soa.

Tenslotte zien we dat veel respondenten belang hechten aan testgedrag ter vrijwaring van soa. Ook hier is nuancering nodig omdat slechts enkele respondenten het belang aangeven van het feit dat én beide partners én regelmatig getest moet worden.

## 4.2. Risicoperceptie op vakantie

Sensoa stelt dat de kennis van jongvolwassenen over soa goed is, maar dat de toepassing ervan op vakantie slechter is (Van Den Eynde, 2004). Ons onderzoek ging de kennis van soa niet na en spreekt zich hierover niet uit. We merken wel dat een klein aantal respondenten op vakantie een lagere risico-inschatting heeft dan thuis en dat een zeer grote groep ongeacht de locatie een identiek risico waar neemt. De risico-inschatting van deze groepen steunt enerzijds op een verhoogd beschermingsgedrag en anderzijds op onveranderde voorwaarden tot het hebben van seks. Deze jongvolwassenen houden bij hun inschatting net als onderzoek (Van Den Eynde, 2004) aanwees geen rekening met het endemische risico op soa en aids van hun vakantiebestemming.

Een andere groep respondenten schat haar risico op vakantie correct hoger in, maar ook hier vergeten ze rekening te houden met het procentueel voorkomen van soa in die regio en baseren ze zich enkel op hun lager beschermingsgehalte bij seksuele contacten, al dan niet ten gevolge van alcoholiname. Deze jongvolwassenen vermelden gelijkaardig aan de onderzoeken van Matteelli en Carosi (2001), Van den Eynde (2004) en Bellis et al. (2004) een vervaging van morele en maatschappelijke normen. De gebruikelijke remmingen ten opzichte van seks nemen bij deze respondenten af. Ze menen zich op vakantie niet te hoeven gedragen zoals thuis, vergeten veilig te vrijen of kopiëren medevakantiegangers. Ook dit is volledig in overeenstemming met Van Den Eynde's studie (2004).

Zoals reeds vermeld schatten respondenten op vakantie hun risico groter in wanneer zij alcohol drinken. Ze rapporteren in overeenstemming met onderzoek van Pietrantonio en collega's (2008) dat zij op deze momenten hun risico's minder goed inschatten.

Tenslotte wordt er op vakantie ook gekeken naar de beperkte voeling met de persoonlijkheid en losbandigheid van de bedpartner. Een gebrek aan kennis en vertrouwen in persoonlijkheid van de sekspartner wordt door vele respondenten aangegeven als risicovoller voor soa-besmetting. Hiernaast zien we dat respondenten die op vakantie condooms gebruiken en hun risico op soa daar hoger inschatten dit deden vanuit de overtuiging dat jongvolwassenen op vakantie meerdere bedpartners hebben. Deze vaststelling is in overeenstemming met onderzoek (Drumright et al, 2004) dat stelt dat jongvolwassenen mogelijk meer geneigd zijn het condoom te gebruiken wanneer ze weet hebben van het bestaan van andere gelijktijdige sekspartners van hun bedpartner. Dit in vergelijking met wanneer ze denken dat hun bedpartner er geen andere gelijktijdige sekspartners op na houdt. Mogelijk weegt informatie over het seksueel verleden van de partner tijdens de risicoanalyse zwaarder door dan andere informatie of cognities, verder onderzoek hiernaar zou nuttig zijn. De respondenten vertellen ook onzeker te zijn over de gebruikte beschermingsmaatregelen bij vorige contacten van hun bedpartners en dat ze mede hierdoor hun risico hoger inschatten. Het waren voornamelijk vrijgezellen die stelden dat bedpartners op vakantie meerdere sekspartners hebben en twijfelden aan de beschermingsgraad bij eerdere seksuele contacten van hun partner. Vermoedelijk kunnen zij zich een nauwkeuriger beeld vormen van hun bedpartners seksuele activiteiten, omdat ze een gelijkaardige levensstijl aanhouden.

Er dienen twee opmerkingen gemaakt te worden. Ten eerste gaf slechts één respondent aan dat haar risicoinschatting varieert in functie van de uiterlijke hygiëne kenmerken van een potentiële partner. We vermoeden echter dat meerdere jongvolwassenen hiermee rekening houden bij hun inschatting, maar hier mogelijk minder openlijk voor uitkomen dan de respondent in kwestie. Wanneer de beoordeling of iemand tot een risicogroep behoort, steunt op oppervlakkige kenmerken van deze persoon, wordt deze inschatting gelinkt aan de representativiteitsheuristiek (Mevissen, 2006). De onderzoeksresultaten van Thompson et al. (2002) waarbij gevonden werd dat iemand die er knap uitzag op foto minder snel een hiv-status toegewezen kreeg, dan iemand die er minder aantrekkelijk uitzag, vinden we ook in ons onderzoek.

Er dient eveneens opgemerkt dat vele respondenten aangaven dat hun risico-inschatting situatiegebonden is terwijl ze later in het gesprek vertellen dat hun risico op vakantie gelijk is aan hun risico thuis of omgekeerd. Deze ambivalente antwoorden kunnen mogelijk verklaard worden door verwarring over het onderwerp van de "situatieafhankelijkheid". Sommige respondenten kunnen bij de situatievergelijking bijvoorbeeld steunen op situaties in België en deze vergelijken met situaties in het buitenland, terwijl anderen situaties in het binnenland vergelijken met situaties waar alcohol gedronken wordt. Om

deze verschillen in betekenis niet te verwaarlozen bij de analyse van de antwoorden werd hiervoor een aparte indeling gemaakt. Deze indeling wordt in bijlage 5 geïllustreerd.

### **4.3. Wijzigen van de risico-inschatting op soa**

Vele respondenten geven aan dat hun risico-inschatting veranderde na het verkrijgen van informatie over wat soa zijn en welke gevolgen ze hebben. De eerste keer dat de respondenten hierover informatie bemachtigden en deze grondig bestudeerden is voor velen het keerpunt bij de verandering van een lagere naar een hogere risico-inschatting.

Respondenten geven aan dat het besef van hun totaal aantal sekspartners een veranderde risico-inschatting teweeg brengt. Velen gaan ervan uit dat jongvolwassenen die heel veel seks hebben een groter risico lopen op soa. Het besef dat hun eigen gedrag overeenstemming heeft met de stereotypen betreffende een met soa besmet persoon werkt waarschijnlijk ontvullend. Mogelijk gingen de respondenten voordien uit van een onrealistisch optimisme (Meertens & Schaalma, 1997; zie Van Den Eynde, 2004), dat stelt dat de meerderheid van de mensen niet vatbaar is voor soa.

In onderzoek van Mevissen et al. (in press; zie Mevissen, 2006) schatten de deelnemers hun risico op soa groter in na het lezen van een verhaal over een persoon die een soa opliep. In ons onderzoek geven de respondenten aan dat hun risico-inschatting toeneemt na het inzien dat soa iedereen, hen zelf inbegrepen kan overkomen. In overeenstemming met Mevissens onderzoek (in press; zie Mevissen, 2006) verbinden velen deze verhoogde risico-inschatting aan de herinnering aan iemand die een soa opliep. In ons onderzoek betrof deze herinnering iemand uit de naaste omgeving. Dit kenmerk kan gezien worden als bevestiging voor de simulatieheuristiek (Mevissen, 2006). Deze steunt immers op de voorstelbaarheid van een voorval. Hoe makkelijker een gebeurtenis voor te stellen is, hoe hoger de kans op deze gebeurtenis ingeschat wordt. Er is ook een belangrijk verschil tussen beide studies. In het onderzoek van Mevissen et al. (2006) werd de voorstelbaarheid van een soa-besmetting visueel aangeboden. Terwijl in ons onderzoek de voorstelbaarheid beïnvloed werd door een intrinsieke heroproep van herinneringen. Verder onderzoek zou kunnen nagaan of deze twee voorstellingswijzen belangrijke verschillen uitoefenen op de duur van de verhoogde risico-inschatting. Vermoedelijk oefent een campagne met verhalen over soa-besmetting in het algemeen een minder langdurig effect uit op de risico-inschatting en worden deze sneller vergeten, dan verhalen over soa-besmetting, waaraan een persoonlijke herinnering vast hangt.

Verwacht werd dat de ervaring van een soa-besmetting een blijvende wijziging van de risico-inschatting zou uitlokken. Ons onderzoek kan dit niet bevestigen. Slechts één van drie respondenten met een verleden van soa-besmetting geeft aan dat haar risico-inschatting hierdoor wijzigde. Dit valt mogelijk te verklaren door de ernst van de aandoening. De kans bestaat dat zij een soa kreeg met meer of onaangenamere klachten dan de andere respondenten. Een andere verklaring kan eventueel gevonden worden in het belang dat de respondent aan de soa-besmetting hechtte. Vermoedelijk worden gebeurtenissen met een ingrijpende impact op het zelfbeeld beter onthouden dan deze zonder. Tenslotte kan de beschikbaarheidsheuristiek dienen als een derde mogelijke verklaring. Deze stelt dat gebeurtenissen waar een scherpe herinnering aan vast hangt als frequenter voorkomend beschouwd worden (Mevissen, 2006). Dit betekent dat gebeurtenissen waar nauwelijks herinneringen aan verbonden zijn automatisch veralgemeend worden tot “weinig voorkomend” en mogelijk zelfs verwaarloosbaar.

Zoals verwacht werd op basis van Fenton's onderzoek (2002) identificeren respondenten die reeds soa gehad hebben, seks in het buitenland als een risicofactor voor soa. Dit impliceerde echter niet dat deze respondenten uit hun ervaring leerden en op vakantie systematisch condooms gebruikten. Verder onderzoek zou moeten nagaan waarom eigen ervaring met soa in het verleden verwaarloosd, minder of niet in overweging genomen wordt bij het huidige beschermingsgedrag. In de toekomst kan eveneens nagegaan worden of er tijdens het proces van de risico-inschatting bijvoorbeeld meer belang gehecht wordt aan genot, dan aan de onaangename herinneringen aan de soa.

#### 4.4. Ideeën bij de afschaffing van condoomgebruik

Sheldon (2001; zie Neefs, 2004) wijst op een toenemende mate van onveilige seks bij jongvolwassenen. Dit wordt bevestigd in ons onderzoek. Een groot aantal jongvolwassenen vrijt onbeschermd. Bakker en Vanwesenbeeck (2002; zie Gebhardt, Kuiper, & Dusseldorp, 2006) stellen dat een minderheid van de vaste koppels consistent een condoom gebruikt. In ons onderzoek geven velen respondenten eveneens aan in hun huidige relaties het condoom achterwege te laten. Dit terwijl velen aangeven in hun vorige relaties wel het condoom te gebruiken. Dit impliceert dat de bij jongeren vastgestelde daling in condoomgebruik bij een stijging van de leeftijd (Vereecken & Maes, 2002; zie Picavet & Klai, 2005) ook van toepassing is bij jongvolwassenen.

Vermoedelijk speelt vertrouwen een grote rol bij het proces van de risico-inschatting. Vele respondenten gebruiken geen condoom meer omdat ze hun partner vertrouwen. Één respondent sprak zelfs van een causaal verband en stelde dat “je geen condoom gebruikt als je elkaar graag ziet”. Dit is de uitspraak van één persoon, maar de onderzoekster vermoedt dat meerdere mensen deze associatie maken, maar dit mogelijk minder vlug uiten. De respondent in kwestie sprak immers heel vlot en zonder lichamelijk ongemak over haar seksualiteit.

Het valt op dat sommige respondenten vertrouwen begrijpen in de betekenis van “mijn partner heeft geen soa, ik vertrouw hem daarin”. Andere gaven aan dat ze vertrouwen hebben in het feit dat hun partner hen niet zou bedriegen en dus op die manier geen soa kan opdoen. De functie van vertrouwen bij het inschattingsproces is divers en kan vergeleken worden met een assenstelsel. Op de X-as kunnen we de tijdsvariabele plaatsen want eens er vertrouwen wordt toegekend aan de partner, geldt deze over een lange tijdsspanne. Op de Y-as kunnen we de verschillende domeinen waarin het gedeeld vertrouwen tussen partners wordt weergegeven. Voorbeelden van deze domeinen zijn: vertrouwen hebben in het feit dat je partner geen soa heeft, het feit dat je partner je trouw blijft of het vertrouwen in het feit dat je partner indien deze soa had daar met jou over zou praten. Tenslotte kunnen op de Z-as de verschillende situaties waarin de partner vertrouwen krijgt, zoals bij alcoholiname, op vakantie, bij ruzies enzovoort geplaatst worden. Net als Green en collega's (2000; zie Christianson et al., 2003) komen we tot de vaststelling dat het vertrouwen in mensen het risico-inschatting doet vervagen. Het vertrouwen hebben in iemand fungeert als een bril met oogkleppen. Eens deze wordt afgezet, houdt men opnieuw rekening met bepaalde elementen binnen het inschattingsproces, die voordien niet waargenomen werden. Een voorbeeld hiervan is de vaststelling dat de respondenten bij gebrek aan vertrouwen zich wel vragen stellen bij het seksueel verleden van hun partner en ze mede hierdoor hun risico op soa hoger inschatten. Dit in tegenstelling tot de situaties waarin de respondenten hun partner vertrouwen, gezien ons onderzoek aangeeft dat ze in dit geval minder geneigd zijn tot condoomgebruik. Dit gegeven leunt aan bij de bevindingen van Gebhardt et al. (2003) en Herbots (2003). Deze laatste stelt dat jongeren de vertrouwensband tussen partners voldoende sterk vinden om van elkaar te weten of er een risico op soa is. Ons onderzoek kan geen causaal verband aantonen, maar illustreert wel dat deze associatie ook bij jongvolwassenen aanwezig is. We vragen ons af of de geringe communicatie tussen sekspartners omtrent het risico op soa een gevolg is van het gedeeld vertrouwen in elkaar. Het lijkt alsof vertrouwen communicatie overbodig maakt. Het is ook mogelijk dat de partners het onderwerp onbesproken laten uit schrik voor de bespreking van hun seksueel verleden en hun partners reactie hierop.

Aangezien onderzoek aangeeft dat jongeren na een relationele en seksuele voorlichting vaardigheden ontwikkelen om goed te communiceren over hun eigen seksualiteit (Picavet & Klai, 2005), is verder onderzoek naar de oorzaak van deze gebrekkige communicatie cruciaal.

In ons onderzoek geven de respondenten aan hun condoomgebruik te stoppen eens hun vrees voor soa-besmetting overbodig blijkt. Verder dient er bij de afschaffing van condoomgebruik rekening gehouden met een gevoelsmatige component. Zo geven de respondenten aan dat condoomgebruik optimaal genot bij seks belemmert. Jongvolwassenen beogen positieve gevoelens en gebruiken mede hierdoor geen condoom. Deze vaststelling komt overeen met onderzoek van Cooper et al. (1998) dat risicogedrag deels verklaart door het vergroten van positieve gevoelens. Dat de respondenten meer neigen naar onbeschermd seks wanneer er geen condoom beschikbaar is, kan eveneens beschouwd worden als ondersteuning bij het

onderzoek van Cooper et al. (1998). Want ook hier geeft de toename van positieve gevoelens, de drang naar seks, de doorslag om geen condoom te gebruiken.

Een respondent stelt dat ze geen condoom gebruikt bij niet-vaginale seks. Dit betekent onbeschermd orale en anale seks. Vermoedelijk delen meerdere jongvolwassenen deze gedachte, maar formuleerde slechts één ervan deze gewoonte. Dit nagaan bleek onmogelijk omdat de interpretatie die de respondenten aan seks gaven in dat opzicht bij elke vraag opnieuw moest worden nagegaan.

Ook gaf een respondent het ongemak bij het aanbrengen van een condoom aan. Ze ervoer hierbij wat de onderzoekster omschrijft als prestatieangst. Ze veronderstelt dat het condoom snel geplaatst moet worden en ervaart hierbij een onaangename druk. De onderzoekster vermoedt ook hier een groter voorkomen van deze zelfopgelegde druk en haar invloed op condoomgebruik.

#### **4.5. Overtuigingen bij condoomgebruik**

Herbots' (2003) bevinding dat jongeren voornamelijk bezorgd zijn om zwangerschapsvermijding, blijkt eveneens van toepassing bij jongvolwassenen. De respondenten vinden het vermijden van een zwangerschap immers primordiaal bij condoomgebruik. Velen geven aan dat het condoom slechts in de tweede plaats als bescherming tegen soa fungeert.

Volgens Bakker en Vanwesenbeeck (2002; zie Gebhardt et al., 2006) gebruikt de meerderheid van de jongvolwassenen een condoom bij een niet-vaste partner. Ons onderzoek vindt gelijkaardige resultaten. Want zowel de vrijgezellen als de respondenten in een prille relatie gebruiken condooms. Ze doen dit respectievelijk bij eenmalige seks met een onbekende en bij de aanvang van een relatie, waar de status van "vaste partner" nog herzien moet worden. Het eerder aangehaalde belang van vertrouwen bij condoomgebruik speelt hier vermoedelijk ook.

Wanneer jongvolwassenen op de hoogte zijn van hun partners veelvuldige bedpartners zijn zij meer geneigd om condooms te gebruiken, omdat ze hun relatie als minder stabiel en risicovoller inschatten (Drumright et al., 2004). Wij vinden deze vaststelling deels terug. Zo gebruiken de respondenten inderdaad meer condooms bij het vermoeden van een seksueel losbandige levensstijl van hun bedpartner. Maar ons onderzoek kan zich niet uitspreken over de manier waarop de respondenten hun relatie inschatten. In de toekomst kan hier mogelijk aan tegemoet gekomen worden, door dieper in te gaan op de relatiebeleving.

Het valt op dat de respondenten in gesprekken over soa-overdracht slechts denken aan de mogelijkheid dat hun partner soa heeft. Slechts één respondent stond stil bij een scenario waarbij ze zelf haar partner zou besmetten. Deze eigenschap kan gezien worden als steun voor de optimistische bias én het principe van een onrealistisch optimisme. De eerste cognitieve eigenschap van het brein stelt immers dat mensen hun eigen risico op een gebeurtenis, hier soa-besmetting, lager inschatten dan het risico dat anderen lopen (Van der Velde et al., 1994). Terwijl bij de tweede cognitieve eigenschap gesteld wordt dat de meerderheid van de mensen vinden dat ze minder vatbaar zijn voor negatieve gebeurtenissen zoals hier soa oplopen (Meertens & Schaalma, 1997; zie Van Den Eynde, 2004).

#### 4.6. Testgedrag

In ons onderzoek zien we dat vele respondenten zich op soa laten testen wanneer ze in een vaste relatie, het condoomgebruik willen stoppen. Mogelijk ondersteunt dit de stelling (Gebhardt et al., 2003) dat jongvolwassenen minder geneigd zijn om zich tegen soa te beschermen wanneer ze zich in stijgende mate veilig voelen in een relatie. Het is opmerkelijk dat vele respondenten zich ongemakkelijk voelen om zich te laten testen. Velen geven hierbij aan dat ze schuldgevoelens bij een eventuele besmetting van hun geliefde willen voorkomen. De kans bestaat dat testafnames mede plaatsvinden om zelfbeschermende motieven en niet perse uit wantrouwen van de partners soa-status.

Een andere vaak aangehaalde motivatie tot testgedrag is een verleden van onveilige seks en of eenmalige seks met een onbekende. Een testuitslag neemt in dit opzicht onzekerheden over een eventuele soa-besmetting weg.

Het onderzoek van de Wit en Adam (2008) bestudeert hiv-testgedrag en stelt dat schrik voor de gevolgen van een positieve uitslag ervoor zorgt dat men minder geneigd is om zich te laten testen. In ons onderzoek vonden we echter slechts één respondent die aangaf dat ze schrik had voor een positief testresultaat. Een verklaring voor deze povere ondersteuning kan gevonden worden in de omschrijving van het testgedrag. Daar waar onderzoek (de Wit & Adam, 2008) zich toespitst op hiv-testgedrag bevroegen wij soa-testgedrag in zijn volledig- en verscheidenheid. In tegenstelling tot het voorgaande sprak een andere respondent over de afwezigheid van soa-gerelateerde angst als motivatie tot het niet afnemen van een soa-test die hij bijgevolg overbodig achtte. Kortom ons onderzoek stelt een relatie vast tussen het angstniveau en soa-testgedrag, maar verdere uitspraken over de richting van deze associatie zouden te voorbarig zijn.

Duncan et al. (2001) geven aan dat jongvolwassen patiënten moeilijkheden ervaren bij de bespreking van seksuele onderwerpen met hun arts. Meerdere respondenten beamen deze vaststelling en één ondervraagde geeft dit ongemak aan als dé reden voor het niet afnemen van een soa-test. Kortom, een open communicatie met hun arts ligt zoals Klai (2007) aangeeft gevoelig. Vermoedelijk ervaren meerdere jongvolwassenen moeilijkheden om bij hun dokter een soa-test te vragen. Want een andere respondent deed hiertoe de productie van een soa-zelf-test kit als voorstel. Op deze manier zou het mogelijk zijn om jezelf anoniem te testen zonder te piekeren over ongemakken bij het doktersgesprek en diens eventuele gewijzigde beoordelingen over jou en je seksueel leven.

Onderzoek (McGarrigle et al., 2005) stelt een associatie vast tussen het gehad hebben van soa en testgedrag in de afgelopen vijf jaar. Ook in onze studie merken we dat de respondenten die reeds een soa opliepen zich regelmatig laten testen op soa.

Een belangrijke opmerking bij ons onderzoek is dat de respondenten vaak niet wisten op welke soa ze getest waren. Sommigen gaven aan dat ze gevraagd hadden om zich op soa te laten testen, maar ze wisten niet welke soa de dokter op het labo-blad had aangevinkt. Andere respondenten wisten dat ze getest waren voor aids, maar wisten niet met zekerheid of de overige soa ook inbegrepen waren in die test. Tenslotte zagen velen respondenten een negatieve testuitslag als een vrijpraak voor besmetting op meerdere of alle soa.

#### 4.7. Gewenste ondersteuning

Om het beschermingsgedrag van jongvolwassenen te verhogen raden de respondenten een grotere beschikbaarheid van het condoom aan. Daartoe vragen ze een prijsverlaging, gratis weggave en of de mogelijkheid tot aankoop van condooms op meer verscheiden locaties. De respondenten onderstrepen een mogelijkheid tot anonieme aankoop van condooms. Hun redenering gaat als volgt: als je een condoom moet kopen schrikt een mogelijke reactie van de kassierster of omstaanders, al dan niet kennissen je af. Deze terughouding vervalt indien iedereen zijn condooms op eenzelfde locatie aanschaft. De aankoop van condooms wordt in dit opzicht meer aanvaard, dan bij de huidige aankoopmogelijkheden.

De respondenten beamen het nut van frequente informatiecampagnes en seksuele voorlichtingsgesprekken. Ze stellen dat deze een grotere en blijvende impact zouden hebben indien ze een groter inhoudelijk draagvlak hebben. De verschaft informatie moet naast het bestaan van soa deze ook koppelen aan haar gevolgen, de angst verhogen door de introductie van choquerend beeldmateriaal en zijn uitleg niet beperken tot de bespreking van aids, maar zeker ook de overige soa illustreren. Kortom, de jongvolwassenen denken meer profijt te halen uit soa-gerelateerde informatie waar de theoretische omkadering geïllustreerd wordt met dagdagelijkse en herkenbare voorbeelden. Dit doet vermoeden dat de respondenten over onvoldoende informatie beschikken om zich een concreet beeld over soa en soa-overdracht voor te stellen. Dit zou aansluiten bij de stelling (Edgar en Fitzpatrick, 1993; zie Gebhardt et al., 2006) dat jongvolwassenen wat veiligere seksuele betrekkingen betreft amper beschikken over scripts. De aangehaalde vereisten voor informatiesessies kunnen in dit opzicht gezien worden als een eerste stap bij de constructie van mentale scripts over gebeurtenissen die veilige seks of soa-overdracht vooraf gaan, of gebeurtenissen die normaliter volgen op een soa-besmetting.

Jongvolwassenen zien ook voordelen bij een toegenomen bespreekbaarheid van soa gerelateerde informatie met de ouders. Een open ingesteldheid van beide partijen kan zorgen voor een verhoogde risico-inschatting en –gedrag. De respondenten achten naast de school immers ook de ouders verantwoordelijk voor de seksuele opvoeding van hun kroost. In overeenstemming met onderzoek geven de respondenten aan dat er thuis weinig over hiv en soa gesproken wordt (Klaï, 2005) en ze hier graag verandering in wensen.

Een groep respondenten uit scepsis bij het nut van soa preventie. Ze halen de ingesteldheid van de jongvolwassenen aan als een hindernis voor preventiecampagnes. Vele respondenten raden aan om de bij jongvolwassenen heersende overtuiging dat een soa krijgen hen niet overkomen zal, te verzwakken. Ze stellen dat een soa-besmetting in de naaste kring een plotse ontuchtering met zich meebrengt en hun risico-inschatting bijgevolg toeneemt.

#### 4.8. Kritiek

We willen erop wijzen dat Sensoa omwille van onvoorziene tijdsgebonden factoren geen oefeninterview kon afnemen. De onderzoekster besloot om haar eerste interviews met de respondenten niet te verwerken en deze te klasseren als “oefening”. Het spijtige van deze keuze is het verlies van homogeniteit in de onderzoeksgroep, de eerste respondenten waren immers voornamelijk mannen.

De veralgemeenbaarheid van dit onderzoek wordt beperkt door het geringe aantal mannelijke deelnemers. Om dezelfde reden werd besloten eventuele geslachtsgebonden verschillen niet te vermelden. De aangehaalde verschillen tussen vrijgezellen en de respondenten met een vaste partner dienen omwille van een ongelijk aantal deelnemers eveneens met voorzichtigheid te worden benaderd. Een verklaring voor deze gediversifieerde onderzoekspopulatie kan gevonden worden in het kleine responsgehalte van jongvolwassenen op de oproep tot medewerking aan het onderzoek. Even werd er overwogen om de onderzoeksgroep te beperken tot jongvolwassenen met een vaste partner, maar omdat wetenschappelijke informatie over deze doelgroep beperkt is en deze keuze impliceerde dat reeds afgenomen interviews onbruikbaar werden, stemde de onderzoekster tegen deze doelgroepwijziging. De veralgemeenbaarheid van de onderzoeksresultaten werd tenslotte ook beïnvloed door het onderwerp van de literatuurstudie waarop het onderzoek steunt, met name Europese onderzoeken.

We noteren dat de oorspronkelijke beschrijving van de deelnemers steunt op de relatiestatus en de mate van seksuele activiteiten van de jongvolwassenen. Ondanks deze opgelegde beperkingen verschilde de betekenis van “seksueel actief” in functie van de ondervraagden, enige beïnvloeding van de resultaten kan niet uitgesloten worden.

In de onderzoeksopzet werd rekening gehouden met een eventuele relatie tussen de respondenten. Wanneer er twee respondenten waren die met elkaar verkeerden, werden deze interviews op dezelfde dag gepland. Ook werden de interviews van kotgenoten zo snel mogelijk na elkaar afgenomen, dit om onderling overleg of beïnvloeding te minimaliseren. Na interviews met de studenten van de Vrije Universiteit Brussel werd eveneens aangedrongen op stilzwijgen tot na de afname van de interviews van hun kennissen.

Er dient opgemerkt dat de analyse van de interviews gebeurde op basis van het oordeel van de onderzoekster. Er werd geen overleg gepleegd bij de toekenning van de thema's. De inter-beoordelaar betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten wordt hierdoor beperkt.

In de gevallen waarbij onvoldoende werd doorgevraagd om nauwkeurig te categoriseren werden deze antwoorden gegroepeerd in een aparte categorie.

## Hoofdstuk 5: Besluit en slotbeschouwingen

Dit onderzoek werd mede uitgevoerd omdat er in België nauwelijks onderzoek bestond over de risico-inschatting van jongvolwassenen en de nood hieraan groot was.

Dit onderzoek beoogde inzicht te verlenen bij de overtuigingen en de gedachtegang van jongvolwassenen over hun risico op soa. We wensten te weten hoe en wanneer testgedrag en condoomgebruik al dan niet overwogen werd. Tenslotte wilden we van jongvolwassenen ook weten welke steun zij wensten ter verhoging van hun beschermingsgedrag en hun risico-inschatting.

Dit onderzoek bestond uit de afname en verwerking van diepte-interviews. Vervolgens werden de antwoorden verwerkt op basis van de Interpretatieve Fenomenologische Analyse methode. De belangrijkste bevindingen uit deze analyse werden weergegeven en vergeleken met bestaande literatuur hieromtrent. Tenslotte werden de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd en werden kritische bemerkingen toegevoegd.

Uit dit onderzoek weerhielden we dat de meeste jongvolwassenen denken geen risico op soa te lopen. Dit omdat zij of hun partner hierop getest werden of omdat ze ervan uitgingen dat geen van beide partners soa had. De weinigen die stilstonden bij hun huidig risico en deze hoger inschatten deden dit omwille van onbeschermd contacten in het verleden. Opmerkelijk is dat vele jongvolwassenen zich geen situaties konden voorstellen waarin ze een verhoogd risico op soa liepen. Een beperkt aantal kon dit wel en noemde eenmalige seks met een onbekende of met iemand die ze niet volledig vertrouwen, onbeschermd seks en een verminderde risico-inschatting na alcoholiname als risicovol. Een select aantal jongvolwassenen vertelde dat momenten zonder risico op soa onbestaand waren. De meerderheid van de jongvolwassenen achtte zich echter risicovrij omdat ze verkeerden met iemand, geen soa-gerelateerde klachten ervoerden of geen onbeschermd seks hadden. Hierbij bleef het echter onduidelijk of jongvolwassenen condoomgebruik enkel bij vaginale of bij alle soorten seksueel verkeer toepasten. Er was ook een nuancering nodig bij het belang dat jongvolwassenen hechtten aan testgedrag ter vrijwaring van soa. Zo onderstreepte slechts een handvol jongvolwassenen het belang van regelmatige testen bij beide partners.

Op vakantie varieerde de risico-inschatting van jongvolwassenen. We zagen dat jongvolwassenen hun risico hoger inschatten wanneer ze seks hadden na alcoholiname, een losbandig seksleven van hun bedpartner vermoedden, onzeker waren over diens beschermingsgedrag bij vorige contacten en of wanneer ze weinig voeling hadden met de persoonlijkheid van hun bedpartner. Een groot aantal jongvolwassenen beschouwde omwille van toegenomen beschermingsgedrag of onveranderde voorwaarden tot seks hun risico gelijk of lager op vakantie. Tenslotte zagen we dat de jongvolwassenen geen rekening hielden met het endemisch risico op soa van hun vakantiebestemming. Een belangrijke vaststelling was het feit dat één respondent openlijk sprak over uiterlijke hygiëne kenmerken bij de risico-inschatting van een potentiële bedpartner. Vermoedelijk gebruikten meerdere jongvolwassenen gelijkaardige beoordelingscriteria.

Jongvolwassenen gaven aan dat hun risico-inschatting wijzigde bij het besef van hun totaal aantal sekspartners en na het verkrijgen van informatie over wat soa waren en welke gevolgen ze hadden. Ze gaven ook een hogere risico-inschatting aan na confrontatie met informatie over een met soa besmet persoon uit de naaste omgeving. Jongvolwassenen gaven hierbij aan dat de afzwakking van het idee dat-overkomt-mij-niet belangrijk is bij de wijziging van de risico-inschatting. Tenslotte zagen we dat ervaring met soa-besmetting slechts door één persoon als relevant weerhouden werd.

Hiernaast zagen we dat een groot aantal jongvolwassenen onbeschermd vreeën. Daar waar velen onder hen in hun vorige relaties wel het condoom gebruikten, waren velen hiermee gestopt sinds de aanvang van hun huidige relatie. Jongvolwassenen schaften condoomgebruik voornamelijk af wanneer hun angst voor zwangerschap en soa overbodig bleek, ze hun genot tijdens seks wilden intensifiëren en of wanneer ze hun partner vertrouwden. Dit vertrouwen bleek een belangrijke invloed uit te oefenen op de risico-inschatting en zorgde er mede voor dat elementen zoals de duur sinds de laatste soa-test, het verleden van de bedpartner en anderen hierbij verwaarloosd werden. Opvallend was dat wanneer de bedpartner minder vertrouwen kreeg deze kenmerken wel in rekening gebracht werden en een hoger risico-inschatting verkregen werd.

Ons onderzoek bracht de overtuigingen van jongvolwassenen bij condoomgebruik in kaart. We zagen dat zij het condoom voornamelijk gebruikten voor zwangerschapsvermijding en in de tweede plaats voor haar soa-werende eigenschappen. Het viel op dat jongvolwassenen weinig stilstonden bij het scenario waar zij zelf hun partner zouden besmetten. Het merendeel dacht bij soa-overdracht enkel aan de mogelijkheid dat hun partner soa had. Hiernaast merkten we dat jongvolwassenen beschermde seks hadden in situaties waar ze hun bedpartner weinig vertrouwden, losbandigheid vermoedden en of bij eenmalige seks met een onbekende.

Wat het testgedrag van jongvolwassenen bedroeg merkten we dat deze zich op soa lieten testen voor het afschaffen van condoomgebruik en na onveilige seks. Één jongvolwassene gaf aan dat de persoonlijke band met haar dokter haar weerhield om een test uit te voeren. Dit ongemak werd vermoedelijk door meerdere jongvolwassenen ervaren, maar bleef onuitgesproken. Verder zagen we dat de ervaren angst voor soa invloed uitoefende op testgedrag. De richting van deze relatie kon echter niet worden achterhaald. We vonden de onwetendheid omtrent de inhoud van een soa-test opmerkelijk. Vele jongvolwassenen wisten bijvoorbeeld niet of ze naast hiv ook voor andere soa getest waren en omgekeerd. Meerdere jongvolwassenen zagen een negatieve testuitslag als vrijspraak voor meerdere of alle soa.

Ons onderzoek lichtte eveneens de gewenste ondersteuning ter verhoging van de risico-inschatting en het beschermingsgedrag van jongvolwassenen toe. We zagen dat jongvolwassenen een verhoogde toegankelijkheid van het condoom en anonieme aankoopmogelijkheden hiervan wensten. Hiernaast vroegen ze om seksuele voorlichting met een groter inhoudelijk draagvlak. Dit omvatte dagdagelijkse en herkenbare voorbeelden van soa, illustraties van de gevolgen hierbij en de weergave van angstverhogend beeldmateriaal. Naast deze schoolgebonden uitleg wensten jongvolwassenen ook ouderlijke voorlichting. Hiermee beoogden ze een verhoogde bespreekbaarheid van soa en een afzwakking van de bij jongvolwassenen heersende overtuiging dat een soa hen niet overkomen kon en zou.

Dit onderzoek werd uitgevoerd met een beperkte homogeniteit in de onderzoeksgroep. Zo werden er minder mannen en vrijgezellen bevraagd dan vrouwen en verkerende jongvolwassenen. Zoals weergegeven in de Tabel vertoonden jongvolwassenen ondanks de vooropgestelde voorwaarden tot medewerking verschillen in hun seksueel verleden en bijhorende ervaringen. Verder onderstreepten we enige afname in de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten omwille van een éénmansactie bij de antwoordanalyse.

We haalden tenslotte ook aan dat toekomstig onderzoek moest uitwijzen of condoomweigerings als uiting van liefde ervaren wordt, of orale en anale seks eenzelfde risico-inschatting op soa met zich meebrengen, welke elementen communicatie tussen sekspartners over soa hinderen en welke factoren ervoor zorgen dat soa-ervaring in het verleden het huidige en toekomstige beschermingsgedrag beïnvloeden.

## Literatuurlijst

- Ahlers, M-J. (2005). *Gezondheidsgedrag eerstejaars studenten: Onderzoek naar de gezondheids-en seksuele gedrag bij eerstejaars studenten van de Rijksuniversiteit Groningen*. Groningen: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid, Rijksuniversiteit Groningen.
- Adam, P. G. C., & de Wit, J. F. B. (2006). *A concise overview of barriers and facilitators of hiv testing: Directions for future research and interventions*. Utrecht, the Netherlands: Institute for Prevention and Social Research.
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: The Netherlands.
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M., & van der Meer-Middelburg, A. G. E. (2007). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: The Netherlands.
- Bajos, N., & Marquet, J. (2000). Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social Science & Medicine*, 50, 1533-1546.
- Bakken, I. J., Skejeldestad, F. G., Halvorsen, T. F., Thomassen, T., StØrvold, G., & Nordbo, S. A. (2007). Chlamydia trachomatis among young Norwegian men: Sexual behavior and genitourinary Symptoms. *Sexually Transmitted Diseases*, 34, 4, 245-249.
- Bakker, F. (2006). Seksuele gezondheid in Nederland 2006. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 9, 62, 800-802.
- Batalla-Duran, E., Oakeshott, P., & Hay, P. (2003). Sun, sea and sex ? Sexual behaviour of people on holiday in Tenerife. *Family Practice*, 20, 4, 493-494.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Thomson, R., & Bennett, A. (2004). Sexual behaviour of young people in international tourist resorts. *Sex Transm Infect*, 80, 43-47.
- Block, K., & De Bie, E. (2005). Hoe positief is hiv-preventie? In Bleys, R., Caers, B., De Bie, E., Frans, E., Hendrickx, K., Picavet, C., Rubbens, A., & Trommelmans, W. (Eds.), *Lief en Leed: Jaarboek Seksuele Gezondheid 2006* (pp. 80-83). Gent: Sensoa.
- Breeman, L., de Wit, J., & Woertman, L. (2006). Jongeren en hun seksuele zelfbeeld: implicaties voor seksuele gezondheidsbevordering. *SOAIDS*, 3, 4, 12-15.
- Bruunk, B. P., Bakker, A. B., Siero, F. W., van den Eijnden, R. J. J. M., & 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, 2, 149-172.
- Catchpole, M. (2001). Sexually transmitted infections: control strategies: there's a new emphasis on reducing the period of infectiousness. *British Medical Journal*, 322, 1135-1136.
- Cook, P. A., & Bellis, M. A. (2001). Knowing the risk: relationships between risk behaviour and health knowledge. *Public Health*, 115, 54-61.

- Christianson, M., Johansson, E., Emmelin, M., & Westman, G. (2003). "One-night stands" – risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in north Sweden. *Scand J Public Health*, 31, 44-50.
- Coenen, T. (2007). *Een kwetsbaar evenwicht: Stand van zaken hiv en andere soa in Nederland*. Amsterdam: Soa Aids Nederland.
- Cooper, M. L., Shapiro, C. M., & Powers, A. M. (1998). Motivations for sex and risky behaviour among adolescents and young adults: A functional perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1528-1558.
- Darroch, J., Myers, L., & Cassell, J. (2003). Sex differences in the experience of testing positive for genital chlamydia infection: a qualitative study with implications for public health and for a national screening programme. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 372-373.
- Defraye, A., & Sasse, A. (2008). SOI-surveillance via een peilnetwerk van artsen: resultaten Vlaanderen 2006. *Vlaams Infectieziektebulletin*, 64, 2, 4-8.
- Defraye, A., & Sasse, A. (2009). HIV/AIDS IN BELGIE. Halfjaarlijks rapport N° 69: Toestand op 30 juni 2009. *Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, IPH/EPI REPORTS N° 2010/003*.
- Defraye, A., Sasse, A., & Buziarsist, J. (2007). Soa-surveillancestelsel via een peilnetwerk van medici in België: Jaarrapport 2006. *Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, IPH/EPI REPORTS N° 2007/036*.
- Drumricht, L. N., Gorbach, P. M., & Holmes, K. K. (2004). Do people really know their sex partners?: Concurrency, knowledge of partner behaviour, and sexually transmitted infections with partnerships. *Sexually Transmitted Diseases*, 31, 7, 437-442.
- Duncan, B., Hart, G., Scoular, A., & Bigrigg, A. (2001). Qualitative analysis of psychosocial impact of diagnosis of Chlamydia trachomatis: implications for screening. *BMJ*, 322, 195-199.
- de Graaf, R., Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25<sup>e</sup>: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- de Wit, J. B. F., & Adam, P. C. G. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9, suppl.2, 20-22.
- Engelhart, M., & Bergstra, A. (2007). *Alcohol en middelengebruik: infokaart volwassenen Brabant en Zeeland: enquête 19- t/m 64 jarigen 2005*. Goes: GGDgezondheidsatlas.
- Faxelid, E. A., & Ramstedt, K. M. (1997). Partner notification in context: Swedish and Zambian experiences. *Soc. Sci. Med.* 44, 8, 1239-1243.
- Fenton, K. A. (2002). Sexual health and HIV positive individuals: emerging lessons from the recent outbreaks of infectious syphilis in England. *Communicable Disease and Public Health*, 5, 1, 4-6.
- Gebhardt, W. A., Kuyper, L., & Dusseldorp, E. (2006). Condom use at first intercourse with a new partner in female adolescents and young adults: The role of cognitive planning and motives for having sex. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 2, 217-223.
- Gebhardt, W. A., Kuyper, L., & Greunsvan, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33, 154-164.

Herbots, B. (2003). *Prille liefde: Relationale- en seksuele leefwereld van laatstejaars secundair onderwijs*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

Johnson, A. M., Mercer, C. H., Erens, B., Copas, A. J., McManus, S., Wellings, K., Fenton, K. A., Korovessis, C., Macdowall, W., Nanchahal, K., Purdon, S., & Field, J. (2001). Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *THE LANCET*, 358, 1, 1835-1842.

Klaï, T. (2005). *Intergenerationeel onderzoek naar de communicatie over seksualiteit: een studie bij ouders en jongeren van 15 tot 21 jaar*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

Klaï, T. (2007). Let's talk about sex. In Bleys, R., Caers, B., De Bie, E., Frans, E., Hendrickx, K., Picavet, C., Van den Eynde, S., & Trommelmans, W. (Eds.), *Liefen Leed 2: seks en relaties anders bekeken* (pp. 131-136). Gent: Sensoa.

Klaï, T., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2005). Communicatie met ouders over relaties en seksualiteit: Islamitische jongeren aan het woord. In Gailly, A., Hoogsteder, M., Kamperman, A., Loonbeek, B., De Meyere, V., den Otterl, J., & Plysier, S. (Eds.), *Cultuur Migratie Gezondheid*, 3, 5, (pp 26-36). Utrecht: Tinus Heijmans.

Lazaroms, M., Vanwesenbeeck, I., & Woertman, L. (2003). Seksdrug in het uitgaansleven: Een kleinschalig exploratief onderzoek naar recreatief gebruik van erotiserende middelen en signalen uit de seksuologische hulpverlening. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 178-186.

Matlin, W. M. (2005). General knowledge. 6<sup>th</sup> edition. In Flahive, R., DeGrasse, L., & Pigliucci, N. M. (Eds.), *Cognition*. (pp 274-276). United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

Matteelli, A., & Carosi, G. (2001). Sexually transmitted diseases in travelers. *Clinical Infectious Diseases*. 32, 1063-1067.

McGarrigle, C. A., Mercer, C. H., Fenton, K. A., Copas, A. J., Wellings, K., Erens, B., & Johnson, A. M. (2005). Investigating the relationship between HIV testing and risk behaviour in Britain: National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles 2000. *AIDS*, 19, 77-84.

Mevissen, F. (2006). Vuistregels bij risico-inschatting: Beter een goed verhaal dan een ernstig cijfer. In van Bergen, J., & Blom, C. (Eds.), *Soa Aids Magazine* (pp. 12-13). Amsterdam: Soa Aids Nederland.

Migchelbrink, F. (2000-2001). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

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

Nordvik, M. K., Liljeros, F., Österlund, A., & Herrmann, B. (2007). Spatial bridges and the spread of Chlamydia: The case of a country in Sweden. *Sexually Transmitted Diseases*, 34, 1, 47-53.

Picavet, C., & Klaï, T. (2005). Tussen losbandigheid en verantwoordelijkheid: jongeren, relaties, seksualiteit en de relationele en seksuele vorming. In Bleys, R., Caers, B., De Bie, E., Frans, E., Hendrickx, K., Picavet, C., Rubbens, A., & Trommelmans, W. (Eds.), *Liefen Leed: Jaarboek seksuele gezondheid 2006* (pp. 102-107). Gent: Sensoa.

Pietrantonio, L., Prati, G., Florini, C. (2008). Alcohol and sexual risk taking in young heterosexual men: an empirical test of Alcohol Myopia Theory. *Sexuologies*, 17, suppl 1, 163.

Power, E. (2001). *Social Exclusion and HIV: A report*. London: Terrence Higgins Trust.

- Rogstad, K. E. (2004). Sex, sun, sea, and STI's: sexually transmitted infections acquired on holiday. *BMJ*, 329, 214-217.
- Sasse, A., & Defraye, A. (2007). HIV/AIDS IN BELGIE: Semestriële rapport N° 66: Toestand op 31 december 2007. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Schubotz, D., Simpson, A., & Rolston, B. (2002). *Towards better sexual health research report: a survey of sexual attitudes and lifestyles of young people in Northern Ireland*. London: Family Planning Association.
- Sensoa. (2009). *Nieuwe hiv-diagnoses in 2008 : Duiding bij de cijfers van het jaarrapport "Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België, toestand op 31 december 2008"*. Antwerpen: Sensoa v.z.w.
- Signorelli, C., Pasquarella, C., Limina, R. M., Colzani, E., Fanti, M., Cielo, A., Greco, M., Porro de' Somenzi, C., Chironna, M., & Quarto, M. (2006). Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *European Journal of Public Health*, 16, 5, 498-504.
- Smith, J. A. (2003). Chapter 1: introduction. In Smith, J. A. (Eds.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: SAGE publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Chapter 4: Interpretative phenomenological analysis. In Smith, J. A. (Eds.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: SAGE publications.
- Soetens, E., Deroost, N., Hendrickx, D. (2006). *Cognitieve psychologie I*. Faculteit voor Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel. Leuven: Acco.
- Stoner, B. P., Whittington, W. L. H., Aral, S. O., Hughes, J. P., Handsfield, H. H., & Holmes, K. K. (2003). Avoiding risky sex partners: perception of partners' risks v partners' self reported risks. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 197-201.
- Thompson, S. C., Kyle, D., Swan, J., Thomas, C., & Vrungos, S. (2002). Increasing condom use by undermining perceived invulnerability to Hiv. *AIDS Education and Prevention*, 14, 6, 505-514.
- Trommelmans, W. (2006). *50 jaar seks in Vlaanderen*. Antwerpen & Leuven: vzw Steam & Uitgeverij Van Halewyck.
- Vanwesenbeeck, I., Bakker, F., Van Fulpen, M., Paulussen, T., Poelman, J., & Schaalma, H. (2003). Seks en seksuele risico's bij VMBO-scholieren anno 2002. *Tijdschrift voor seksuologie*, 27, 30-39.
- Van Bergen, J. (2001). What does a rise in STD mean and what does it not mean. *BMJ*, 323,7312, 532c.
- Van Den Eynde, S. (2004). Niets vergeten?: Preventie naar reizigers anno 2004. In Bleys, R., Caers, B., De Bie, E., Frans, E., Stevens, L., & Trommelmans, W. (Eds.), *Jaarboek 2005: seksualiteit-relaties-geboorteregeling* (pp. 125-136). Gent: Sensoa.
- van der Velde, F. W., van der Pligt, J., & Hooykaas, C. (1994). Perceiving AIDS-Related Risk: accuracy as a function of differences in actual risk. *Health Psychology*, 13, 1, 25-33.
- van Empelen, P., Kok, G., Hoebe, C. F. P. H., & Jansen, M. W. J. (2003). A qualitative study of factors that influence the motivation-action relationship in condom use among drug users. *Health Education*, 103, 4, 230-238.
- van Empelen, P., Kok, G., Hoebe, C. J. P. A., & Jansen, M. W. J. (2001). A qualitative focus on transitional factors of the motivation-action relationship in condom use among drug users. In van Empelen, P. (Eds.), *AIDS prevention among dutch drug users: An intervention mapping approach* (pp.75- 85). Maastricht: Universiteit Maastricht.

Van de Laar, M. J. W., van Veen, M. G., & Coenen, A. J. J. (2003). *Registration of STI and HIV consultations at Municipal Health Services and STI clinics: Annual report 2002*. Bilthoven: RIVM, RIVM report 441500 015.

Van de Laar, M. J. W., De Boer, I. M., Koedijk, F. D. H., & Op de Coul, E. L. M. (2005). *HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2004. An Update: november 2005*. Bilthoven, RIVM.

Van Hove, E., Carpentier, N., & Knops, N. (1995). *Jongeren, seks en AIDS herbekeken*. Leuven-Apeldoorn: Garant.

van Lankeveld, J., & Laan, E. (2004). Wetenschappelijk onderzoek naar seksualiteit. In Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. (Eds.), *Seksuologie* (pp. 39-67). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhoeven, V., Avonts, D., Meheus, A., Goossens, H., Leven, M., Chapelle, S., Lammens, C., Van Royen, P. (2003). Chlamydial infection: an accurate model for opportunistic screening in general practice. *Sex Transm Infect*, 79, 313-317.

Verhoogen, K. (2006). *Het seksuele gezondheidsgedrag van jongvolwassenen een onderzoek bij 20- tot 25-jarigen in het Brussels Hoger Onderwijs*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatie Wetenschappen.

Vermeire, K., & Verougstraete, A. (2004). Veilig vrijen wordt goedkoper: kroniek anticonceptie. In Bleys, R., Caers, B., De Bie, E., Frans, E., Stevens, L., & Trommelmans, W. (Eds.), *Jaarboek 2005: seksualiteit-relaties-geboorteregeling* (pp. 180-187). Gent: Sensoa.

Von Bergh, M. Y. W., & Sandfort, T. G. M. (2000). *Veilig vrijen en condoomgebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Jongeren en Jong-volwassenen: een vergelijking met autochtone Nederlanders*. Utrecht: NISSO/Universiteit Utrecht.

Voorham, L. (2008). *Risikant alcohol- en drugs-gebruik in het uitgaanscircuit: feiten, cijfers en trends*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Internet sites:

[www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl), afgehaald op 07-09-2008.

[www.casarosa.be](http://www.casarosa.be), afgehaald 10-05-2009.

[www.sensoa.be](http://www.sensoa.be), afgehaald tussen 02-09-2008 en 17-11-2009

## Bijlagen

### **Bijlage 1 : Interviewschema**

#### **Introductie**

Welkom, Goede middag, ... ik stel mij even voor. Ik ben Sarah Thompson. Ik studeer Psychologie aan de Vrije Universiteit te Brussel. Ik zit in de 2<sup>de</sup> Master en schrijf dit jaar mijn thesis. Het is in dit kader dat ik in samenwerking met Sensoa jongvolwassenen ga bevragen omtrent hun relationele en seksuele beleving.

Het doel van dit onderzoek is een beeld te krijgen van seksueel actieve jongvolwassenen en hun beschermingsgedrag hierbij. De informatie die ik uit de verschillende gesprekken verzamel kunnen gebruikt worden in het kader van preventiecampagnes van Sensoa of dienen als opstap voor verder onderzoek.

Ik wil je alvast bedanken voor je tijd en medewerking. Het interview zal ongeveer 30 tot 45 minuten duren. Het interview bestaat uit verschillende onderdelen. We beginnen met een korte 'kennismakingsronde' waarin ik ondermeer uw leeftijd en woonplaats bevrage. Dan volgt het luik rond uw seksuele ervaringen zowel vroeger als nu en afsluiten doen we met een onderdeel dat peilt naar uw beschermingsgedrag. Om de verwerking van deze informatie te vergemakkelijken, zou ik dit gesprek graag opnemen. Hebt u hier een bezwaar tegen?

Vooraleer we beginnen geef ik mee dat de kopie van mijn thesis terecht komt in het documentatiecentrum van Sensoa te Gent en bijgevolg ook uitgeleend kan worden. Hierbij benadruk en verzeker ik u dat uw identiteit ten alle tijden anoniem blijft.

Tijdens het gesprek kan het gebeuren dat ik naar bijkomende informatie vraag. Dit doe ik enkel om zeker te zijn dat ik u goed begrijp. Indien u tijdens dit gesprek iets niet begrijpt, onduidelijk vindt of u het oneens bent met iets, mag u mij gerust onderbreken. Heeft u tot hertoe nog vragen?

### **1.Kennismaking: algemene informatie van respondent**

Ik wil beginnen met het vragen naar enkele persoonlijke gegevens van u, kan dat?

- 1.1 Geslacht
  - 1.2 Leeftijd: Hoe oud ben je?
  - 1.3 Levenbeschouwelijke opvatting:  
Hoe omschrijf jij jouw geloofsovertuigingen?
  - 1.4 Opleiding  
Kan je mij vertellen hoe je schoolcarrière eruit ziet van de lagere school tot nu?
  - 1.5 Provincie
- Tot slot van de kennismakingsronde: Waar woon je nu?  
Zit je op kot of woon je nog bij je ouders?

### **Mag ik een reeks vragen willen stellen over je seksueel leven in het algemeen?**

#### 2. Over je seksueel leven

##### 2.1 Huidige status

###### 2.1.1 Partner

Heb je op dit moment een vriend/vriendin? DV

Ja: hoelang zijn jullie al samen?

Nee: Met wie heb je seks?

Hoe omschrijf je je relatie met de persoon waarmee je seks hebt? (nagaan: sexbuddy, friends with benefits?)

###### 2.1.2 Oriëntatie

Hoe omschrijf je je seksuele oriëntatie?

Heb je ooit seks gehad met iemand van hetzelfde geslacht?

(veiligheid nagaan)

Heb je ooit seks gehad met meerdere personen tegelijkertijd?

(veiligheid nagaan)

###### 2.1.3 Aantal partners

Hoeveel bedpartners heb je gehad?

**(Pas als ze het niet zeker weten.)** Als je het niet exact weet mag je er gerust een cijfer op plakken waar je vrijwel zeker van bent.

###### 2.1.4 Seksuele activiteit

Hoe veel keer heb je seks per week?

Er bestaan verschillende vormen van seksueel verkeer. Zo is oraal, vaginaal, anaal, handmatig of ander contact mogelijk. Aan welke vormen doe jij?

Is die seks altijd even veilig?

###### 2.1.5 Leeftijd 1<sup>ste</sup> seksuele ervaring

Hoe oud was je toen je voor de eerste keer seks had?

Hoe is dat toen gebeurd? DV:

Had je toen een condoom, of anticonceptiemiddel gebruikt? (wie koos of verkoos dit, waarom)

Was het jouw beslissing om op dat moment voor het eerst seks te hebben?

Is er planning aan vooraf gegaan? (zowel zelf als toenmalige partner bevragen!) Hoe werd jouw eerste seksuele ervaring gepland?

###### 2.1.6 Laatste seksuele ervaring

Kan je mij vertellen wanneer je voor het laatst seks gehad hebt? DV: Dat was dan met je vriend/vriendin of...?

## 2.2 Soorten relaties

### 2.2.1 Vaste relatie

Single: Heb je een vaste relatie gehad en hoelang heeft ze geduurd?

Koppel: Heb je voor je huidige relatie al een andere langdurige vaste relatie gehad? Hoelang heeft ze geduurd?

### 2.2.2 One night stands

Heb je al one-night stand gehad?

Hoe zijn deze tot stand gekomen? (friends with benefits, seksbuddy, fling?) (of kan je mij vertellen hoe je hiertoe gekomen bent; indien meerdere steeds nagaan of op verschillende manieren tot stand gekomen, hoe kende ze elkaar)

### 2.2.3 Hoe lang relatie vooraleer seks

Kan je mij vertellen hoelang je verkeert met je vriend/vriendin vooraleer je met hem/haar seks hebt?

Zijn er voorwaarden waaraan voldaan moet worden

vooraleer je met je vriend seks hebt?

DV: Als ik het goed begrepen heb zijn er voorwaarden waaraan voldaan moeten worden, vooraleer je met iemand naar bed gaat... (antwoord samenvattend toetsend herhalen?)

## 2.3 Risicogedrag

### 2.3.1 Bescherming

#### 2.3.2.1 Eerste keer

Je vertelde dat je voor het eerst seks gehad had op **X leeftijd**.

Jullie hadden toen **als bescherming het ..... gebruikt**.

DV: Weet je nog waarom jij en je partner deze anticonceptie middelen gebruikte? Nu heb je je toenmalig ..... gebruik toegelicht, waarom gebruikte je toen een .....?

Jullie hadden toen **geen** bescherming gebruikt?

DV: Weet je nog waarom jij en je partner dat niet deden?

#### 2.3.2.2 Laatste keer

Heb je de laatste keer dat je seks had **invullen vraag bovenaan** een condoom of een ander beschermingsmiddel gebruikt?

DV: Tegelijk polsen of ze/zijn vriendin de pil gebruikt al dan niet?

(indien niet gezegd? Waarom gebruikte je toen de pil.....?)

### 2.3.2.3 Verloop van de relatie:

#### 2.3.1.3.1 De evolutie van beschermingsgedrag

Heb je altijd al een condoom gebruikt?

Om welke redenen gebruik je een condoom?

Op welke momenten gebruikte je geen condoom?

DV: Weet je nog waarom je toen overgeschakeld bent?

Wanneer is daar verandering in gekomen.

#### 2.3.1.3.2 Moment van omschakeling

Ben je ooit in je huidige relatie overgeschakeld van condoomgebruik naar geen condoomgebruik of omgekeerd?

Ja: Wat was de aanzet hiertoe?

Nee: Waarom niet

## 2.4 Risico op soa

### 2.4.1 Inschatting

Vindt je van jezelf dat je risico loopt op een soa?

### 2.4.2 Waarom

Waarom denk je dat? /van niet?

Indien Neen

Indien Ja

Stel dat jouw partner wel ontrouw is, betekent dit dat je wel een risico loopt op een soa? Waarom wel of niet?

Zijn er momenten waarop je wel denkt dat je risico loopt?

Zijn er momenten waarop je denkt dat je een groter risico loopt op een soa?

Zijn er momenten waarop je denkt geen risico te lopen op een soa? (welke)

### 2.4.3 Wanneer:

#### 2.4.3.1 Op vakantie

Stel je nu even concreet voor je bent op vakantie, verschillen jouw seksuele activiteiten en gedragingen op vakantie van deze hier in het binnenland?

Hoe schat je jouw kans op soa dan in, maw op basis van welke kenmerken schat je jouw kans op een soa in? (op basis van wat, op welke manier)

Denk je dat je risico op een soa groter of kleiner (gelijk) is op vakantie?

Verschilt deze schatting van schattingen in andere situaties? (in het algemeen)

Op welke manier verschillen deze inschattingen dan?

Samenvattend: klopt het dat jouw risico-inschatting varieert naargelang de context waarin je je bevindt?

2.4.3.2 Invloed van middelen

Varieert je inschatting op een soa als je onder invloed bent van bepaalde middelen? DV: zo ja, op welke manier.

Zo neen: waarom verandert er volgens jou niets aan je risico-inschatting?

2.4.4 Met wie heb je erover gesproken:

Herinner je je een gesprek met iemand over soa?

Met wie heb je toen gesproken?

(nagaan wie vermeld wordt en wie niet)

Is jouw idee over jouw kans op een soa ooit veranderd? DV:

Ja: Op welke manier is jouw visie gewijzigd? DV:

-Heeft die persoon jou van gedachte doen veranderen?

-Is er iets waaraan je dat idee toeschrijft?

Neen: Hoe stond je 5 jaar geleden toen zat je in het middelbaar als ik mij niet vergis, tegenover je risico op een soa? En hoe zie je die kans nu? Wat is er in tussentijd gebeurd?

**Het derde luik van de vragen gaat over ervaringen met soa.**

2.5 Contact met soa:

2.5.3 Verhaal:

2.5.3.1 Zelf soa gehad

Heb je al eens een soa gehad, hoe kwam dit?

Weet je nog welke soa je toen opgelopen hebt?

Van wie heb je die soa gekregen?

2.5.3.2 Hoe zelf mee omgaan (zelf soa)

Hoe was dat voor jou om een soa te hebben?

Hoe heb je je daarbij gevoeld? DV: Hoe zie jij dat nu?

2.5.3.3 Partner soa gehad

Heeft je partner ooit een soa gehad?

Kan je mij vertellen hoe je partner die soa opgelopen heeft?

-Weet je welke soa je partner toen opliep?

-Van wie kreeg hij/zij die soa?

2.5.3.4 Hoe zelf mee omgegaan (partner soa)

Wat ging er door je hoofd toen je vriend je op de hoogte bracht, wat was je reactie?

2.5.3.5 met wie erover praten

Bij wie kon je toen terecht (opgevangen/ luisterend oor/aankloppen)? Kon je terecht bij een vriend/vriendin?

2.5.3.6 Arts gecontacteerd

Heeft jij of je vriend een behandeling gehad voor de soa?

DV: Heb je een arts gecontacteerd?

2.5.3.7 Behandeling

Heb je toen diegene die je de soa doorgaf gecontacteerd?

(Met wie heb je er toen over gesproken.)

2.6 Testen:

2.6.1 ja/neen:

Heb je je ooit laten testen op soa?

Wanneer?

Waarom? (Wat heeft ervoor gezorgd dat je je liet testen?)

(indien meerdere keer telkens aanleiding en chronologie nagaan)

2.6.1 Op wat

Op welke soa heb je je laten testen?

2.6.2 Wie: zelf of ook partner

Heeft jou vaste partner zich ook laten testen?

2.7 Belangrijke toevoegingen:

Wat moet er volgens jou zijn om jongvolwassenen zich bewust te maken van het risico op een soa?

Wat zou er volgens jou kunnen voor zorgen dat JW geen of minder risico-contacten aangaan?

Wat vindt jij dat er nodig is om te zeggen dat je geen risico loopt?

**Dankwoord**

We zijn aan het eind van dit interview gekomen. Heeft u vragen bij het interview? Zijn er dingen die u graag had willen toevoegen?

Ik dank je bij deze voor je tijd en medewerking. Hier is een klein dankgeschenkje voor uw moeite.

Als u in de komende weken nog vragen of bedenkingen zou hebben kan u mij altijd contacteren via mail.

**Bijlage 2: Oproepbrief**

Beste,

Ik ben Sarah Thompson, laatstejaars studente Psychologie aan de Vrije Universiteit Brussel. Ik werk momenteel aan mijn eindwerk in samenwerking met Sensoa. Hiervoor zoek ik mensen die willen mee werken aan een onderzoek over seksualiteit en relatiebeleving.

Ik ben op zoek naar Nederlandstalige hogeschool- of universiteitsstudenten tussen 20 en 23 jaar. Dus ben je hetero en seksueel actief en single met losse partner(s) of in een relatie van nog geen twee maanden, en ben je bereid om deel te nemen aan dit onderzoek, wil ik je graag vragen me te mailen op onderstaand adres:

**Sarahthesis2008@hotmail.com**

Het interview neemt 30 minuten maximaal 45 minuten in beslag en gaat over seksualiteit, relatiebeleving en seksuele gezondheid. Je anonimiteit wordt vanzelfsprekend gegarandeerd.

We zijn ons bewust van de tijd en ruimte die je zou vrijmaken om aan dit onderzoek mee te helpen. Als tegemoetkoming voor je tijd en medewerking en als dank willen we je na afloop een kleine attentie bezorgen.

Gelieve deze mail door te sturen naar iedereen die je kent, ik kan je hulp goed gebruiken.

Heel erg bedankt,

Sarah



Vrije Universiteit Brussel

Psychologie en Educatiewetenschappen

### **Bijlage 3: Beschrijving van de respondenten in tabelvorm**

	<b>Burgerlijke stand</b>	<b>Geslacht</b>	<b>Leeftijd (in jaren)</b>	<b>Geloofsovertuiging</b>	<b>Huidige studierichting</b>	<b>Woonplaats</b>	<b>Seksuele betrekkingen met geslachtspartner</b>	<b>Seks. contact met meerdere partner tegelijk</b>	<b>Aantal bedpartners</b>	<b>Schatting aantal seks per week</b>	<b>Leeftijd eerste seksueel contact</b>	<b>gebruikte bescherming tijdens 1<sup>ste</sup> seksueel contact</b>
R1	relatie	M	21	vrijzinnig	Toegepaste economische wetenschap.	Vlaams Brabant	N	N	5	6	14	Duble dutch
R2	relatie	V	22	agnost	Talen	Vlaams Brabant	N	N	8	9	16	geen
R3	relatie	V	20	ongelovig	Leerkracht	Leuven	N	N	5	4		Double dutch
R4	relatie	V	23	atheïst	Communicatie wetenschap.	Brussel	J	J	15	7	18	geen
R5	relatie	V	21	ongelovig	Comunicatie wetenschap.	Limburg	N	N	6	7	15	pil
R6	relatie	V	23	ongelovig	Ingenieur/Architect	Antwerpen	N	N	4	5	17	Double Dutch
R7	relatie	M	21	katholiek	Lichamelijke Opvoeding	antwerpen	N	N	5	5	15	Double Dutch
R8	relatie	M	20	ongelovig	Criminologie	Vlaams Brabant	N	N	8	5	15	twijfel pil condoom
R9	relatie	V	22	ongelovig	Logopedie	Oost-Vlaanderen	N	N	2	3	17	Double dutch
R10	relatie	M	20	ongelovig	Rechten	Oost-Vlaanderen	N	N	3	3	15	Double dutch
R11	relatie	V	22	Islamitisch	Rechten	Brussel	N	N	18	2	18	condoom
R12	vrijgezel	V	23	Christen	Kinesitherapie	Brussel	N	N	3	0,5	19	Double dutch
R13	Vrijgezel	V	23	Katholiek	Toerisme	Leuven	N	J	10	>5	17	Double dutch
R14	Vrijgezel	V	23	Katholiek	Leerkracht	Leuven	N	J	37	+_6	16	Pil
R15	Vrijgezel	V	23	Orthodox	Marketing	Brussel	N	N	3	1	19	condoom
R16	Vrijgezel	V	22	ongelovig	Maatschappelijk werk	Vlaams Brabant	N	N	7	1	15	pil
R17	Vrijgezel	V	23	ongelovig	Toerisme	Leuven	N	J	3	2	18	condoom

	Aantal vaste relaties	Aantal dagen sinds laatste seksueel contact	Gebruikte bescherming tijdens laatste seksueel contact	Aantal one-night-stands	Zelf soa opgelopen	Partner besmet met soa	Kennis besmet met soa	Aantal testen voor soa	Aantal testen voor aids	Duur laatste test soa (in maanden)	Duur laatste test hiv (in maanden)	woonvorm	Onderwerp van "veilig zijn voor"
R1	3	3	pil	/	/	?	/	3	3	?	?	kot	condoom
R2	1	1	pil	7	/	/	/	/	/	/	-----	kot	pil
R3	1	3	pil	/	/	?	/	/	/	/	-----	X	geen condoom wel pil
R4	0	1	pil	10	/	?	?	/	/	/	8	thuis	condoom
R5	1	1	pil	4	/	?	ja	1	1	3	3	kot	zwangerschap
R6	1	2	spiraal	>1	1	N	?	2	1	?	>24	kot	X
R7	1	2	pil	2	/	/	/	/	1	/	24	thuis	geen condoom wel pil
R8	3	6	pil	4	/	/	/	/	2	/	5	thuis	zwangerschap
R9	1	7	geen	/	/	/	/	?	?	1	1	thuis	zwangerschap
R10	3	7	pil	/	/	?	ja	/	/	/	-----	kot	soa
R11	1	5	geen	>2	/	?	X	?	?	/	/	kot	soa
R12	1	21	double dutch	/	/	?	ja	/	/	/	-----	kot	zwangerschap
R13	2	1	double dutch	5+	/	/	X	2	1	6	24	kot	pil+ condoom
R14	2	21	pil	>10	2	J	X	?	>2	6	6	thuis	Soa
R15	3	18	double dutch	>1	1	J	X	1	>1	X	<12	thuis	Soa
R16	X	21	double dutch	>3	/	?	X	1	1	<2	<2	kot	condoom
R17	1	25	pil	1	/	N	X	2	2	>4	>4	kot	zwangerschap

Legende:

X : een vergeten vraag te stellen aan de respondent

? : de respondent kon geen antwoord geven op de vraag

/ : afhankelijk van de kolom geen, nul of niet van toepassing

**Bijlage 4: Analyse volgens de Interpretatieve Fenomenologische Analyse**

1. Een weergave van de handmatige bewerking van de onderzoeksresultaten







## 2. Een visueel aangepaste weergave van de onderzoeksresultaten

### Collage respondenten: Aanleiding tot testgedrag

#### Overzicht antwoorden:

#### Opvallendheden:

Binnen het onderzoek naar soa, weten jongvolwassenen vaak niet voor welke soa ze getest werden.

- vermoeden dat “alles” (al de mogelijke soorten soa) wel opgenomen werden in onderzoek
- weten meestal niet of na aids ook getest werd voor al de overige soa

#### Kernthema's om zich te laten testen:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1) Medische toegankelijkheid                                  |                          |
| a. werd me aangeboden   | R1                       |
| b. medische verplichting                                      | R6                       |
| c. makkelijkheid en voordeel van alles-in-één testafname      | R13                      |
| 2) Partnergebonden  |                          |
| a. vermoeden ontrouw partner                                  | R17                      |
| b. inzicht in seksuele voorgeschiedenis van partner           | R4,R13,R16               |
| c. gebrekkig inzicht in seksuele voorgeschiedenis van partner | R16                      |
| d. aanvang serieuze relatie (afschaffen condoom)              | R1,R8,R9,R13,R14,R15,R17 |
| 3) Wantrouwen self  |                          |
| a. wantrouwen in onfeilbaarheid van lichaamssensoren          | R2,R14                   |
| b. falsificatie van unrealistic optimism                      | R11,R5                   |
| c. verleden van one night stands (veilig of onveilig)         | R2,R4,R6,R8,R11,R14      |
| 4) Afname negatieve gevoelens                                 |                          |
| a. angst voor besmetting met soa wegnemen                     | R4,R8,R14                |
| b. vermijding schuldgevoelens                                 | R8                       |
| c. onzekerheid wegnemen                                       | R1,R2,R3,R4, R8,R14,R17  |

#### Kernthema's om zich niet te laten testen

##### Hindernis praktisch:

- gebrekkige kennis over toegankelijkheid en inhoud van testafname R3

##### Hindernis emotioneel

- doktersbezoek = te grote stap R11
- affectieve band (met jw zelf, of ouders) met huisarts R11

##### Angst laag

- lage risicoperceptie R12
- afwezigheid van klachten R4

##### Angst hoog

- hoge risicoperceptie en verhoogde angst op besmetting R11

**Kernthema's om zich te laten testen:**

**1. Medische toegankelijkheid**

a. **werd me aangeboden**

R1

*“Ja ja neen dat was zo euhm ik moet regelmatig bloed laten trekken voor ... allergieën ... En euhm dan vragen ze ook “ja wil je nog iets testen?” en dan neem ik dat er altijd bij”* R1

a. **medische verplichting**

R6

*“Ja dus dat was eigenlijk omdat ja ten eerste ik moest sowieso een soa-test laten doen, toen ik het spiraal ging zetten omdat, je moet sowieso zien dat je niets hebt dan”* R6

b. **makkelijk en voordeel van alles-in-één testafname** R13

*“Buiten dat ik om de 6 maanden bloed moet laten, een bloedtest laat doen en toch altijd vraag dat er euhm controle wordt gedaan naar euhm ja bepaalde virussen die in uw lijf zitten, waar dat een teken zou zijn dat ik een soa zou hebben ... Heb ik niet echt specifiek daarop een test laten doen sinds (Oké, maar dan als je die 6 maandelijks, als je om de 6 maanden die bloedtest laat doen, dan vraag je altijd) Ja (Van kan u eventueel ook nog voor soa nakijken?) Niet specifiek aids maar wel soa”* R13

**2. Partnergebonden**

a. **vermoeden ontrouw partner**

R17

*“En na mijn vorige relatie, vaste relatie ook omdat ik op het einde wel mijn twijfels had over trouw”* R17

b. **inzicht in seksuele voorgeschiedenis van partner** R4,R13,R16

*“(En om welke redenen heb je je toen laten testen?) Euhm dus ja, ik was op vakantie geweest en bon we hadden ons daar een beetje onnozel gedaan ... Ik had vooral euhm schrik eigenlijk van de ziektes, omdat ik in Turkije op vakantie was en dat ik dacht van “daar is misschien meer risico, dan hier”. Uiteindelijk is dat misschien niet zo, maar mijn vriendin had mij dat wijs gemaakt van “Ja en die mensen hier, die vrijen met alles wat dat hier rondloopt” en dat was ook in een club, dus dat heel goed zijn dat die kerel, dat was een animator van de club, en waarschijnlijk was dat iemand die niet veel te klagen had over zijn seksueel leven.”* R4

*“(Oké je had ook al vertelt dat euhm de afname van de tests met jouw partner, dat dat eigenlijk was omdat jullie het condoom achterwege wouden laten en er was een beetje ongemak omtrent het vertrouwen ... Alé het gebrek aan vertrouwen dat dan eigenlijk hoorde bij de afname van die test. Waren er nog andere redenen of aanleidingen voor die test afname?) Omdat ik meerdere bedpartners voordien had gehad ... En hij toch zeker wou zijn dat hij geen soa zou krijgen door mij, wat dat ik wel kan begrijpen”* R13

*“Ja omdat ik niet weet waar dat hij alle, wat zijn seksuele voorgeschiedenis is en omdat ik mij er wel bewust van was dat , alle dat hij zeker meerdere bedpartner heeft gehad dus euhm wou ik toch op veilig spelen.”* R16

c. **gebrekking inzicht in seksuele voorgeschiedenis van partner** R16

*“Ja omdat ik niet weet waar dat hij alle, wat zijn seksuele voorgeschiedenis is”* R16

d. **aanvang serieuze relatie (aanschaffen condoom)** R1,R8,R9,R12,13,R14,R15,R17

*“Ja dat is een beetje euhm dat is een beetje een verschillend nu, bij mijn vorige relatie zijn we alle twee eerst getest geweest en dan pas vreeën we zonder condoom, nu eigenlijk direct zonder ... omdat ik zelf altijd lange relaties heb gehad en euhm ja vroeger testen we altijd alvorens we seks hebben”* R1

*“En euhm maar daarvoor moet je er echt wel van zeker zijn dat de pil neemt euhm ook heb ik mij begin dit jaar na mijn one-night-stands en zo als ik dan terug een serieuze relatie ging beginnen, mij nog eens laten testen op AIDS en euhm ja dat was negatief dus euhm dan dan ben ik ook redelijk gerust om terug seks te hebben met iemand dan als ik mij niet zou hebben laten testen. ... en dan was de aanleiding het meisje waarmee dat ik nu ben, met mijn vriendin euhm dat ik daarmee wel iets zou kunnen beginnen en ja ik had al een tijdje geen seks meer gehad en ik dacht “ja oké ik ga mij laten testen want ik zou alé ik zou mij schuldig voelen moest ik euhm iemand anders nu nog besmetten ... Door die avontuurtjes dat ik daarvoor had.”*

R8

*“Om zeker te zijn voor dat je in een relatie iets euhm aan mekaar doorgeeft”* R9

*“Tja ja weet je wat er in mijn hoofd zat? Ik dacht van als dit echt iets wordt ... Als dit echt blijft duren, dan dacht ik eraan om hem te vragen om een AIDS test te laten doen”* R12

*“Euhm bij twee personen, de eerste met mijn vorige partner waarmee ik drie jaar samen ben geweest ... Dat was dus omdat we zouden stoppen met het gebruik van condooms en dat we echt zeker wouden zijn van elkaar en eerst waren er een beetje ja (stilte) ruzie kun je het niet noemen, wisselwoordingen euhm dat in, je moet uw partner vertrouwen ... En toch moet, was het ding van ge moet die die test doen, om zeker te zijn ... En dan was er eventjes ja een soort gevoel van je hebt geen vertrouwen in elkaar, maar uiteindelijk hebben we beide besloten van dat alle twee te doen zodat we alle twee op een gelijk niveau begonnen zeg maar ja”* R13

*“Dus nu ben daar ja (stilte) strikter in en als ik ook, ik gebruik niet graag condooms maar ik zal dan eerst mijzelf laten testen en mijn vriend laten testen, vooraleer er iets gebeurd, ook als hij dan vreemd gaat, dan weet je het nog niet ... Dan kun je het nog oplopen, maar dan heb je tenminste toch wel alles geprobeerd* R14

*“ja bijvoorbeeld met mijn euhm, met ja mijn eerste vaste relatie euhm ik had wel gevraagd dat we allebei alé ik had dat niet nodig maar ik had hem wel gevraagd dat we allebei een test gingen doen om te zien of dat we geen ziekten hadden of zo want ik wist dat hij al heel heel actief was en zo, en we hebben toen wel allebei een test gedaan om te zien of dat dat het in orde was”* R15

*“Gewoon euhm het willen overschakelen nu bij de huidige sekspartner van met condoom naar geen condoom”* R17

### **3. Wantrouwen self**

#### **a. wantrouwen in onfeilbaarheid van lichaamssensoren** R2,R14

*“Nee (zucht) maar toch wil je dat wel eens weten, alé na toch zo'n paar one-night-stands, zo van ik weet niet misschien heb ik toch iets, dat ik niet merk ... Maar gewoon door die onveilige one-night-stands ... Dat is toch een risico dus ja”* R2

*“Gewoon om de zekerheid, omdat ik nog altijd zoiets heb van wie weet heb ik dat en heb ik dat niet door dus vandaar gewoon, zekerheid”* R14

#### **b. falsificatie van unrealistic optimism** R11

*“Aah omdat ik toch echt ja besepte van ik heb al onveilig seks gehad en er zijn zoveel dingen die mensen overkomen, die altijd denken van dat overkomt mij nooit of mij nooit, maar alé toch we zijn allemaal mensen en we hebben allemaal die kans, dus euhm je mag je eigen nooit overschatten en van daar ook dat ik schrik begon te krijgen alé er zijn zoveel mensen die denken nooit denken dat ze kanker gaan krijgen of iets en dan toch gebeurd dat, dus ik denk dat je alé ja dat ik realistischer moet worden en dat ik dat toen echt besepte van euhm je bent geen uitzondering eigenlijk, hé je bent ook iemand die evenveel kans loopt eigenlijk als je onveilig seks hebt met iemand.”* R11

**c. verleden van one night stands (veilig of onveilig) R2,R4,R6,R8,R11,R14**

*“Nee (zucht) maar toch wil je dat wel eens weten, alé na toch zo’n paar one-night-stands ... het is gewoon om zeker te zijn” R2*

*“Awel dus als ik ja euhm met mijn, met een vriend hier bijvoorbeeld of met of gewoon op de VUB. We kennen elkaar al een tijdje en euhm, dus we hebben ook gemeenschappelijke vrienden en we wisten wel dat er zÕ een aantrekking was en zo tussen ons euhm en het was hier een TD, een Valentijd-TD (lacht) en ja toen is dat gebeurd, maar we hebben we zo een heel jaar lang dan eigenlijk een seksuele relatie gehad, maar geen serieuze relatie en soms met andere mensen, allé als ik andere one night stands heb gehad, dan was het met mensen die ik euhm niet of nauwelijks kenden en toen had ik wel meer schrik eigenlijk, om ook ja besmet of zo te geraken, maar ik trek, allé ik dacht er niet bij na toen als je het doet en als je bezig bent dan denk je er niet bij na, dan denk je van ‘ah foert, de kans zal wel miniem zijn’, maar daarna begint het wel euhm, te knagen ... ja vooral omdat de seks onveilig was.*

*(En is dat bij elk van de one night stands geweest?) Awel neen, dus zoals ik zeg bij die vriend op de vub was dat minder omdat ik toen iets had van ja “hij zit ook bij mij op school “euhm dat zou wel erg zijn moest het zo zijn dat hij iets heeft, en dat iedereen dat dan weet op school, want dan zou het van hem komen en dan zou dat dan ook weten en dat zou wel erg zijn. Terwijl iemand dat je niet kent of nauwelijks kent, die zie je misschien niet meer terug. ... Allé ik had meer vertrouwen in die vriend dat ik al een beetje kende dan iemand die ik eigenlijk totaal niet kende, maar bij allebei had ik wel zo iets van “ja ik moet opletten” en ik altijd wel snel daarna een bloedafname laten doen.” R4*

*“Ja dus dat was eigenlijk omdat ja ten eerste ik moest sowieso een soa-test laten doen, toen ik het spiraal ging zetten omdat, je moet sowieso zien dat je niets hebt dan en dat was met die periode van die one-night-stands eigenlijk, dat was de periode dat die relatie van 5 jaar, we zijn wel een periode uit elkaar geweest in tussentijd, dus in die periode heb ik dan euhm die one-night-stands gehad ... En ja daarna ja en dan wou ik dat eigenlijk ook wel eens weten want, bij één van die twee euhm gevallen hadden wij problemen om het condoom, dat is kapot gegaan dus ... Daarom wou ik dat ook wel eens testen eigenlijk” R6*

*“(Heb je al one-night stand gehad?) ... Ja ... (Begrijp ik dan, is er geen condoom gebruikt?) Nee we hadden daarvoor toch al een beetje gesproken daarover en euhm zij ja euhm ze zei dat ze euhm ja euhm ze misschien een beetje naïef van mij ze zei dat ze geen ziektes had ofzo ... En euhm ja uiteindelijk (stilte) ja is is had ik er niet over nagedacht en had ik vooral gehoopt dat ik haar kon geloven ... En ik heb mij ook euhm achteraf ook laten testen (En de aanleiding voor beide testen was?) Euhm dat was die ene one-night-stand met die persoon dat ik niet echt kende, daarna heb ik mij laten testen en euhm daarna euhm ja had ik nog een paar keer seks gehad met verschillende personen” R8*

*“Aah omdat ik toch echt ja besepte van ik heb al onveilig seks gehad ... dat de kans groot is, ik heb daar soms schrik van euhm zeker ja een paar weken geleden heb ik daar met een vriendin over zitten babbelen en toen ja had ik echt eventjes een moment van ontzuivering van ja oké ik moet mij echt laten testen, maar je hebt tegelijk schrik van het resultaat van wat dat dat gaat zijn ... dat is wel iets wat in mijn achterhoofd wel euhm alé aan het draaien is eigenlijk dus euhm ja, ja ik sta er wel bij stil” R11*

*“Onveilige seks ... Dat ik echt wel schrik had dat ik aids had of zoiets had opgelopen ... Omdat dat toen, dat is echt een periode dat ik, dat dat ook veel in het nieuws is geweest ... En dat dat gewoon ook media, als daar mediabelang aan gehecht wordt, dan sta je daar wel eventjes bij stil” R14*

**4. Afname negatieve gevoelens**

**a. angst voor besmetting met soa wegnemen R4,R5,R8,R14**

“(En om welke redenen heb je je toen laten testen?) *Euhm dus ja, ik was op vakantie geweest en bon we hadden ons daar een beetje onnozel gedaan, en euhm ik wou dus gewoon weten van “is alles wel okee”. Maar normaal gezien moet je wel 3 maanden wachten om een uitslag te krijgen, dus of dat je iets hebt of niet. En dan heb ik geen test niet meer op nieuw laten doen ... Ik had vooral euhm schrik eigenlijk van de ziektes, omdat ik in Turkije op vakantie was en dat ik dacht van “daar is misschien meer risico, dan hier”. R4*

“Een vriendin van mij was positief op iets anders (lacht onwennig) en ik had een beetje schrik alé (lacht)” R5

“Ja op chlamydia of zoiets denk ik en euhm dat was omdat die vriendin waarmee ik dan euhm seks gehad heb, was iets daarna te weten gekomen alé of haar vriendje waarmee dat ze was, die had gezegd dat hij chlamydia had ... en euhm voila en hij komt dat dan tegen haar te zeggen en zij had dan schrik dat ze dat van hem had ... maar ik dacht van alé dat kan gewoon niet maar alé ja ofwel is er iets mis en heeft die dat niet ofwel euhm heeft hij wel seks gehad met iemand anders ... die hem chlamydia heeft gegeven, want wij hebben ons daarna laten testen en we hadden het allebei niet dus ... Er was iets mis mee, maar het is uiteindelijk toch goed gekomen.” R8

“Oooch ik denk wel elke keer van, maar nu is dat minder, in het verleden heb ik veel uitgespookt en mij goed geamuseerd, maar elke keer wel dat ik wakker werd van dat ik dacht, alé ik ga niet zeggen van dat ik met allemaal zonder condoom heb geslapen maar ... Er zijn er wel een heel aantal tussen waarvan ik dacht van “shit alé morgen heb ik hier AIDS”... Dus ik laat mij wel regelmatig testen” R14

**b. vermijding schuldgevoelens**

R8

“en ik dacht “ja oké ik ga mij laten testen want ik zou alé ik zou mij schuldig voelen moest ik euhm iemand anders nu nog besmetten ... Door die avontuurtjes dat ik daarvoor had ... Ja bijvoorbeeld als ik onzeker was dan zou ik mij daar niet goed bij voelen om om seks te hebben met iemand die euhm die alé te besmetten door mij dus dan zou ik mij echt heel schuldig bij voelen” R8

**c. onzekerheid wegnemen**

R1,R2,R3,R4, R8,R14,R17

“Pff ooch ja misschien euhm alé ja onzekerheid dat je misschien toch nog zekerheid, dat je toch nog eens wilt horen van ah ja alé “je bent negatief op soa” R1

“Nee (zucht) maar toch wil je dat wel eens weten ... het is gewoon om zeker te zijn” R2

“Euhm nee gewoon van alé aan het nadenken geweest ... nadenken van, ja ik wil dat wel doen maar ja ik weet gewoon de praktische kant van heel de zaak niet ... Nee, gewoon om te weten.” R3

“(En om welke redenen heb je je toen laten testen?) *Euhm dus ja, ik was op vakantie geweest en bon we hadden ons daar een beetje onnozel gedaan, en euhm ik wou dus gewoon weten van “is alles wel okee”. R4*

“Ja! Ook voor de anderen en dat ik ook niet meer in die onzekerheid leefde ... Want ik was echt onzeker en ja ik wist het gewoon niet en euhm ja het was dan ook vooral voor dat ik gewoon niemand anders wil besmetten.” R8

“Gewoon om de zekerheid, omdat ik nog altijd zoiets heb van wie weet heb ik dat en heb ik dat niet door en ik zou dat dan liever wel weten, ja voor de rest ziet daar eigenlijk geen ding achter, tussen die 6 maanden heb ik wel altijd seks gehad, dus vandaar gewoon, zekerheid” R14

“Ja ik heb, ik laat wel elk jaar zo'n uitstrijkje doen waarbij dat de basis wel wordt bekeken, maar ik heb twee keer bloed laten afnemen en dat was toen op het einde van die relatie en dan nu, ja en dat was om zeker te zijn dat alles nog veilig was, alé safe was” R17

## Kernthema's om zich niet te laten testen: volgens angstniveau en type hindernis

### 1. Hindernis praktisch:

#### a. gebrekkige kennis over toegankelijkheid en inhoud van testafname R3

*“Nee ... Ik weet niet ik heb daar eigenlijk nooit een gelegenheid alé ... de kans toe gezien om dat eigenlijk te doen, omdat ik heb daar wel eens in mijn hoofd mee gezeten om dat te doen, maar ik heb niet zo het idee van “hoe en waar moet ik daarmee naartoe ... Dus dat is ook de reden waarom ik nog niet heb laten testen.” R3*

### 2. Hindernis emotioneel

#### a. doktersbezoek = te grote stap R11

*“Ja en je hebt je tot nu toe toch nog niet ... een soa-test laten uitvoeren, is hier een reden voor?) Euhm de reden, zoals ja omdat dat de huisarts is ... en ik wil niet dat mijn ouders dat te weten komen, die stap is nog altijd te groot” R11*

#### b. affectieve band (met jw zelf, of ouders) met huisarts R11

*“Ja en je hebt je tot nu toe toch nog niet bewust laten testen op een soa hé? Toch niet bewust een soa-test laten uitvoeren, is hier een reden voor?) Euhm de reden, zoals ja omdat dat de huisarts is ... en ik wil niet dat mijn ouders dat te weten komen ... Ja gewoon een huisdokter doet dat toch, ik heb het zelfs moeilijk om naar een dokter te gaan die mijn ouders niet kennen, die euhm ik helemaal niet ken, ik heb liever dat die dingen ook gebeuren bij een persoon waar ik geen connecties mee heb, of dat dat gewoon zijn beroep is en hij doet het en voila, als het goed is is het goed en als het niet goed is bon ja we werken eraan en ja ik wil niet dat ik een affectieve band ga hebben ... Met die persoon dus, dat wil ik echt niet” R11*

### 3. Angst laag

#### a. lage risicoperceptie R12

*“Omdat ik niet de indruk heb dat ik al echt gevaar heb gelopen” R12*

#### b. afwezigheid van klachten R4

*“En om welke redenen heb je je toen laten testen?) Euhm dus ja, ik was op vakantie geweest en bon we hadden ons daar een beetje onnozel gedaan, en euhm ik wou dus gewoon weten van “is alles wel okee”. Maar normaal gezien moet je wel 3 maanden wachten om een uitslag te krijgen, dus of dat je iets hebt of niet. En dan heb ik geen test niet meer op nieuw laten doen ... Maar dus in September, maar ik ben wel in September op vakantie geweest en ik heb in September een bloedafname gemaakt, maar eigenlijk zou ik nu opnieuw een bloedafname moeten laten nemen om te zien van “is er iets dat er gebeurd is in September is er daaruit iets gekomen?” dat zou wel objectiever zijn. Maar ik heb het niet gedaan! ... En ik ben ook niet ziek! (lacht)” R4*

### 4. Angst hoog

#### a. hoge risicoperceptie en verhoogde angst op besmetting R11

*“Ja en je hebt je tot nu toe toch nog niet ... een soa-test laten uitvoeren, is hier een reden voor?) Euhm de reden, zoals ... euhm schrik van het resultaat” R11*

**Bijlage 5: Analyse volgens de Interpretatieve Fenomenologische Analyse**

**Risicoperceptie op vakantie hangt af van?**

**Gepercipieerd risico:**

Risico op soa is groter op vakantie	R7,R10,R13,R14,R15
Risico op soa is lager op vakantie	R11,R17
Risico op soa op vakantie is identiek aan risico hier	R2,R3,R5,R6,R9,R12,R14,R16,R17
Risico op soa is niet situatiegebonden	R12,R13,R16,R17
Risico op soa is wel situatiegebonden	R7,R11,R14

**1) Beschermingsnormen**

- a. Verstrengt
  - i. ik ben waakzamer R8,R11
  - ii. steeds beschermde seksuele contacten R5,R8
- b. Versoepelt
  - i. gevolgen onveilige seks verwaarlozen R13
  - ii. toename onbeschermde seksuele contacten R4,R14
- c. **Hvhjv**

**2) Kenmerken sekspartner**

- a. Onzekerheid rond seksuele voorgeschiedenis
  - i. beschermingsmaatregelen vorige contacten R11,R14,R15
  - ii. aantal partners in het verleden R1
- b. Persoonlijkheid
  - i. Onvoldoende voeling R1,R7,R8,R10,R11
  - ii. Vermoeden gelijkaardig losbandigheid R4,R7,R11,R13,R14,R15,R17

**3) Kenmerken van vakantie: ter plaatse**

- a. **Bestemming:**
  - i. groter risico in Afrika R4,R12
  - ii. is in vele Europese landen even groot R4
- b. **Medische/ verzorgingsmaatregelen** R10,R12
- c. **Hygiëne kenmerken van cultuur en inwoners** R10
- d. **Cultuur/ geloof van inwoners** R12
- e. **Beschermingsmaatregelen bij seksuele contacten** R1,R4,R11,R16
- f. **Alcoholintoxicatie: verlies besef** R13,R14,R15

**4) Kenmerken vakantieganger**

- a. **Gedrag constant ongeacht locatie** R6
- b. **Voorwaarden tot seks constant ongeacht locatie** R7,R9,R10,R12,R17
- c. **Ratio ruimt plaats voor libido**
  - i. Losser omspringen met seks R4,R8,R13,R14

**5) Overige**

- a. **Seks met iemand op vakantie=risico** R5