

JONGE HOMOSEKSUELE MANNEN: PSYCHOSOCIALE DETERMINANTEN VAN ONVEILIG SEKSUEEL GEDRAG^o

Ernest M.M. de Vroome¹, Theo G.M. Sandfort¹, Herman S.P. van den Bergh¹,
Ireneus P.M. Keet² en Johanna A.R. van den Hoek²

Het doel van onderhavig onderzoek was het inzicht te vergroten in het seksuele gedrag van jonge homoseksuele mannen, en daarmee richting te geven aan de AIDS-voorlichting in deze groep. Daartoe zijn in 1991 en 1992 bij 152 Amsterdamse jonge homoseksuele mannen gegevens verzameld omtrent hun seksuele gedrag, en omtrent de psychosociale factoren die daar mogelijk mee samenhangen. Tevens werd bloed afgenomen en getest op het voorkomen van SOA's en HIV-antistoffen. Het al dan niet veilige seksuele gedrag bleek op basis van de psychosociale factoren goed te kunnen worden verklaard. Met name een hoge affectieve waarde van anale seks hangt samen met het beoefenen daarvan, ondanks het AIDS-risico. Alleen als men weinig vertrouwen heeft in de effectiviteit van condooms ziet men in sommige gevallen af van anale seks. Bevorderend voor consistent condoomgebruik is vooral een hoge mate van eigen-effectiviteit in veilig vrijen. Ter bevordering van (consistent) condoomgebruik zou in deze groep daarom met name aandacht moeten worden besteed aan het verhogen van de eigen-effectiviteit. Gezien de kracht waarmee de voorkeur voor anale seks het beoefenen van die techniek bepaalt, lijken er weinig mogelijkheden te zijn om jonge mannen op grote schaal te doen afzien van anale seks. Degenen die anale seks minder belangrijk vinden en om die reden, of (ook) vanwege AIDS, geen anale seks hebben, zouden middels voorlichtingsactiviteiten uiteraard wel in dat gedrag moeten worden ondersteund.

Ter preventie van de verspreiding van HIV, de verwekker van AIDS, wordt onder homoseksuele mannen veilig seksueel gedrag bevorderd (consistent condoomgebruik dan wel afzien van anale seks). Inmiddels is een aantal studies verricht naar de mate waarin veilig en onveilig seksueel gedrag onder homoseksuele mannen voorkomt, en naar de psychosociale factoren die veilige seks bevorderen of belemmeren. Inzicht in de determinanten van veilig en onveilig seksueel gedrag is essentieel voor planmatige en daarmee doelmatige AIDS-voorlichting (Kok en Sandfort, 1991).

Van alle 2912 personen bij wie per 1 januari 1994 een AIDS-diagnose werd gesteld, waren slechts 516 (18%) personen jonger dan 30 jaar (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1994). Desalniettemin is AIDS-voorlichting juist voor jongeren van groot belang.

¹ Dr. E.M.M. de Vroome, dr. Th.G.M. Sandfort en drs. H.S.P. van den Bergh, Universiteit Utrecht, Homostudies/ISOR, Heidelberglaan 2, 3584 CS Utrecht.

² I.P.M. Keet, arts en mw. dr. J.A.R. van den Hoek, GG&GD Amsterdam, Volksgezondheid & Milieu, Nieuwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam.

^o Geaccepteerd voor publicatie 26 juli 1994.

Gezien de lange incubatietijd van AIDS zijn van het grote aantal AIDS-diagnoses in de groep van 30 tot 40 jaar (1228, 42%), de meesten immers vóór hun dertigste geïnfecteerd. Ook om andere redenen zijn juist degenen tot 30 jaar van belang voor de preventie van AIDS. Zo hebben jongeren bij de start van hun seksuele loopbaan vaak meerdere kortdurende seksuele relaties. Tegelijkertijd denken zij in veel gevallen dat AIDS (evenals gezondheidsrisico's in het algemeen) hen in mindere mate aangaat ("perceived invulnerability", Flora en Thoresen, 1988). Tenslotte is het waarschijnlijk dat de eerste seksuele ervaringen van invloed zijn op de latere seksuele leefstijl en is het begin van de seksuele loopbaan ook om die reden van belang.

Over het seksuele gedrag van jonge homoseksuele mannen op basis waarvan specifieke voorlichting zou kunnen worden gebaseerd, is echter weinig bekend. Tot nog toe is het meeste onderzoek naar veilige seks en de determinanten daarvan verricht onder oudere homoseksuele mannen. Hoewel in de verschillende onderzoeken telkens naar een specifiek facet van veilig seksueel gedrag werd gekeken, en ook niet altijd dezelfde determinanten werden bestudeerd, lijken er een aantal belangrijke bevindingen terug te komen.

Eén daarvan betreft de eigen-effectiviteit, de mate waarin men zich in staat acht bepaald gedrag uit te voeren (Bandura, 1989). In meerdere onderzoeken werd gevonden dat eigen-effectiviteit een belangrijke determinant is van veilig seksueel gedrag (Hoekzema *et al.*, 1994; Kelly *et al.*, 1991; de Vroome, 1994; de Wit *et al.*, 1991; 1993). Een relatief hoge affectieve waarde van anale seks (ofwel een grotere voorkeur daarvoor), vormt daarentegen vaak een belemmering voor (de overgang naar) veilige seks (Kelly *et al.*, 1991; de Vroome, 1994; de Wit *et al.*, 1993). Door Hoekzema *et al.* (1994) en de Wit *et al.* (1991, 1993) werd gevonden dat een positieve houding, mening of attitude ten aanzien van veilige seks samenhangt met het (blijven) beoefenen daarvan.

Een andere belangrijke factor is "condom-acceptability", ofwel de mate waarin men anale seks met condoom een gelijkwaardig alternatief vindt voor anale seks zonder condoom. Condoom-acceptatie staat in principe los van de attitude ten aanzien van condoomgebruik. Zo kan men anale seks met condoom geen gelijkwaardig alternatief vinden, maar vanwege de beschermende werking tegelijkertijd een positieve attitude hebben ten aanzien van het gebruik ervan. Uit verschillend onderzoek bleek dat condoom-acceptatie een belangrijke determinant is van condoomgebruik (Hoekzema *et al.*, 1994; Kelly *et al.*, 1991). De mate waarin men vertrouwen heeft in de beschermende werking van condooms ("perceived product-efficacy") is eveneens van belang (de Vroome, 1994). Daarnaast werd gevonden dat sociale normen die veilige seks ondersteunen vaak een belangrijke rol spelen (de Vroome, 1994; de Wit *et al.*, 1991, 1993). Uiteraard is ook de intentie om preventief gedrag uit te voeren, en de mate waarin men in dat opzicht gemotiveerd is van groot belang (Hoekzema *et al.*, 1994; McCusker *et al.*, 1992; de Vroome, 1994; Weatherburn *et al.*, 1991; de Wit *et al.*, 1993). Ten slotte kunnen barrières optreden tussen de intenties en het daadwerkelijk gedrag, zoals recreatief druggebruik (Hoekzema *et al.*, 1994; Kelly *et al.*, 1991; McCusker *et al.*, 1992; de Vroome, 1994).

Het is echter de vraag in hoeverre de factoren die veilig vrijen bij oudere homoseksuele mannen bevorderen of belemmeren, ook van invloed zijn op het seksuele gedrag van jonge homoseksuele mannen. Uit het schaarse onderzoek onder jongeren dat tot nog toe alleen in het buitenland is verricht (Davies *et al.*, 1992; Hays *et al.*, 1990; Rotheram-Borus en Koopman, 1991), blijkt dat van de genoemde factoren met name eigen-effectiviteit en erkenning van het AIDS-risico veilige seks bevorderen, en dat een hogere affectieve waarde van anale

seks daar een belemmering voor is.

Het is echter onduidelijk in hoeverre de verschillende factoren bepalend zijn voor veilig seksueel gedrag van jonge homoseksuele mannen in Nederland. De centrale vraag van onderhavig onderzoek was daarom welke psychosociale factoren veilig seksueel gedrag bij jonge homoseksuele mannen in Nederland bevorderen of belemmeren. In eerste instantie wordt echter bekeken wat de prevalentie is van onveilige seks met de vaste en/of met de losse partners, en voorzover men onveilige seks beoefent, of men dat ten aanzien van mogelijke HIV-infectie ook zelf als onveilig ervaart.

Vervolgens komt de vraag aan de orde welke psychosociale factoren samenhangen met het al dan niet beoefenen van anale seks. Hoewel anale seks door middel van condoomgebruik veilig kan worden beoefend, is het van belang te onderzoeken welke jongeren ondanks de associatie met AIDS anale seks beoefenen en waarom. Onderzocht wordt welke van de volgende processen bij jongere homoseksuele mannen in dit verband doorslaggevend zijn.

Allereerst veronderstellen we dat de affectieve waarde van anale seks een rol speelt bij het al dan niet beoefenen daarvan. Daarnaast spelen negatieve attitudes en negatieve sociale normen ten aanzien van preventie door middel van afzien van anale seks mogelijk een rol. Bij het beoefenen van anale seks kan ook van belang zijn dat men condoomgebruik veilig genoeg vindt als bescherming tegen HIV-infectie, dat men condoomgebruik acceptabel als alternatief voor onbeschermd anale seks, of dat men de eigen-effectiviteit ten aanzien van condoomgebruik hoog inschat. Verder heeft men mogelijk een sterkere intentie om ter preventie van AIDS condooms te gebruiken dan om van anale seks af te zien, en is men hierin ook meer gemotiveerd. Ook het gebruik van alcohol en drugs kan er mogelijk toe bijdragen dat men niet afziet van anale seks.

Als er dan anale seks wordt beoefend, is het vervolgens de vraag wie absoluut geen en wie wel condooms gebruikt, en waarom. De laatste vraag is wie altijd condooms gebruikt en wie alleen in sommige gevallen. Op deze manier kan worden achterhaald welke factoren consistent condoomgebruik bevorderen.

Wat betreft condoomgebruik veronderstellen we dat eigen-effectiviteit een rol speelt, zowel eigen-effectiviteit ten aanzien van condoomgebruik als eigen-effectiviteit ten aanzien van veilig vrijen in het algemeen. Andere factoren die mogelijk van invloed zijn op condoomgebruik zijn: condoomgebruik acceptabel vinden, er veiligheid aan toekennen, positieve sociale normen ten aanzien van condoomgebruik, meer op condoomgebruik (dan op afzien van anale seks) gerichte intenties, en controle over de seksuele interactie. Wanneer vooral receptieve anale seks en in mindere mate insertieve anale seks als riskant wordt gezien, zou dat tot het achterwege laten van condoomgebruik bij insertieve anale seks kunnen leiden. Ook een zekere mate van risico-tolerantie, of de bereidheid om risico te accepteren (Weinstein en Nicolich, 1993), kan een rol spelen bij inconsistent condoomgebruik. Ook alcohol- en druggebruik hebben mogelijk invloed op condoomgebruik. Ten slotte kan het niet accepteren van de realiteit van het AIDS-risico een rol spelen. Als de teleurstelling omtrent de negatieve gevolgen van AIDS voor de eigen seksbeleving zwaarder weegt dan de angst voor AIDS, zal condoomgebruik een lagere prioriteit hebben (Hoekzema *et al.*, 1993).

Methoden

Gegevensverzameling

Vanaf oktober 1991 werden in Amsterdam binnen homoseksuele uitgaansgelegenheden, de SOA-polikliniek van de GG&GD, huisartspraktijken, sportscholen, sauna's, universiteiten, de NVIH/COC, en de Stichting Aanvullende Dienstverlening (inmiddels SAD/Schorerstichting) oproepen verspreid om aan dit onderzoek deel te nemen. Tevens werd wervende aandacht aan dit onderzoek besteed via de lokale radio en tv, werden advertenties geplaatst, en werden COC-leden uit de beoogde leeftijdsgroep aangeschreven (van den Bergh, 1992). Criteria voor deelname waren dat men in de laatste zes maanden met ten minste één mannelijke partner seks had gehad, en woonachtig was in Amsterdam of daar regelmatig uitging. In totaal hebben 154 mannen van 18 tot en met 30 jaar aan het onderzoek deelgenomen.

De gegevens werden verzameld tijdens een éénmalig en anoniem onderzoek dat meestal in een GG&GD-vestiging en in sommige gevallen in de buurt van uitgaansgelegenheden werd uitgevoerd. Eerst werd een mondelinge anamnese opgenomen ten aanzien van de gezondheidstoestand van de deelnemer, en werd bloed afgenomen ter bepaling van serologische parameters. De deelnemers konden in het kader van dit onderzoek overigens geen informatie omtrent hun eigen serostatus krijgen — indien zij dit wensten werden zij naar de reguliere test-instanties verwezen. Vervolgens werd een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Hierin werd naar het seksuele gedrag gevraagd, alsmede naar de psychosociale factoren die mogelijk een rol spelen bij het al dan niet beoefenen van veilige seks. Twee van de 154 respondenten hebben de vragenlijst onvolledig ingevuld en blijven buiten beschouwing.

De sociaal-demografische gegevens en HIV-seroprevalentie van de onderzochte groep zijn weergegeven in tabel 1. Van deze gegevens is vooral het hoge opleidingsniveau opvallend. Ter vergelijking: de enquête beroepsbevolking van 1992 van het CBS onder 103.000 respondenten geeft voor mannen tussen de 18 tot en met 30 jaar (gewogen gemiddelde van de categorieën 15-24 en 25-34 jaar): 46% basisonderwijs, MAVO of LBO; 41% HAVO, VWO of MBO; en 13% HBO of WO. Bij verdere analyses onderscheiden we overigens alleen degenen die HAVO of lagere opleiding hebben (23%), van degenen die ten minste VWO hebben (77%). Voor een nadere bespreking van de HIV-seroprevalentie en van overige SOA's verwijzen we naar de rapportage van het medische deel van dit onderzoek (Keet *et al.*, 1993).

Meetinstrumenten

Het merendeel van de theoretische concepten is in de schriftelijke vragenlijst met schalen bestaande uit meerdere items gemeten. De betrouwbaarheid daarvan wordt uitgedrukt met behulp van Cronbach's α .

De schaal "Eigen-effectiviteit ten aanzien van condoomgebruik" ($\alpha=.64$) bestaat uit vijf items (o.a.: "Hoe makkelijk vind je het om bij jezelf een condoom om te doen tijdens het vrijen?"). De schaal "Eigen-effectiviteit ten aanzien van veilig vrijen in het algemeen" ($\alpha=.72$) beslaat vier items (o.a.: "Hoeveel moeite kost het je om veilig te vrijen?" [omgedraaid]). De schaal "Controle over de seksuele interactie" ($\alpha=.63$) telt zes items (o.a.: "Hoe vaak laat je je wel eens neuken omdat de ander dat per sé wil?" [omgedraaid]). De schaal "Affectieve waarde van anale seks" ($\alpha=.78$) bestaat eveneens uit zes items (o.a.: "Geneukt worden (respectievelijk iemand neuken) geeft mij een zeer intens lichamenlijk genot"). De schaal die aangeeft in

Tabel 1. Sociaal-demografische gegevens van de 152 deelnemende Amsterdamse jonge mannen met homoseksuele contacten

	<i>M</i>	<i>sd</i>
<i>Leeftijd (jaar)</i>	25.1	3.2
	<i>n</i>	%
18 - 21	27	18%
22 - 26	67	44%
27 - 30	58	38%
<i>Opleiding</i>		
Basisonderwijs, MAVO of lager beroepsonderwijs	20	13%
HAVO, VWO of middelbaar beroepsonderwijs	72	48%
Wetenschappelijk of hoger beroepsonderwijs	59	39%
<i>Woonsituatie</i>		
Alleen (ook op kamers)	106	71%
Samen met een man	24	16%
Met ouder(s) of familie	8	5%
Overige	12	8%
<i>Etnische achtergrond</i>		
Nederlands	131	87%
Niet-Nederlands	19	13%
<i>Dagelijkse hoofdbezigheid</i>		
Noch studierend noch betaalde baan	18	12%
Studierend, geen betaalde baan	37	25%
Niet studierend, wel betaalde baan	64	42%
Studierend en betaalde baan	32	21%
<i>Relatievorm (laatste zes maanden)</i>		
Alléén vaste partner	20	13%
Zowel vaste als losse partners	66	43%
Alléén losse partners	66	43%
<i>HIVab serostatus</i>		
Negatief	147	95%
Positief	7	5%

welke mate anale seks met condoom wordt geaccepteerd als volwaardig alternatief voor onbeschermd anale seks ("condom-acceptability", $\alpha=.63$), bestaat uit zeven items (o.a.: "Als je neukt met een condoom voel je minder" [omgedraaid]). De sociale norm ten aanzien van afzien van anale seks ($\alpha=.56$) is geoperationaliseerd met vier items (o.a.: "Hoe negatief of positief vinden volgens jou je homoseksuele vrienden het om wanneer men seks heeft met iemand niet te neuken?"). De sociale norm ten aanzien van condoomgebruik ($\alpha=.60$) is met vier overeenkomstige vragen geoperationaliseerd. Naar alcohol- en druggebruik is op twee manieren gevraagd ("Vrij je wel eens als je alcohol, poppers of andere drugs hebt gebruikt?" en: "Gebruik je wel eens zoveel alcohol of drugs dat je niet meer zo goed weet wat er allemaal is gebeurd?"); en wel apart voor seksueel gedrag met de vaste als met losse partners. Deze vier factoren vertoonden onderling een zo sterke samenhang dat ze niet apart konden worden geanalyseerd, en zijn in een schaal samengevoegd ($\alpha=.65$).

Er is ook gevraagd naar de mate waarin men open is ten aanzien van de eigen homoseksualiteit (drie items, o.a.: "Ik vermijd in gesprekken het onderwerp homoseksualiteit" [omgedraaid], $\alpha=.66$), en naar de mate waarin men homoseksualiteit accepteert (vijf items, o.a.: "Ik zou het leuk vinden als mijn (eventuele) kinderen homoseksueel zouden zijn", $\alpha=.70$). De gemiddelde score op beide schalen is erg hoog (4.5 respectievelijk 4.0, waarbij 1=helemaal niet, en 5=helemaal wel van toepassing). Dit betekent dat de onderzochte groep zeer open is over de eigen homoseksualiteit, en de seksuele voorkeur in sterke mate accepteert. Mogelijk heeft bij de werving op deze factor zelf-selectie plaatsgevonden. In verband met de geringe spreiding in deze factoren worden ze in verdere analyses niet gebruikt.

Statistiek

Bij de verklaring van het vóórkomen van anale seks wordt in deze studie geen onderscheid gemaakt tussen insertieve en receptieve anale seks. De reden hiervoor is dat bij anale seks altijd een receptieve partner is betrokken en van transmissie sprake kan zijn, en dat ook de voorlichting dit onderscheid niet maakt. Evenmin wordt systematisch onderscheid gemaakt tussen het seksuele gedrag met de vaste en met de losse partners. De reden hiervoor is dat de deelnemers aan dit onderzoek aan het begin van hun seksuele loopbaan staan, en het daarmee waarschijnlijk is dat ook als "vast" benoemde relaties in veel gevallen van relatief korte duur zijn. Alleen wanneer daar aanleiding toe is worden eventuele verschillen tussen het gedrag met de vaste en het gedrag met de losse partners besproken.

Om te zien welke determinanten de doorslag geven bij de verklaring van het seksuele gedrag en daar direct mee samenhangen, zijn een aantal stapsgewijze multivariate regressie-analyses uitgevoerd (p -to-enter= p -to-remove=5%). Daarbij zijn telkens eerst de potentiële inhoudelijke determinanten als blok in de regressie-vergelijking opgenomen en vervolgens de sociaal-demografische gegevens (controlevariabelen). Op deze wijze wordt bekeken of de determinanten uit het eerste blok, gecorrigeerd voor de controlevariabelen, een directe samenhang hebben met het seksuele gedrag.

Voorafgaand aan de verschillende regressie-analyses is de correlatie-matrix van alle potentiële determinanten onderling berekend en gecontroleerd op collineariteit. De hoogste correlatie tussen potentiële determinanten onderling bedroeg $+0.50$ ($p<.01$), namelijk tussen de eigen-effectiviteit ten aanzien van veilig vrijen en de mate waarin men gemotiveerd is om met een nieuwe seksuele partner condooms te gebruiken. Van (extreme) collineariteit is daarom geen sprake.

Resultaten

Seksueel gedrag

Van degenen met een vaste partner ($n=84$), heeft 68% daar in de afgelopen zes maanden ook anale seks mee gehad (11% daarvan alleen receptief, 33% alleen insertief, 56% beide). Van degenen met losse partners ($n=132$), heeft 61% daar ook anale seks mee gehad (33% daarvan alleen receptief, 21% alleen insertief, 46% beide). Combineren we het gedrag met de vaste en de losse partners ($n=152$), dan beoefende 74% anale seks (19% daarvan alleen receptief, 23% alleen insertief, 58% beide, telkens bezien over de laatste zes maanden).

Van degenen die met een vaste partner anale seks hadden ($n=57$), gebruikte 32% nooit,

39% soms, en 30% daarbij altijd condooms. Bij anale seks met losse partners ($n=80$), gebruikte 9% nooit, 34% soms, en 58% daarbij altijd condooms. Onbeschermdde anale seks kwam met de vaste partner dus beduidend meer voor (48%, 40/84) dan met de losse partners (26%, 34/132). In de groep die zowel vaste als losse partners had ($n=64$), had 45% onbeschermdde anale seks met hun vaste partner, en 19% had dat met hun losse partners. Deze percentages verschillen significant van elkaar, binomiale McNemar test, $p < .01$. Van degenen die met vaste en/of losse partners anale seks beoefenden ($n=113$), gebruikte 17% nooit, 41% soms, en 42% altijd condooms. Dit betekent dat van de hele groep 43% (65/152) onbeschermdde anale seks heeft beoefend.

In het laatste jaar voorafgaand aan het onderzoek had men met gemiddeld 16.6 ($sd=27.4$, mediaan=7.0, $n=148$) mannelijke partners seksueel contact gehad. Voorzover men receptieve anale seks had gehad met losse partners, was dat met gemiddeld 4.2 partners ($sd=5.6$, mediaan=2.0, $n=53$, laatste zes maanden); voorzover men insertieve anale seks had gehad met losse partners, was dat met gemiddeld 2.9 partners ($sd=4.2$, mediaan=2.0, $n=62$, laatste zes maanden).

Onderzocht is in hoeverre de deelnemers het risico van hun eigen seksuele gedrag op de juiste manier inschatten ("accuracy of risk perception", Weinstein en Nicolich, 1993). Gevraagd is hoe groot men de kans schat dat men in de laatste zes maanden met HIV is geïnfecteerd. Van de hele groep gaf 26% aan ten minste een klein risico te hebben gelopen. Opmerkelijk is dat degenen die *nooit* condooms gebruikten ($n=19$), slechts in relatief weinig gevallen het risico erkenden (26% ten minste een klein risico). Degenen die *soms* condooms gebruikten ($n=46$), erkenden dit risico veel vaker (54%). Degenen die *altijd* condooms gebruikten ($n=47$) dachten in beduidend minder gevallen risico te hebben gelopen (15%), en degenen die geen anale seks hadden gehad ($n=39$) voelden zich duidelijk het veiligst (slechts 5% meende ten minste een klein risico te hebben gelopen). Deze verschillen zijn significant ($\chi^2(3)=31.2$, $p < .01$), en doen zich bij het gedrag met de vaste en de losse partners in vrijwel dezelfde mate voor. Dit betekent dat de onderzochte groep goed op de hoogte is van het risico van onbeschermdde anale seks.

Al dan niet beoefenen van anale seks

Een hoog ingeschatte eigen-effectiviteit ten aanzien van condoomgebruik hangt niet samen met het beoefenen van anale seks ($r = -.09$, *ns*). Anders gezegd, eventuele angst dat men er niet in zal slagen condooms in praktijk goed te gebruiken, weerhoudt jonge homoseksuele mannen er niet van om anale seks te beoefenen. Ook de mate van acceptatie van condooms speelt geen rol bij het beoefenen van anale seks ($r = -.05$, *ns*). Vooral degenen die met losse partners géén anale seks beoefenen, hebben in vergelijking met degenen die dat met losse partners wel doen, een hogere condoom-acceptatie ($r = -.20$, $p < .05$). Het lijkt erop dat degenen die met losse partners géén anale seks hebben en daarom geen condooms hoeven te gebruiken, de problemen met condoomgebruik onderschatten.

In tabel 2 is te zien dat bij bivariate analyse alle in de inleiding genoemde veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen psychosociale factoren en het beoefenen van anale seks worden bevestigd, met uitzondering van de determinanten in het blok motivatie en intentie. Daarnaast is het opvallend dat anale seks vooral werd beoefend door degenen met een relatief lage opleiding: van degenen met als opleiding HAVO of lager ($n=34$), beoefende 91% anale seks; van degenen met VWO of hoger ($n=117$) is dat 69%, $\chi^2(1)=6.6$, $p < .01$.

Kijken we specifiek naar het seksuele gedrag met losse partners, dan zien we een verschil

Tabel 2. Psychosociale determinanten van het beoefenen van anale seks onder 152 Amsterdamse jonge mannen met homoseksuele contacten. Nulde-orde correlatie-coëfficiënten en stapsgewijze multivariate regressie-analyse zonder (blok 1), en met (blok 2) controlevariabelen.

Determinanten	Anale seks beoefend? Correlatie	1=nee, 2=ja Regressie,	
		blok 1	blok 2
<i>Attitudes</i>			
Affectieve waarde van anale seks: 1=laag - 5=hoog (schaal, $\alpha = .78$)	.42**	.36**	.36**
Attitude t.a.v. afzien van anale seks: 1=negatief - 5=positief	-.24**		
Vertrouwen hebben in de veiligheid van condooms (bij nieuwe partner, "perceived product-efficacy"): 1=onveilig - 5=veilig	.30**	.21*	.21*
<i>Sociale normen</i>			
Sociale norm t.a.v. afzien van anale seks: 1=negatief - 5=positief (schaal, $\alpha = .56$)	-.21**		
<i>Motivatie en intentie</i>			
Subjectief belang t.a.v. veilig vrijen: 1=onbelangrijk - 5=belangrijk	.05		
Nieuwe partner: zou het je lukken om af te zien van receptieve anale seks? 1=nee - 3=ja, zeker (sterk gemotiveerd)	-.13		
Nieuwe partner: wat vind je de beste preventie: 1=afzien van anale seks, 2=condoomgebruik	.15		
<i>Barrières</i>			
Alcohol- of druggebruik: 1=nooit - 5=altijd (schaal, $\alpha = .65$)	.18**		
<i>Controlevariabelen</i>			
Etnische afkomst: 1=Nederland, 2=buiten Nederland	.09		
Leeftijd (jaar)	-.08		
Opleiding: 1=t.m. HAVO, 2=VWO/MBO/HBO/WO	-.21**		
Studerend? 1=nee, 2=ja	-.10		
Betaald werk? 1=nee, 2=ja	.15		
Vaste partner laatste zes maanden? 1=nee, 2=ja	.03		
Losse partners laatste zes maanden? 1=nee, 2=ja	.08		
Verklaarde variantie (gecorrigeerde F^2)		20%**	20%**

Noot Gerapporteerd wordt de correlatie-coëfficiënt respectievelijk de gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten. Bij schalen wordt de betrouwbaarheid daarvan weergegeven (Cronbach's α).

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

tussen degenen die de intentie hebben om met een nieuwe partner af te zien van anale seks, en degenen die de intentie hebben om met een nieuwe partner condooms te gebruiken. Van degenen die de intentie hadden om af te zien van anale seks ($n=81$), had 51% toch anale seks met losse partners gehad; van degenen die de intentie hadden om condooms te gebruiken ($n=37$), had 86% anale seks met losse partners gehad ($\chi^2(1)=13.9$, $p < .01$). Van degenen die in principe voor condooms zouden kiezen en anale seks met losse partners hebben gehad ($n=32$), heeft echter slechts 50% daar ook consistent condooms bij gebruikt. Bij degenen die in principe voor afzien van anale seks zouden kiezen, maar toch met losse partners anale

seks hebben gehad ($n=41$), is het percentage dat daar consistent condooms bij heeft gebruikt iets hoger, 61% ($\chi^2(2)=1.1$, *ns*). Hierdoor hebben degenen die in principe voor condoomgebruik zouden kiezen, in praktijk in meer gevallen onbeschermdde anale seks met losse partners gehad (43%, 16/37), dan degenen die in principe zouden afzien van anale seks (20%, 16/81, $\chi^2(1)=7.1$, $p<.01$).

Degenen die naast losse partners ook een vaste partner hadden, beoefenden met die losse partners minder vaak anale seks dan degenen die alléén maar losse partners hadden ($r=-.25$, $p<.01$). Degenen die naast hun vaste partner ook losse partners hadden, beoefenden met hun vaste partner echter even vaak anale seks als degenen die alléén maar een vaste partner hadden ($r=+.03$, *ns*).

Multivariaat blijkt dat het wel of niet beoefenen van anale seks primair wordt bepaald door de vraag of men al dan niet van anale seks houdt. Overwegingen omtrent veilige seks komen pas op de tweede plaats. Alleen wanneer men condooms niet veilig genoeg vond (lage "perceived product-efficacy"), trachtte men het ervaren risico op HIV-infectie te elimineren door helemaal geen anale seks (meer) te beoefenen. De controlevariabelen hangen multivariaat niet samen met het al dan niet beoefenen van anale seks.

Condoomgebruik bij anale seks

De groep die absoluut geen condooms gebruikte en de groep die dat (soms of altijd) wel deed, zijn op geen enkele inhoudelijke determinant significant verschillend van elkaar. Dit geldt zowel voor de bivariate als de multivariate analyses. Bij de controlevariabelen zien we alleen dat degenen die betaald werk hadden in meer gevallen absoluut geen condooms gebruikten ($\beta=-.23$, $p<.05$), en dat degenen die (ook) losse partners hadden in meer gevallen wel (soms of altijd) condooms gebruikten ($\beta=+.37$, $p<.01$).

Verondersteld werd dat de prijs van condooms mogelijk een barrière vormt om over te gaan op (consistent) condoomgebruik. Er blijkt in dit opzicht echter geen verschil te zijn tussen degenen die niet en degenen die wel condooms gebruikten. Kijken we specifiek naar de condoomgebruikers, dan blijkt dat de prijs meer een probleem wordt gevonden door degenen die (met losse partners) altijd condooms gebruikten, dan door degenen die soms condooms gebruikten ($r=+.35$, $p<.01$). Dit betekent dat voor de consistente gebruikers de prijs geen doorslaggevende barrière vormde — het is eerder zo dat men *ondanks* de prijs altijd condooms gebruikte. Er bestaat daarmee echter reëel gevaar dat op termijn de goede intenties onder druk komen te staan van de financiële consequenties daarvan.

Bij het gedrag met de losse partners blijkt dat degenen die soms condooms gebruikten *meer* vertrouwen hadden in de veiligheid van condooms (hogere "perceived product-efficacy"), dan degenen die altijd condooms gebruikten ($r=-.29$, $p<.05$). Mogelijk kiezen sommige mannen ervoor om door te gaan met (beschermdde) anale seks omdat zij condooms in principe een ideale en veilige vorm van preventie vinden, maar onderschatten ze de praktische en interactionele problemen die daarbij een rol kunnen spelen. Minder vertrouwen hebben in de veiligheid van condooms leidt dus niet tot de attitude: "Condooms helpen toch niet, dus waarom zou ik ze gebruiken", en daarmee tot onbeschermdde anale seks. Zoals boven bleek, leidt weinig vertrouwen in condooms eerder tot afzien van anale seks.

Tabel 3. Psychosociale determinanten van consistent condoomgebruik in vergelijking tot inconsistent condoomgebruik onder 94 Amsterdamse jonge mannen met homoseksuele contacten die anale seks beoefenen. Nulde-orde correlatie-coëfficiënten en stapsgewijze multivariate regressie-analyse zonder (blok 1), en met (blok 2) controlevariabelen.

Determinanten	Condoomgebruik: 1=niet consistent, 2=consistent		
	Correlatie	Regressie, blok 1 blok 2	
<i>Eigen-effectiviteit en controle seksuele interactie</i>			
Eigen-effectiviteit condoomgebruik:			
1=laag - 5=hoog (schaal, $\alpha=.64$)	+.32**		
Eigen-effectiviteit veilig vrijen algemeen:			
1=laag - 5=hoog (schaal, $\alpha=.72$)	+.49**	+.45**	+.40**
Controle over seksuele interactie:			
1=weinig - 5=veel (schaal, $\alpha=.63$)	+.23**		
<i>Risicobeleving</i>			
1=vindt insertieve en receptieve anale seks even riskant,			
2=vindt receptieve anale seks meer riskant	-.32**	-.25*	-.27**
Bereidheid risico te accepteren: 1=niet - 3=wel	-.33**		
<i>Attitudes</i>			
Condoom-acceptatie: 1=laag - 5=hoog (schaal, $\alpha=.63$)	+.31**		
Vertrouwen hebben in de veiligheid van condooms (bij nieuwe partner, "perceived product-efficacy"): 1=onveilig - 5=veilig	+.01		
<i>Sociale normen</i>			
Sociale norm t.a.v. condoomgebruik:			
1=negatief - 5=positief (schaal, $\alpha=.60$)	+.20*		
<i>Motivatie en intentie</i>			
Subjectief belang t.a.v. veilig vrijen: 1=onbelangrijk - 5=belangrijk	+.11		
Nieuwe partner: zou het je lukken om een condoom te gebruiken?			
1=nee - 3=ja, zeker (sterk gemotiveerd)	+.30**		
Nieuwe partner: wat vind je de beste preventie:			
1=afzien van anale seks, 2=condoomgebruik	-.03		
<i>Barrières</i>			
Alcohol- of druggebruik: 1=nooit - 5=altijd (schaal, $\alpha=.65$)	-.03		
Wordt je plezier in seks door AIDS verminderd?			
1=nee, 4=ja, heel erg verminderd	-.23**		
<i>Controlevariabelen</i>			
Etnische afkomst: 1=Nederland, 2=buiten Nederland	+.03		
Leeftijd (jaar)	-.01		
Opleiding: 1=t.m. HAVO, 2=VWO/MBO/HBO/WO+.29**	+.25**		
Studerend? 1=nee, 2=ja	+.17		
Betaald werk? 1=nee, 2=ja	-.08		
Vaste partner laatste zes maanden? 1=nee, 2=ja	-.22*		-.27**
Losse partners laatste zes maanden? 1=nee, 2=ja	+.09		
Verklaarde variantie (gecorrigeerde F^2)		28%**	39%**

Noot Gerapporteerd wordt de correlatie-coëfficiënt respectievelijk de gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten. Bij schalen wordt de betrouwbaarheid daarvan weergegeven (Cronbach's α).

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

In tabel 3 is te zien dat de meeste factoren waarvan werd verondersteld dat ze mogelijk een rol spelen bij condoomgebruik, in praktijk duidelijk onderscheid maken tussen inconsistente en consistente condoomgebruikers. Opvallend is dat in tegenstelling tot wat bij het beoefenen van anale seks werd gevonden, de sterkte van de motivatie om condooms te gebruiken is gerelateerd aan het consistente gebruik ervan. Eveneens in tegenstelling tot de analyse van het beoefenen van anale seks, blijkt alcohol- of druggebruik geen rol te spelen in condoomgebruik. Ten slotte is van belang dat "teleurstelling omtrent AIDS" significant samenhangt met inconsistent condoomgebruik. Als de aandacht niet zozeer lag bij de te voorkómen dreiging van AIDS, maar bij het gemiste plezier in seks als gevolg van die dreiging, gebruikte men in minder gevallen altijd condooms.

Uit de multivariate regressie-analyse komt naar voren dat eigen-effectiviteit ten aanzien van veilig vrijen in dit opzicht de belangrijkste rol speelt. Daarnaast is de overweging dat insertieve anale seks minder riskant is dan receptieve anale seks een belangrijke belemmering voor consistent condoomgebruik. Deze samenhang, die zich vooral bij het gedrag met de vaste partners voordoet, is bij insertieve en bij receptieve anale seks echter min of meer gelijk. De veronderstelling dat degenen die vooral receptieve anale seks riskant vinden bij die variant wel altijd condooms gebruiken en bij insertieve anale seks niet, wordt niet bevestigd. Vermoedelijk is een verschil in risicobeleving tussen insertief en receptief niet zozeer oorzaak van inconsistent condoomgebruik, maar leidt inconsistent condoomgebruik tot een gedifferentieerde risicobeleving. Met andere woorden, degenen die altijd condooms gebruiken ervaren geen verschil in risico tussen insertief en receptief; degenen die ook onbeschermd anale seks hebben, maken dat verschil wel, mogelijk omdat dat voor hen veel belangrijker is. Aangezien deze risico-inschatting daarmee een gevolg zou zijn van gedrag, zijn de analyses nogmaals zonder deze determinant uitgevoerd. Verrassend genoeg blijkt dan dat naast de eigen-effectiviteit geen enkele andere psychosociale factor bijdraagt aan de verklaring van soms dan wel altijd condoomgebruik.

Deze samenhangen worden niet wegverklaard als in de regressie-vergelijking ook controlevariabelen worden opgenomen (blok 2). Opmerkelijk daarbij is evenwel dat ook als voor alle andere factoren wordt gecorrigeerd, opleiding in sterke mate is gerelateerd aan consistent condoomgebruik. Bij degenen met een opleiding tot en met HAVO is van de condoomgebruikers 27% (7/26) een consistente gebruiker; bij degenen met een opleiding van VWO of hoger is dat 60% (40/67, $\chi^2(1)=8.1$, $p<.01$). Daarnaast zien we dat het hebben van een vaste partner ook multivariaat is gerelateerd aan inconsistent condoomgebruik.

Discussie

Anale seks en condoomgebruik in onderzochte groep

Anale seks blijkt bij jonge homoseksuele mannen vooral te worden beoefend door degenen met een relatief lage opleiding. Daarbij speelt de affectieve waarde die men aan anale seks toekent inhoudelijk de belangrijkste rol. Pas in tweede instantie komt de mate waarin men vertrouwen heeft in de beschermende werking van condooms in beeld. Het niet beoefenen van anale seks wordt ook bepaald door een positieve attitude ten aanzien van afzien van anale seks, alsmede door positieve sociale normen ten aanzien van afzien van anale seks. Ten slotte is er een samenhang tussen alcohol- en druggebruik en het wel beoefenen van anale seks. Multivariate analyses tonen aan dat de factor die het meest bepalend is voor het

beoefenen van anale seks de affectieve waarde is die men aan deze techniek toekent; daarnaast blijkt ook in de multivariate analyse dat een relatief lage waargenomen veiligheid van condooms er toe kan leiden dat men afziet van het beoefenen van anale seks.

Het aantal mannen dat nooit condooms gebruikt als ze anale seks hebben, is relatief klein en vermoedelijk mede daardoor niet goed vanuit de psychosociale factoren te verklaren. In vergelijkbaar onderzoek onder oudere homoseksuele mannen (Hoekzema *et al.*, 1994), werd gevonden dat überhaupt enig condoomgebruik bij de *vaste* partner vooral werd verklaard door de intentie en motivatie om bij een vaste partner condooms te gebruiken, en uit de kans die men ervaarde dat een vaste partner seropositief zou kunnen zijn. Bij de *losse* partners waren vooral van belang de condoom-acceptatie, persoonlijke en situationele barrières bij condoomgebruik, en de intentie en motivatie om bij losse partners condooms te gebruiken. In het onderhavige onderzoek is niet gevraagd naar de mening van de respondent omtrent hoe waarschijnlijk hij het acht dat zijn vaste of losse partners seropositief zijn. Mogelijk speelt deze factor ook bij jonge homoseksuele mannen een rol in de overgang van nooit naar enig condoomgebruik.

Een relatief lage opleiding blijkt een belangrijke rol te spelen bij inconsistent condoomgebruik. Daarnaast gebruikten degenen met een vaste partner in meer gevallen niet altijd condooms dan degenen zonder vaste partner. De inhoudelijke factoren die samenhangen met consistent condoomgebruik zijn: de eigen-effectiviteit ten aanzien van condoomgebruik en veilig vrijen, de ervaren controle over de seksuele interactie, de mate waarin men anale seks met condoom een acceptabel alternatief vindt voor anale seks zonder condoom, positieve sociale normen ten aanzien van condoomgebruik, en de mate waarin men gemotiveerd is om met een nieuwe partner condooms te gebruiken. De factoren die een rol spelen bij inconsistent condoomgebruik zijn: een onderschatting van het risico van insertieve anale seks, de bereidheid om een zeker risico te accepteren, en de mate waarin men vindt dat AIDS het plezier in seks vermindert. Uit de multivariate analyse blijkt dat de eigen-effectiviteit ten aanzien van veilig vrijen een doorslaggevende rol speelt. Daarnaast blijkt dat degenen die niet altijd condooms gebruiken aan receptieve anale seks meer risico toekennen dan degenen die dat wel altijd doen.

Vergelijking met andere groepen

De gevonden resultaten wijken niet fundamenteel af van vergelijkbaar onderzoek onder oudere homoseksuele mannen (Hoekzema *et al.*, 1994; de Vroome, 1994; de Wit *et al.*, 1991). Opmerkelijk is echter dat de factoren die soms in de ene en soms in de andere onderzoeksgroep worden gerapporteerd, in de onderhavige onderzoeksgroep tegelijkertijd een rol lijken te spelen. Daarnaast zijn de gevonden samenhangen over het algemeen sterker dan in vergelijkbaar onderzoek bij oudere homoseksuele mannen. De mate waarin men bereid is risico te accepteren, is de enige factor die in het onderhavige onderzoek een rol speelt bij inconsistent condoomgebruik welke niet in ander onderzoek is gevonden. Hoewel deze factor alleen in bivariate analyse significant was, lijkt een hogere risico-tolerantie specifiek bij jonge homoseksuele mannen een belangrijke factor te zijn die condoomgebruik in de weg staat.

Restricties

Onduidelijk is in hoeverre de bestudeerde groep representatief is voor Amsterdamse (of Nederlandse) jonge mannen met homoseksuele contacten in het algemeen. De onderzochte

jongeren zijn immers voor een belangrijk deel geworven via de uitgaanscultuur, hun opleiding is relatief hoog, en ze hadden vrijwel geen problemen met hun homoseksualiteit. Met name van belang is dat de onderzochte jongeren niet representatief zijn wat opleiding betreft, aangezien opleiding bleek te differentiëren in seksueel gedrag. Op grond hiervan kan worden verwacht dat de prevalentie van onveilige seks onder jonge homoseksuele mannen buiten de onderzochte groep hoger is dan hier gevonden. Ook kan worden verwacht dat jongeren met persoonlijke of sociale problemen rond homoseksualiteit het moeilijker vinden om altijd veilig te vrijen, of zich überhaupt minder bewust zijn van het AIDS-risico. Van belang is echter dat de hier gepresenteerde resultaten vooral weergeven welke factoren binnen de hier onderzochte groep een rol spelen in het seksuele gedrag. Verwacht kan worden dat interne analyses naar samenhangen in mindere mate worden beïnvloed door de specifieke steekproef, dan onderzoek naar bijvoorbeeld de prevalentie van onveilige seks als zodanig.

Verder onderzoek

In toekomstig uit te voeren onderzoek onder jonge homoseksuele mannen zouden met name enkele beperkingen van deze studie moeten worden ondervangen. Uiteraard zou allereerst getracht moeten worden meer respondenten te werven met een relatief lage opleiding, alsmede respondenten die relatief minder makkelijk omgaan met hun homoseksualiteit. Aangezien gevonden is dat de betekenis van anale seks een belangrijke rol speelt in het beoefenen van anale seks, zou hier in verder onderzoek meer genuanceerde aandacht aan moeten worden besteed. Van groot belang daarbij is de vraag op welke manier de betekenis van anale seks tot stand komt, en of deze betekenis in de loop der jaren aan verandering onderhevig is. Opmerkelijk is dat slechts in zeer geringe mate kon worden verklaard waarom jongeren al dan niet overgaan van nooit op überhaupt enig condoomgebruik. Onder meer de veronderstelling dat hierbij een rol speelt hoe groot men de kans acht dat een seksuele partner seropositief is, zou nader moeten worden onderzocht.

Voorlichting

Ondanks de beperkingen biedt deze studie een aantal relevante aanknopingspunten voor voorlichting onder jongeren met homoseksuele contacten. Over het algemeen schat men het risico van het eigen seksuele gedrag op de juiste manier in. Er is echter een kleine groep die nooit condooms gebruikt en desondanks van mening is maar weinig risico te lopen. Voor deze laatste groep is het essentieel om in de voorlichting aandacht aan het risico van onbeschermd anale seks te besteden. Voor de grootste groep echter, geldt dat zij niet meer sec op het risico van onbeschermd anale seks hoeven te worden gewezen. Aan één belangrijke factor voor gedragsverandering volgens het Health Belief Model (Janz en Becker, 1984), erkenning van het risico, is voor de grootste groep voldaan.

Voor de voorlichting is het verder van belang dat condoomgebruik en het afzien van anale seks twee verschillende soorten gedrag zijn, die ook bij jonge homoseksuele mannen door verschillende factoren worden bevorderd. Voorafgaand aan groot- of kleinschalige interventies moet dan ook een strategische keuze worden gemaakt op welk van beide soorten preventief gedrag in de voorlichting het accent moet worden gelegd. Deze keuze dient zowel gebaseerd te zijn op een analyse van het huidige gedrag, als op de mogelijkheden voor alternatief gedrag binnen de betrokken doelgroep. Bij de hier onderzochte groep leek vooral *consistent* condoomgebruik een probleem te zijn, en zou vooral daar aandacht aan moeten

worden besteed. Daarbij zou specifieke aandacht moeten worden besteed aan de doelgroep van jonge homoseksuele mannen met een relatief lagere opleiding. Inhoudelijk zou daarbij vooral aandacht moeten worden besteed aan de eigen-effectiviteit, het verhogen van het vertrouwen in het eigen kunnen.

Het al dan niet hebben van anale seks wordt sterk bepaald door de affectieve waarde die men daar aan hecht. Eerder werd al gerapporteerd dat de voorkeur voor anale seks bovendien relatief vroeg lijkt vast te liggen, aangezien dat van degenen die ooit anale seks hadden gehad, 70% (92/131) aangaf dat ze hun eerste ervaringen met anale seks (erg) prettig vonden. Daarnaast blijkt dat of ze het toen prettig vonden, in sterke mate bepaalt of ze ook momenteel anale seks beoefenen (van den Bergh *et al.*, 1993). In verband met deze bevindingen lijken er weinig mogelijkheden te zijn om jongeren op grote schaal te doen afzien van anale seks. Los daarvan zouden degenen die geen anale seks beoefenen, hetzij omdat dat niet hun voorkeur heeft, hetzij vanwege de AIDS-dreiging, zich echter ondersteund moeten blijven voelen in de verschillende voorlichtingsuitingen.

Dankwoord

Voor hun belangrijke bijdrage aan deze studie gaat specifieke dank uit naar Ron Hopster, Nel Albrecht en Leo Schenk. De auteurs zijn ook de respondenten zeer erkentelijk voor hun deelname aan het onderzoek. Financiële ondersteuning werd gegeven door het Praeventiefonds, projectnummer 28-2150.

Literatuur

- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS-infection. In: V.M. Mays, G.W. Albee en S.F. Schneider (eds.) *Primary Prevention of AIDS* (pp. 128-141). Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Bergh, H. van den (1992). 'Je Even Bloot Geven' want het gaat ons allen aan. *Verslag van de werving van respondenten, eerste periode*. Interfacultaire Werkgroep Homostudies, Rijksuniversiteit Utrecht, Utrecht.
- Bergh, H.S.P. van den, I.P.M. Keet, J.A.R. van den Hoek en Th.G.M. Sandfort (1993). First experiences with anal intercourse: Specific risks for young gay men. *IX International Conference on AIDS, Berlin: June 6-11* (D06-3595).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (oktober 1993). Onderwijs en arbeid 1992. *Mededelingen CBS, No. 7936*: 6.
- Davies, P.M., P. Weatherburn, A.J. Hunt, F.C.I. Hickson, T.J. McManus en A.P.M. Coxon (1992). The sexual behavior of young gay men in England and Wales. *AIDS Care, 4*: 259-272.
- Flora, J.A. en C.E. Thoresen (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist, 43*: 965-970.
- Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (1994). Epidemiologie, AIDS in Nederland: Kwartaaloverzicht per 1 januari 1994. *AIDS-bestrijding, 15*: 8-9.
- Hays, R.B., S.M. Kegeles en T.J. Coates (1990). High HIV risk-taking among young gay men. *AIDS, 4*: 901-907.
- Hoekzema, C.J., M.M.P. van Hooren en Th.G.M. Sandfort (1993). *Vrijen met je sokken aan: Homoseksuele mannen en condoomgebruik*. Homostudies/ISOR, Universiteit Utrecht. Publikatiereeks Homostudies Utrecht, dl. 23.
- Hoekzema, C.J., M.M.P. van Hooren, E.M.M. de Vroome en Th.G.M. Sandfort (1994). Test of a path-analytic model of condom use among homosexual men. (Submitted).
- Janz, N.K. en M.H. Becker (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*: 1-47.
- Keet, I.P.M., H.S.P. van den Bergh, G.J.P. van Griensven, R.A. Coutinho, Th.G.M. Sandfort en J.A.R. van den Hoek (1993). HIV-infectie en riskant seksueel gedrag onder jonge homoseksuele mannen te

- Amsterdam, 1992. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137: 2709-2712.
- Kelly, J.A., J.S. St. Lawrence, T.L. Brasfield, A. Lemke, T. Amidei, R.E. Roffman, H.V. Hood, J.E. Smith, H. Kilgore en C. McNeill Jr (1990). Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 117-120.
- Kok, G.J. en Th.G.M. Sandfort (1991). AIDS-preventie, voorlichting en gedragsverandering. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 46: 238-251.
- McCusker, J., A.M. Stoddard, M. McDonald, J.G. Zapka en K.H. Mayer (1992). Maintenance of behavioral change in a cohort of homosexually active men. *AIDS*, 6: 861-868.
- Rotheram-Borus, M.J. en C. Koopman (1991). Sexual risk behavior, AIDS knowledge, and beliefs about AIDS among predominantly minority gay and bisexual male adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 3: 305-312.
- Vroome, E.M.M. de (1994). *AIDS-voorlichting onder homoseksuele mannen: Diffusie van veilig vrijen in Nederland (1986-1989)*. Proefschrift, Universiteit Utrecht. Thesis Publishers, Amsterdam.
- Weatherburn, P., A.J. Hunt, P.M. Davies, A.P.M. Coxon, T.J. McManus (1991). Condom use in a large cohort of homosexually active men in England and Wales. *AIDS Care*, 3: 31-41.
- Weinstein, N.D. en M. Nicolich (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology*, 12: 235-245.
- Wit, J.B.F. de, T.G.M. Sandfort, E.M.M. de Vroome, G.J.P. van Griensven en R.A.P. Tielman (1991). Determinanten van veilig en onveilig seksueel gedrag bij mannen met homoseksuele contacten. Een cross-sectionele verkenning. In: R.W. Meertens, A.P. Buunk en R. van der Vlist (red.) *Sociale Psychologie & Voorlichting en Maatschappelijke Problemen* (pp. 29-40). VUGA Uitgeverij B.V., 's-Gravenhage.
- Wit, J.B.F. de, G.J.P. van Griensven, G.J. Kok en Th.G.M. Sandfort (1993). Why do homosexual men relapse into unsafe sex? Predictors of resumption of unprotected anogenital intercourse with casual partners. *AIDS*, 7: 1113-1111.

Summary

Young homosexual men: psychosocial determinants of unsafe sexual behavior

The purpose of this study was to gain more knowledge about the sexual behavior of young homosexual men, and to enhance AIDS-educational activities among this group. In 1991 and 1992, data were collected among 152 young Amsterdam homosexual men. Questions were asked about their sexual behavior, as well as about several psychosocial factors which might be related to their sexual behavior. Additionally, a bloodsample was collected and examined for STDs and HIV-antibodies. Safe and unsafe sexual behavior could satisfactory be explained by psychosocial factors. The affective value attached to anal sex was a strong determinant of practicing anal sex, despite the AIDS-risk. Nevertheless, in case little confidence was present with regard to the protective qualities of condoms, anal sex was often not practiced. Consistent condom use appeared to be specifically furthered by self-efficacy in practicing safe sex. To stimulate (consistent) condom use in this group, much attention should therefore be paid to self-efficacy. Given the power of the preference for anal sex in determining this technique, there seem to be little possibilities to have young people refrain from anal sex on a large scale. Nevertheless, those who show less interest in anal sex and for that reason or (also) because of AIDS do not practice anal sex, should be supported in this behavior through educational activities.