

Aidspreventie en Gezondheidsvoorlichting

Citation for published version (APA):

Kok, G. (1994). *Aidspreventie en Gezondheidsvoorlichting*. Maastricht University.
<https://doi.org/10.26481/spe.19940304gk>

Document status and date:

Published: 04/03/1994

DOI:

[10.26481/spe.19940304gk](https://doi.org/10.26481/spe.19940304gk)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

095

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK RU LIMBURG



0313 3087

mg
VAC
g32

Aidspreventie en Gezondheidsvoorlichting

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het bijzonder hoogleraarschap in de aidspreventie en gezondheidsvoorlichting vanwege de Stichting Aids Fonds aan de Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg op vrijdag 4 maart 1994 door

Prof. Dr G. J. Kok

ISBN 90-73522-10-2

(© copyright G.J. Kok)

DEZE UITGAVE IS MOGELIJK GEMAAKT DOOR DE STICHTING AIDS FONDS

115 75122X

Planmatige gezondheidsvoorlichting over aids

Gezondheidsvoorlichting ten behoeve van aidspreventie is een planmatige activiteit die onderdeel uitmaakt van een breder gezondheidsbevorderend aidspreventiebeleid (Green & Kreuter, 1991; Damoiseaux, van der Molen & Kok, 1993). Om spraakverwarring te vermijden zullen we eerst de termen definiëren. In een breed beleid voor gezondheidsbevordering onderscheiden we globaal drie doelen en drie middelen. De drie doelen zijn: primaire preventie, vroege opsporing en behandeling, en zorg en steun voor patiënten. Primaire preventie heeft alleen zin als we weten wat de oorzaken van het aidsprobleem zijn, bij aids is dat nadrukkelijk het geval; vroege opsporing en behandeling heeft alleen zin als er een werkzame vroegbehandeling is, bij aids is dat thans nog niet het geval.

(Terzijde: Nederland voert terecht een beleid waarin testen niet wordt aangemoedigd.) De drie middelen zijn: voorlichting, voorzieningen en regelgeving. De nadruk ligt bij ons perspectief op de niet-medische activiteiten. Voorlichting is gebaseerd op vrijwillige gedragsverandering; regelgeving forceert gewenst gedrag en is alleen zinvol wanneer er controle mogelijk is. Dat laatste is bij aidspreventie nauwelijks het geval. Gezondheidsbevordering is dus de integrale aanpak van het gezondheidsprobleem, onder primaire preventie vallen alle activiteiten die ertoe bijdragen dat het probleem -in dit geval besmetting- niet optreedt en onder voorlichting vallen alle activiteiten die gebaseerd zijn op vrijwillige gedragsverandering via communicatie, informatieverwerking en leren. In brede zin wordt het woord preventie gebruikt voor alle drie de doelen, in enge zin alleen voor primaire preventie.

Gezondheidsvoorlichting ten behoeve van aidspreventie is een planmatige activiteit die in stappen verloopt. We beginnen met de analyse van het probleem: hoe ernstig is aids en hoe vaak komt het voor? De tweede stap is de analyse van het gedrag: door welk gedrag wordt aidsbesmetting veroorzaakt en met welk gedrag kan het worden voorkómen? De volgende stap is de analyse van de determinanten van het gewenste en ongewenste gedrag: waarom gebruiken sommigen consequent condoms en anderen niet? De vierde stap is de ontwikkeling van een interventie, eventueel gezondheidsvoorlichting, waarmee wordt geprobeerd veilig

gedrag te bevorderen. De vijfde en laatste planningsstap is de implementatie van die interventie op grote schaal. Tenslotte evalueren we of alle planningsstappen genomen zijn zoals bedoeld en of het probleem is gereduceerd. Dat laatste is vaak ondoenlijk omdat de tijd tussen gedragsverandering en probleemreductie te groot is. Als wij er vandaag in zouden slagen om iedereen in Nederland consequent veilig te laten vrijen, dan duurt het nog vele jaren voordat we een duidelijke teruggang zien in het aantal aidsdiagnoses. (Terzijde: een toe- of afname in aidsdiagnoses is een reflectie van gedragingen die gemiddeld tenminste tien jaar geleden plaatsvonden en vormt dus een zeer inadequaat criterium voor huidig beleid.) Een haalbaar criterium voor evaluatie is gedragsverandering: zijn mensen zich veiliger gaan gedragen. Mogelijk kan ook de seroprevalentie een evaluatiecriterium zijn, maar dan hebben we veel meer gegevens nodig dan thans in Nederland voorhanden zijn.

De eerste twee stappen in de planning, probleem en gedrag, zijn vooral het terrein van de epidemiologie, daarna komen de gedragswetenschappers aan bod, speciaal wanneer het om een voorlichtingsinterventie gaat. (Terzijde: epidemiologen kunnen zich dus beter bij hun leest houden en zich niet met interventieontwikkeling bemoeien.) Bij de opeenvolgende stappen: determinanten, interventie, implementatie en evaluatie, is steeds veel theoretische en empirische kennis beschikbaar; niet altijd direct op het terrein van aids, maar wel op andere vergelijkbare terreinen. Planmatigheid in de voorlichting is geen academische hobby maar een praktische noodzaak. Uit de literatuur over effecten van gezondheidsvoorlichting blijkt dat voorlichtingsinterventies alleen dan effect hebben wanneer de kwaliteit van de planning goed is (Mullen, Green & Persinger, 1985).

In het volgende zal ik een viertal onderwerpen beschrijven die de komende jaren door onze groep worden bestudeerd. Op het terrein van de zorg en steun voor de patiënt is dat het onderwerp stigmatisering van mensen met aids en van seropositieven. Op het terrein van de primaire preventie zijn dat de onderwerpen: aidspreventie in ontwikkelingslanden, aidspreventie bij homoseksuelen en aidspreventie bij adolescenten. U begrijpt dat ik dit niet alleen doe. Het werk op het terrein van stigmatisering gebeurt door collega Anton Dijker in samenwerking

met collega's van de Universiteit van Amsterdam. Het werk op het terrein van de ontwikkelingslanden gebeurt door collega Bart van den Borne in samenwerking met de Landbouwniversiteit Wageningen en met onderzoekers in ontwikkelingslanden zoals Zimbabwe en Zuid-Afrika. Het werk op het terrein van de homomannen gebeurt door collega Harm Hospers in samenwerking met de SAD-Schorerstichting en de Rijksuniversiteit Utrecht. Het werk op het terrein van de adolescenten, tenslotte, gebeurt door collega Herman Schaalma in samenwerking met het Landelijk Centrum GVO en de SOA Stichting.

De genoemde vier onderwerpen zijn zeker niet zonder meer de meest relevante onderwerpen op het terrein van de aidspreventie en gezondheidsvoorlichting.

Er zijn andere onderwerpen denkbaar, zoals aidspreventie bij de grote groep heteroseksuelen, bij IV-druggebruikers, de rol van lokale aidspreventie in de decentralisering, of de organisatie van grootschalige screening wanneer er een vroegbehandeling beschikbaar komt. Dat wij in onze groep met deze vier onderwerpen bezig zijn is het resultaat van een combinatie van specifiek aanwezige deskundigheid op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en de toegepaste sociale psychologie, het al of niet plaatshebben van onderzoek elders, en de hoge praktische relevantie van deze vier thema's. Dat laatste blijkt ook uit de nauwe en zinvolle samenwerking met veldorganisaties.

Stigmatisering van mensen met aids en seropositieven

De laatste acht jaren is er veel survey-onderzoek gedaan naar opvattingen en attitudes met betrekking tot aids (Karlheinz & Melich, 1992; Herek & Glunt, 1993; Rogers, Singer & Imperio, 1993). Alles wijst erop dat de attitudes jegens mensen met aids, in vergelijking met de attitudes jegens mensen met andere chronische ziekten, negatief -en vaak zelf uiterst negatief- zijn. We zien bijvoorbeeld dat mensen negatieve eigenschappen toeschrijven aan aidspatiënten, ze verantwoordelijk stellen voor hun eigen conditie, alledaagse contacten vermijden, een overdreven inschatting maken van besmettingsrisico's in alledaags contact, wettelijke maatregelen propageren om met aids besmette personen te identificeren

en te isoleren en, tenslotte, gevoelens aangeven van angst, afkeer en boosheid. Uit het beschikbare onderzoek weten we dat dezelfde verschijnselen zich in Nederland voordoen (Schaalma, Kok & Peters, 1993a) en de overheid tracht dan ook middels z.g. begripscampagnes stigmatisering tegen te gaan. (Terzijde: de beslissing van de Programmacoördinatiecommissie Aidsonderzoek (PccAO) om onderzoek naar stigmatisering niet te subsidiëren vanwege gebrek aan maatschappelijke relevantie is in dit verband zeldzaam kortzichtig.)

We leven in een land waarin stigmatisering van mensen met aids en seropositiviteit als onwenselijk gedrag wordt gezien. Niet in alle landen is dat zo, met als belangrijkste voorbeeld de USA. Er zijn nog twee andere redenen om speciaal aandacht te besteden aan de bestrijding van stigmatisering. In de eerste plaats is er in de aidspreventieve voorlichting -terecht- zeer veel aandacht voor de manieren om besmetting te voorkomen. Dat kan als bijverschijnsel hebben dat mensen die besmet zijn, verantwoordelijk gesteld worden voor deze conditie (Schaalma, e.a., 1993a). In de tweede plaats kan stigmatisering van anderen leiden tot een onderschatting van het eigen risico en zo riskant gedrag stimuleren.

Waarom worden mensen met aids gestigmatiseerd? In de literatuur tot nu toe zien we langzaam een beeld ontstaan waarin twee verklaringen opkomen. In de eerste plaats is er de inschatting van een kans op besmetting in alledaags contact, dus de angst om zelf aids te krijgen. In de tweede plaats is er de negatieve houding jegens groepen die als risicogroepen voor aids worden beschouwd, met name homoseksuele mannen en IV-druggebruikers. Er is nog weinig bekend over de concrete interactie tussen gezonde mensen en mensen met aids, omdat dergelijke contacten nog slechts op beperkte schaal plaatsvinden. Er is wel steeds meer aandacht voor de specifieke problemen die verplegend personeel en artsen ervaren in de zorg voor mensen met aids, bijvoorbeeld burn-out.

Over het geheel genomen is er nog weinig onderzoek dat op theorie gebaseerd is, met name ontbreekt onderzoek naar de rol van emoties in de omgang met mensen met aids, zowel onderzoek naar het bestrijden van negatieve emoties als naar het bevorderen van positieve emoties. In een recent survey-onderzoek dat

in opdracht van de Rijksvoorlichtingsdienst wordt uitgevoerd door de Nederlandse Stichting voor de Statistiek, hebben wij de mogelijkheid gehad om enkele vragen op te nemen waarvan de antwoorden wat meer licht kunnen werpen op de rol van verschillende emoties bij stigmatisering van mensen met aids (Dijker, Kok & Koomen, in voorbereiding). Het gaat hier om een survey die is uitgevoerd in september 1993 onder een representatieve steekproef (N=732) uit de Nederlandse bevolking.

Om te beginnen zien we dat er sterke emoties zijn. Het gaat om antwoorden op vragen in hoeverre mensen een bepaalde emotie voelen als ze denken aan iemand met aids: 44% zegt een beetje of heel sterk bang te worden, 34% zegt een beetje of heel sterk ergernis te voelen, 85% geeft aan een beetje of heel sterk medelijden te voelen. Deze drie emoties zijn terug te vinden in vroeger onderzoek naar verschillende typen sociale emoties: angst, met neiging tot vluchten en bescherming; irritatie, met neiging tot agressie; en medelijden, met neiging tot contact en hulpgedrag. In deze recente gegevens zien we dat de emoties duidelijk herkenbaar zijn en leiden tot het verwachte gedrag jegens mensen met aids: angst en ergernis leiden tot afstand houden, terwijl medelijden leidt tot hulpgedrag. We zien ook een duidelijke ambivalentie jegens mensen met aids in de zin dat angst en medelijden samenhangen: hoe meer medelijden hoe meer angst. Enerzijds roept een aidspatiënt medelijden op en de neiging tot hulpgedrag, maar anderzijds treedt tegelijkertijd angst op voor besmetting en de neiging afstand te bewaren. Tenslotte zien we een interessante samenhang tussen enerzijds een negatieve attitude jegens homoseksuelen en anderzijds sterkere gevoelens van irritatie, zoals ergernis en neiging tot agressie, en zwakkere gevoelens van medelijden. Tegelijkertijd vinden we geen verband tussen de houding tegenover homoseksuelen en angst, een relatie die in de literatuur over homofobie vaak als gegeven wordt beschouwd.

Hebben we daar wat aan voor de praktijk? Het is zeker nodig dat we iets doen aan de negatieve houding jegens homoseksuelen, maar we weten ook dat dit zeer moeilijk is. Intussen is het van belang om de associatie tussen homoseksualiteit en aids te ontkoppelen. (Terzijde: rapporten die ongenueanceerd en op basis van

aanvechtbare conclusies, een veronderstelde hoge sero-prevalentie onder homoseksuele mannen onder de publieke aandacht brengen, dragen in ieder geval niet bij aan de bestrijding van stigmatisering.) We kunnen daarnaast iets proberen te doen aan de angst voor besmetting, kennelijk zonder dat we verzeild raken in een patroon van homofobie en andere vooroordelen en ook omdat die angst samengaat met medelijden en de balans dus in gunstige richting zou kunnen doorslaan. We weten nog weinig over de bestrijding van angst voor aids, maar wel veel over de bestrijding van angst in het algemeen. We kunnen daaruit drie suggesties afleiden. In de eerste plaats kunnen we de angst voor aids bestrijden door het verhogen van de persoonlijke controle over de wijze waarop de eerste contacten met iemand met aids plaatsvinden. We kunnen dan denken aan het ontbreken van dwang, geleidelijkheid en kweken van wederzijds respect voor ieders behoeften: de behoefte aan veiligheid van de persoon zonder aids en de behoefte aan respect van de persoon met aids. In de tweede plaats kunnen we angst bestrijden door verwachtingen te scheppen over de persoon met aids die in overeenstemming zijn met de behoefte aan veiligheid van de persoon zonder aids. We kunnen hierbij denken aan de zekerheid dat de persoon met aids rekening houdt met deze behoefte aan veiligheid en geen onvoorspelbare dingen doet, zoals de ander aanraken als die daar nog niet aan toe is. In de derde plaats kunnen we angst bestrijden door het opwekken van positieve emoties die in strijd zijn met de angst. We kunnen hierbij denken aan bewondering voor de ander, of trots op het eigen vermogen om correct met mensen met aids om te gaan. Het bevorderen van medelijden is in dit verband ook mogelijk, maar zou in de alledaagse omgang met niet-zieke seropositieven tot onwenselijke reacties kunnen leiden. Alle drie deze strategieën kunnen vorm worden gegeven in voorlichtingsinterventies die gebruik maken van positieve rolmodellen. In de huidige campagne 'Begrip en aids horen bij elkaar', is reeds een eerste aanzet gegeven tot positieve rol-modeling. Voor een meer planmatige voorlichting is veel meer kennis nodig dan thans beschikbaar is.

Samenvattend over stigmatisering: we weten nog erg weinig over de determinanten van stigmatisering van mensen met aids en nog minder over hoe deze stigmatisering kan worden bestreden. Er zijn duidelijke ideeën over welke determinanten, met

name op het terrein van emoties, belangrijk zijn en hoe interventies kunnen worden ontwikkeld om stigmatisering te bestrijden. Met name op deze twee punten zullen wij ons verdere onderzoek richten.

Aidspreventie in ontwikkelingslanden

De aidspreventie in ontwikkelingslanden verschilt in een aantal opzichten van de aidspreventie in de Westerse wereld. Om te beginnen is het probleem zelf reeds zeer verschillend: de seroprevalentie onder de heteroseksuele bevolking is vele malen hoger dan bij ons. Onder de z.g. laag-risicogroepen, zoals bloeddonoren en zwangere vrouwen zien we zorgwekkend hoge percentages seropositiviteit, de drie hoogste zijn: Zambia 25%, Uganda 30% en Rwanda 32% (Health Study Branch, 1993). In de tweede plaats is er verhoudingsgewijs veel minder onderzoek naar mogelijkheden om aidsbesmetting te voorkomen. In de derde plaats vindt risicogedrag plaats in een andere cultuur en wordt dit gedrag bijgevolg gedetermineerd door andere opvattingen, normen en waarden. Veel Westerse onderzoekers en hulpverleners zijn te weinig gevoelig voor de verschillen in context, waardoor preventie-interventies die wellicht in de Westerse wereld effectief zijn, niet zinvol zijn of zelf averechts werken in ontwikkelingslanden. Op dat laatste gaan we wat verder in, waarbij we kijken naar een viertal hoog-risico groepen: prostituées, heteroseksuelen, homoseksuelen en IV-druggebruikers.

De Westerse definitie van prostitutie is niet adequaat om de connectie tussen seks en geld in ontwikkelingslanden cultureel te definiëren (Prual, Chacko & Koch-Wezer, 1991; Ulin, 1992). Die connectie hangt vooral samen met hoge werkloosheid, armoede, migratie en het aantal gezinnen met alleen de vrouw als kostwinner. Programma's die gericht zijn op prostituées zullen door de beoogde doelgroep vaak niet op zichzelf worden betrokken dan wel weerstand en ergernis uitlokken.

Het effect is dat de doelgroep niet bereikt wordt dan wel bereikt wordt met interventies die niet goed afgestemd zijn op hun eigen beleving.

Van de besmettingen in Afrika vindt ongeveer 80% plaats door heteroseksueel contact. De hoge frequentie van reizen in verband met werk draagt hier vermoedelijk aan bij: migranten, vluchtelingen, handelaren en troepbewegingen van militairen worden genoemd als oorzaak (Smallman-Raynor & Cliff, 1991). Preventiecampagnes gericht op de gehele bevolking waarin het gebruik van condooms wordt gepropageerd zullen in veel ontwikkelingslanden een inbreuk vormen op religieuze opvattingen van mensen en bovendien strijdig zijn met de geldende normen over vruchtbaarheid en gezinsvorming. Boodschappen gericht op vrouwen om hun mannen te bewegen condooms te gebruiken zijn volstrekt strijdig met geldende normen dat gesprekken over seksuele zaken binnen het gezin taboe zijn. Als deze vrouwen door agressieve preventieve campagnes toch proberen dit taboe te doorbreken, is de kans groot dat ze het slachtoffer worden van lichamelijke geweld en verwerping (Larson, 1989).

Omdat heteroseksueel contact de belangrijkste oorzaak lijkt van aidsbesmetting, wordt aangenomen dat de overdracht via mannen met homoseksuele contacten nauwelijks een rol speelt. Diverse auteurs hebben er echter op gewezen dat homoseksuele contacten veel voorkomen in ontwikkelingslanden, in een andere culturele setting dan in de Westerse wereld. Homoseksuele contacten worden echter in de thans geldende culturele opvattingen in Afrika en Zuid-Amerika afgekeurd en als gevolg ontkennen veel participanten in onderzoek hun homoseksuele activiteiten (Patton, 1985; Feldman, Friedman & DesJarlais, 1987). Door deze bias is er tot nu toe in ontwikkelingslanden ten onrechte geen aandacht geweest voor preventieprogramma's gericht op mannen met homoseksuele contacten.

In Afrika vindt de overdracht van het virus vrijwel niet plaats via IV-druggebruik. In andere ontwikkelingslanden, zoals die in Zuid-Amerika, echter wel. Programma's die gericht waren op IV-druggebruikers en die geheel volgens Westers concept gebruik maakten van kleine groepen, hebben volledig gefaald. Vermoedelijk is dit het gevolg van sterke culturele normen onder hispanics betreffende het belang van de familie, met als gevolg dat persoonlijke problemen niet besproken worden met mensen buiten de directe familie (Sabogal, Marin, Otero-Sabogal, Marin & Perez-Stable, 1987).

Deze vier voorbeelden hebben duidelijk gemaakt hoe belangrijk het is om bij de ontwikkeling van preventieprogramma's serieus rekening te houden met de eigen cultuur van de doelgroepen. We zien dat veel goedbedoelde programma's dat onvoldoende hebben gedaan. Ook zien we een tegenovergestelde reactie die eveneens onjuist is, namelijk de gedachte dat door de omstandigheden waarin mensen in ontwikkelingslanden leven, er vrijwel geen mogelijkheden zijn om effectief iets tegen aids te doen en dat de doelgroep onderontwikkeld of hulpeloos zou zijn. In feite zijn er, ondanks de moeilijke omstandigheden, goede mogelijkheden voor aidspreventieve activiteiten. Zo zijn er in veel ontwikkelingslanden belangrijke opinieleiders, zoals stamhoofden, traditionele genezers en vroedvrouwen, die een belangrijke rol kunnen en vaak ook willen spelen in de diffusie van aidspreventie. Met behulp van hun kennis van opvattingen, normen en waarden van de doelgroep en hun geloofwaardigheid, kunnen effectievere programma's worden ontwikkeld (Ankrah, 1991; E.C.Green, 1992). Ook zien we de sterke invloed van de z.g. primaire groepen waarin mensen leven: familie, dorp of bedrijf, waarbinnen problemen worden aangepakt. Zo worden aidspatiënten opgevangen door hun familie, evenals kinderen van aan aids overleden ouders. Voorlichting gericht op preventie kan optimaal gebruik maken van deze primaire groepen (Ankrah, 1991).

Eén van de projecten waaraan wij vanuit onze vakgroep een bijdrage leveren is een project in Zimbabwe om aidspreventie te bevorderen in primaire groepen, in dit geval de werkers van een boerderij, die tezamen een community vormen (Laver, 1993a; 1993b). Daarbij wordt gebruik gemaakt van de z.g. farm health workers, die in die community een belangrijke plaats innemen. De farm health workers worden in het project getraind in effectieve communicatie over aidspreventie en gaan daarna zelf aan de slag in hun eigen community. Omdat een groot deel van de doelgroep niet kan lezen, maakt het programma veel gebruik van afbeeldingen en kleuren. Onze bijdrage bestaat erin gefundeerde inzichten over effectieve vormen van community benaderingen in gezondheidsvoorlichting aan te dragen waarbij de betrokkenen zelf de vertaalslag maken naar de eigen cultuur. Bovendien begeleiden we het onderzoek naar de effecten van het project en de tussenliggende processen.

Aidspreventie bij homomannen

In Nederland vormen mannen met homoseksuele contacten een groot deel van de mensen die besmet zijn met aids. Toen de manier waarop aids werd overgedragen, bekend was, zijn er preventieve programma's ontwikkeld voor deze mannen, die wij verder met homomannen zullen aanduiden, waarin twee aanbevelingen werden gedaan: verminder het aantal partners en -van meer belang- vermijd anale seks dan wel gebruik een condoom bij anale seks.

Vergeleken met andere terreinen van preventieve gezondheidsvoorlichting zijn de veranderingen die zijn opgetreden in het seksuele gedrag van homomannen enorm. Echter, wanneer we kijken naar het individuele gedrag, dan zien we nog steeds incidenten met onveilige seks. In meerdere studies is geprobeerd te achterhalen wat de determinanten zijn van dit onveilige gedrag. We zullen ze hier samenvatten (Hospers & Kok, 1994).

Een aantal onderzoekers vindt meer onveilige seks naarmate de respondenten jonger zijn, hoewel niet altijd jong in absolute zin. Er is weinig bekend over de oorzaken van dit verband. Wel pleiten meerdere auteurs voor preventieprogramma's, speciaal gericht op jongere homomannen.

Mannen die in gebieden wonen waar aids veel voorkomt, gedragen zich veiliger dan mannen die in gebieden wonen waar aids weinig voorkomt, vermoedelijk omdat de laatste een lagere kans op besmetting percipiëren. Mannen gedragen zich veiliger met losse partners dan met vaste partners. (Terzijde: het is niet duidelijk of dat laatste altijd onveilig is: twee mannen in een monogame relatie die beide seronegatief getest zijn, lopen geen risico).

Over het gebruik van alcohol zijn de onderzoeksresultaten onduidelijk. Veelal wordt alcoholgebruik wel aangegeven door de mannen zelf als oorzaak voor onveilig gedrag, maar uit onderzoek is die causaliteit nooit eenduidig vastgesteld. Een alternatieve opvatting is dat zowel alcoholgebruik als onveilige seks gedetermineerd worden door een derde variabele, bijvoorbeeld behoefte aan spanning.

Naast deze demografische en situationele variabelen, is ook onderzoek gedaan naar meer psychosociale variabelen, gebruik makend van de gangbare gedragsmodellen.

Met betrekking tot kennis is duidelijk dat homomannen goed geïnformeerd zijn, maar dat deze geïnformeerdheid weinig invloed heeft op hun gedrag. Met betrekking tot de inschatting van eigen risico, blijkt dat mannen dit systematisch onderschatten. Echter, evenals bij kennis vinden we nauwelijks een relatie tussen risicoperceptie en gedrag. Zowel voor kennis als voor risicoperceptie geldt vermoedelijk dat ze een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde zijn voor gedragsverandering. Bij attitudes vinden we wel een relatie met gedrag: met name een positieve attitude ten aanzien van anale seks leidt tot onveilig gedrag. Ook zien we een positieve relatie tussen de attitude ten aanzien van condooms en werkelijk condoomgebruik. Een advies om volledig af te zien van anale seks is uit oogpunt van preventie het meest veilige advies. Echter, gezien het belang van anale seks voor veel homomannen, is dat advies voor een deel van de doelgroep onhaalbaar en is het zinvol om dit advies te combineren met een advies om, in geval van anale seks, consequent op adequate wijze condooms te gebruiken. De invloed van sociale normen op gedrag en gedragsverandering is zeer groot. Het lijkt dan ook zeer relevant om positieve sociale invloed te mobiliseren in de aidspreventie, maar dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Groepsbenaderingen en het gebruik van opinieleiders zijn veelbelovende methodes. Een laatste, maar zeker belangrijke, determinant is de z.g. self-efficacy, de inschatting van eigen vaardigheden om veilig te zijn. Veel studies laten zien dat self-efficacy de belangrijkste determinant is van veilig en onveilig gedrag. Aidspreventieve interventies dienen de vaardigheden van mannen om zich veilig te gedragen en dit gedrag vol te houden, te verhogen, o.a. door het aanleren van vaardigheden om goed om te gaan met moeilijke hoge-risico situaties. Rollenspelen en systematische feedback zijn goede methodes om vaardigheden te verhogen, vooral in kleine groepen met interpersoonlijk contact.

Aan dit overzicht van wat we weten over de determinanten van veilige en onveilige seks, zijn verschillende aangrijpingspunten te ontleen voor preventieve activiteiten. Eén van deze, de ontwikkeling van interventies binnen kleine groepen,

hebben wij samen met de SAD-Schorerstichting verder uitgewerkt. Daartoe is in eerste instantie een drietal focusgroep-interviews gehouden waaraan mannen konden deelnemen die een positieve intentie hadden tot veilige seks, maar desondanks onveilig gedrag vertoonden. Uit deze focusgroep-interviews kwam naar voren dat de deelnemers overtuigd zijn van het belang om veilig te vrijen.

Echter, het vermijden van risicogedrag blijkt in de praktijk, door allerlei verschillende oorzaken, niet altijd te lukken. De verklaringen die de mannen zelf aangeven voor het vóórkomen van onveilig gedrag hangen samen met het grote belang dat gehecht wordt aan anale seks en de afkeer van condooms, de moeilijkheid om veilig te zijn in seksuele relaties met bekenden, de moeilijkheid om veilig te zijn met een partner waarop men verliefd is, eenzaamheid en zich ongelukkig voelen, alcoholgebruik en een soort moeheid om steeds opnieuw met het aidsrisico te worden geconfronteerd.

Het blijkt dat deze mannen ten aanzien van informatie-overdracht over aids een verzadigingspunt hebben bereikt. Men wil niet nog weer meer informatie, maar andere informatie, die vooral eenduidig moet zijn. Men wil graag met andere homomannen praten over, en steun krijgen bij het volhouden van veilig gedrag. De werving voor dit soort programma's zou vooral moeten lopen via bestaande organisaties, lopende preventie-activiteiten en sleutelfiguren in de homowereld.

De in samenwerking met de SAD-Schorerstichting ontwikkelde training werd gebaseerd op de relapse prevention theorie (Marlatt & Gordon, 1985). In de trainingen wordt in de eerste plaats getracht te komen tot het nemen van reële, weloverwogen besluiten. Teneinde een goede afweging te kunnen maken, worden de persoonlijke voor- en nadelen van het nieuwe, veilige gedrag, op zowel korte als lange termijn, geïnventariseerd. Vervolgens worden de hoge-risico situaties opgespoord die gedragsbehoud op lange termijn kunnen bemoeilijken. De bij de persoon aanwezige coping responsen worden in kaart gebracht: hoe gaat hij om met deze situaties? De training is erop gericht dat men hoge-risico situaties herkent en dat door middel van vaardigheidstraining adequate coping responsen worden aangeleerd. Vooral communicatievaardigheden zijn hier van belang. In de USA worden dergelijke kleinschalige groepsinterventies reeds uitgevoerd, met veelbelovende resultaten (Kelly, St.Lawrence, Hood & Brasfield, 1989).

Het klinkt allemaal te mooi om waar te zijn en nu gaat het dan ook mis. Ik kan daar kort over zijn: ondanks intensieve werving hebben zich slechts een achttal mannen voor de interventie aangemeld. Er is één trainingsgroep gevormd, maar het geplande onderzoek kon niet plaatsvinden. We weten niet waarom de belangstelling zo gering is. Het is denkbaar dat veel mannen uit de doelgroep hun risico niet kennen, of niet willen erkennen. Het kan ook zijn dat de vorm, een training van meerdere bijeenkomsten met een hoge inzet, te veel gevraagd is. Wellicht is er ook een langere aanlooptijd nodig om de zinvolheid van deze methodes zichtbaar te maken. We denken nog steeds dat de principes van de groepsgewijze benadering goed aansluiten op onze kennis over de determinanten van veilig en onveilig gedrag en de mogelijkheden om die in gunstige zin te beïnvloeden, maar kennelijk moet een andere vorm gezocht worden om de doelgroep tot deelname te bewegen, wellicht door deze training te incorporeren in bestaande activiteiten.

Aidspreventie bij adolescenten

Het project aidsvoorlichting op scholen aan adolescenten is het langst bestaande project binnen onze groep, uitgevoerd in samenwerking met het Landelijk Centrum GVO en de SOA Stichting. Adolescenten zijn een belangrijke doelgroep voor aidspreventie, enerzijds vanwege de risico's op besmetting, anderzijds omdat veilig gedrag kan worden aangeleerd dat op later leeftijd wordt gecontroleerd.

Toen we rond 1990 keken naar de literatuur op het terrein van aidspreventie bij adolescenten, vonden we vrijwel geen onderzoek in Nederland over determinanten van veilig en onveilig gedrag, noch over de effecten van voorlichting (Schaalma, Kok, Braeken, Schopman & Deven, 1991). Dus deden we zelf onderzoek naar de determinanten van veilig en onveilig gedrag, gebaseerd op recente inzichten in determinanten: attitudes, sociale invloeden en self-efficacy. Eerst is gekeken naar de internationale literatuur over aidspreventief gedrag van jongeren en naar uitkomsten van studies naar vergelijkbaar gedrag, zoals anticonceptie.

Daarna zijn focusgroep interviews gehouden met leerlingen, jeugdwerkers, leerkrachten en lokale gezondheidsvoorlichters. Tenslotte is een grootschalig vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder ruim duizend leerlingen (Schaalma, Kok & Peters, 1993). Op basis van een vooronderzoek was vastgesteld dat noch abstinentie noch seks zonder geslachtsgemeenschap reële opties waren voor de doelgroep. Dus werd de vragenlijst gericht op het vinden van determinanten van consequent condoomgebruik vanwege aidspreventie. De resultaten laten zien dat zowel attitudes, sociale normen als self-efficacy belangrijke determinanten zijn van voorgenomen condoomgebruik vanwege aids. De resultaten laten ook zien dat adolescenten met veel ervaring met seks, in vergelijking met adolescenten zonder ervaring of met weinig ervaring, minder positieve attitudes hebben tegenover condooms, minder als norm percipiëren dat condoomgebruik gewenst is en meer problemen verwachten met consequent condoomgebruik vanwege aids. Adolescenten zonder ervaring denken moeilijkheden te krijgen met het kopen van condooms en ze altijd bij zich te hebben; adolescenten met veel ervaring verwachten moeilijkheden om binnen een vaste relatie condooms te blijven gebruiken.

Aidspreventieve voorlichting aan adolescenten zou dus positieve attitudes tegenover condooms moeten bevorderen en ondersteunen, positieve sociale normen tegenover condoomgebruik moeten creëren en bevorderen dat adolescenten het gevoel hebben veilige seks en condoomgebruik te kunnen realiseren. De volgende stap is nu deze globale doelen om te zetten in onderwijsdoelen. Daartoe is gebruik gemaakt van de literatuur op het terrein van planmatige gedragsverandering door voorlichting (Schaalma, Kok, Poelman & Reinders, 1994). Het z.g. persuasion-communication model van McGuire is als leidraad gebruikt om vorm te geven aan de ontwikkeling van de interventie. Binnen de verschillende stappen in dit model, geven verschillende specifieke theorieën aangrijpingspunten voor concrete onderdelen van het programma. Om één belangrijk voorbeeld te noemen: binnen de stap sociale invloed past enerzijds het mobiliseren van sociale steun, maar anderzijds ook het ontwikkelen van weerstand tegen ongewenste sociale druk. Een manier om weerstand tegen sociale druk te ontwikkelen bestaat uit het aanleren van vaardigheden om te weigeren (en die overigens

veel verder gaan dan "just say no"). Een dergelijke training omvat het verschaffen van tegenargumenten, sociale modellen die het gewenste gedrag vertonen, het verankeren van gunstige attitudes aan belangrijke waarden en doelen, de assertiviteit verhogen en tenslotte het oefenen van het voorgaande in moeilijke situaties.

Deze onderwijsdoelen moeten nu geconcretiseerd worden in een onderwijsprogramma. Daartoe is het nodig samen te werken met professionals op het terrein van onderwijs en specifiek het onderwijs over seksualiteit. Daarbij moet geanticipeerd worden op weerstanden bij ouders, schoolleiding en leerkrachten. Een z.g. linkage-benadering waarin geprobeerd wordt een brug te vormen tussen enerzijds de ontwikkelaars en anderzijds de gebruikers, kan voorkomen dat voor de zoveelste maal een programma wordt ontwikkeld dat niet aansluit bij de praktijk en dus ook niet gebruikt wordt. Er is een linkage-groep gevormd met leerkrachten, curriculumspecialisten en leerlingen, welke voortdurend feedback gaf op alle ontwikkelde materialen. Bovendien is zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek onder leerkrachten uitgevoerd naar hun wensen en onder leerlingen naar hun reacties op het materiaal.

Het uiteindelijke programma bestaat uit een interactieve video, een leerlingenmagazine in een populaire vorm, een handboek voor leerkrachten waarin diverse lessen worden beschreven en een herhalingsles die indertijd aansloot bij de nationale campagne 'vrij veilig op vakantie'. De video laat het proces van sociale invloed zien, toont positieve rolmodellen en demonstreert effectieve communicatie over preventief gedrag. De video geeft bovendien aanleiding tot rollenspellen waarin actief leren plaatsvindt. De video heeft met name deze vorm gekregen, omdat uit onderzoek naar de implementatie van eerdere aidspreventieve programma's in het onderwijs bleek, dat de leerkrachten moeite hadden met de uitvoering van de interactieve onderwijsmethodes.

Het programma is geëvalueerd in een experimentele situatie waarin een aantal scholen het door ons ontwikkelde programma uitvoerde en andere scholen hun normale programma uitvoerde. De analyse is nog niet afgerond, maar we weten

al wel dat in de eerste plaats de leerlingen van de scholen die ons programma volgden minder gevallen van seksueel contact rapporteerden dan de leerlingen die het programma niet hebben gekregen en in de tweede plaats dat de leerlingen die ons programma hebben gevolgd, als ze seks hadden, relatief veiliger waren en dus meer consequent condooms gebruikten dan de leerlingen van de controlescholen. In termen van gerapporteerd gedrag is het programma dus effectief.

Alle reden dus om dit programma systematisch op grote schaal te implementeren. Helaas zijn er op dit moment grote onduidelijkheden over wie dat moet gaan doen en vooral wie dat moet gaan betalen. Die onduidelijkheid komt waarschijnlijk voor een deel voort uit de gangbare onderschatting van implementatieproblemen. Vaak wordt -ten onrechte- gedacht dat het beschikbaar zijn van goed voorlichtingsmateriaal vanzelf zal leiden tot grootschalig gebruik. Dat is dus niet het geval. Mogelijk worden programma's wel aangeschaft, maar dat betekent niet dat ze ook gebruikt worden. Informatie daarover vinden we uit onderzoek van Paulussen (in voorbereiding; Paulussen, Kok & Schaalma, geaccepteerd) naar de verspreiding van de vier eerste aidspreventieprogramma's voor scholen in de periode 1988-1989. Eén van de zaken die uit dit onderzoek naar voren komen is dat de protestantse scholen pas aidsprogramma's gingen gebruiken toen er een programma beschikbaar kwam dat speciaal voor protestantse scholen was ontwikkeld. Met betrekking tot adoptie (het aanschaffen van een programma) en implementatie (het gebruiken van een programma) blijkt dat leerkrachten vooral programma's selecteren op grond van hun eigen inschatting of ze zich in staat achten over dit onderwerp les te geven en vrijwel niet op grond van veronderstelde leereffecten of leerdoelen. De houding van collega-leerkrachten had een sterke invloed op adoptie, terwijl de verwachte reacties van leerlingen meer invloed hadden op de implementatie. Leerkrachten met restrictieve opvattingen met betrekking tot seksuele moraal voelen zich minder in staat om een aidsprogramma uit te voeren en verwachten er ook minder effect van. Het mag duidelijk zijn dat adoptie en implementatie geen vanzelfsprekende processen zijn. Bovendien hebben we het nu over vroegere programma's waarvan het leereffect twijfelachtig was. Met betrekking tot adoptie van ons

nieuwe programma zou het wenselijk zijn om de beschikbaarheid van het programma zeer duidelijk onder de aandacht te brengen van betrokkenen en daarbij de aangetoonde bruikbaarheid en het aangetoonde positieve effect te benadrukken. Met betrekking tot implementatie is het zeer gewenst dat leerkrachten ondersteund worden bij het uitvoeren van interactieve onderwijsactiviteiten waarmee ze niet vertrouwd zijn, bij voorkeur door middel van persoonlijk contact. Tenslotte wordt de continuïteit van de implementatie gediend met de ontwikkeling van collegiale en formele steun binnen de school en -mede ter versterking van het genoemde persoonlijke contact- door een verbetering van de samenwerking op lokaal niveau met andere professionals in de aidspreventie, bijvoorbeeld die bij de GGD. Dat laatste dient landelijk ondersteund te worden.

Waarom is speciale aandacht voor planmatige voorlichting nodig?

In het voorgaande is op een viertal terreinen nadrukkelijk gepleit voor een planmatige aanpak van aidspreventie en gezondheidsvoorlichting, ondersteund door theorieën en onderzoek. Is die speciale aandacht nodig? Wordt er in de praktijk dan niet goed gewerkt? Het antwoord op deze vragen is respectievelijk ja en nee: speciale aandacht voor planmatigheid is nodig en dat gebeurt in de praktijk niet altijd optimaal. In de geschiedenis van de gezondheidsvoorlichting zijn zeer gemakkelijk voorbeelden te geven van mislukte campagnes door foutieve planning (zie Damoiseaux & Kok, in: Damoiseaux, e.a., 1993). Mullen e.a. (1985) hebben laten zien dat gezondheidsvoorlichting alleen dan effect kan hebben wanneer de kwaliteit van de planning goed is. In de praktijk wordt de noodzaak van planmatigheid sterk onderschat. Dat is begrijpelijk, omdat planmatige voorlichting tijd kost en die tijd er vaak niet is. Voor planmatige voorlichting zijn bovendien gegevens nodig in de verschillende stappen en die gegevens zijn meestal onvolledig. Dat kost zo mogelijk nog meer tijd. Ik zeg niet dat voorlichting pas gegeven kan worden als we alle noodzakelijke gegevens hebben, zeker niet. Maar in de praktijk slaat de balans te vaak door naar ongefundeerde beslissingen en is er te weinig aandacht voor mogelijkheden om meer informatie te krijgen door snel en

doelgericht aanvullend onderzoek, eventueel literatuuronderzoek, en zorgvuldig doordenken op basis van de theorie. Overigens is de aidsvoorlichting in Nederland, vergeleken met andere terreinen van overheidsvoorlichting, een relatief gunstig voorbeeld van hoe het wel moet.

Nu wordt er onderzoek verricht dat beoogt een bijdrage te leveren aan de aidspreventie en gezondheidsvoorlichting. We moeten echter vaststellen dat veel van dat onderzoek onvoldoende aangrijpingspunten biedt voor de concrete ontwikkeling van interventies en al helemaal niet voor het bevorderen van de implementatie van interventies.

Aan de ene kant zien we sterk beschrijvend onderzoek, dat wel veel frequenties verschaft, maar zeer weinig inzicht in het waarom van deze frequenties. Aan de andere kant zien we theoriegestuurd gedragswetenschappelijk onderzoek dat voor de betrokken onderzoekers wellicht zinvol is als een nieuwe toepassing van de theorie, maar veel te weinig aansluit bij de behoeften van mensen die interventies ontwikkelen. Wat we nodig hebben aan onderzoek in de aidspreventie en gezondheidsvoorlichting, is probleemgericht onderzoek waarin bruikbare theorieën worden toegepast. Enerzijds dient het onderzoek goed aan te sluiten bij problemen waar aidsvoorlichters voor staan. Dat kan gerealiseerd worden door het onderzoeksprobleem herkenbaar af te leiden van praktijkproblemen. Anderzijds dient het onderzoek zorgvuldig gebruik te maken van de theoretische kennis die er in de gedragswetenschappen beschikbaar is, om betere onderzoeksvragen te stellen, betere antwoorden te krijgen en daardoor betere adviezen te kunnen geven (zie Kok, Lenderink, Meertens & Schaalma, 1994).

Conclusies

Gezondheidsvoorlichting is een onderdeel van een breder beleid van gezondheidsbevordering. In het kader van aidspreventie is gezondheidsvoorlichting een belangrijk middel om enerzijds primaire preventie van aids en anderzijds steun voor mensen met aids en seropositieven te realiseren, mits die voorlichting zorgvuldig planmatig wordt ontwikkeld en geïmplementeerd.

We hebben een viertal terreinen aangeduid waaraan we binnen onze groep de komende jaren aandacht zullen schenken: stigmatisering van mensen met aids, aidspreventie in ontwikkelingslanden, bij homomannen en bij adolescenten. Op het terrein van stigmatisering is de eerste prioriteit het onderzoek naar een beter inzicht in de achtergronden van stigmatisering en de mogelijkheden om interventies te ontwikkelen die de angst voor mensen met aids zou kunnen verminderen. Op het terrein van de aidspreventie in ontwikkelingslanden is de eerste prioriteit het geven van steun bij het, vanuit het ontwikkelingsland zelf, ontwikkelen en evalueren van aidspreventieve interventies. Op het terrein van de aidspreventie bij homomannen ligt de prioriteit bij het beter afstemmen van de veelbelovende groepsinterventies op de behoeften van de doelgroep zelf, in het bijzonder de jongere leeftijdsgroep. Op het terrein van de aidspreventie bij adolescenten ligt de prioriteit bij onderzoek naar implementatiestrategieën en integratie van de aidspreventie in het reguliere onderwijs.

Ik heb impliciet en soms expliciet aangegeven dat het huidige beleid, de huidige praktijk en het huidige onderzoek soms te wensen overlaten. Het zou niet al te moeilijk zijn daar zondebokken voor aan te wijzen en de eigen handen in onschuld te wassen. Ik zal dat niet doen. Wanneer beleid, praktijk en onderzoek op het terrein van de gezondheidsvoorlichting nog niet optimaal zijn, dan beschouwen wij dat binnen onze groep als een uitdaging om ervoor te zorgen dat deze wel optimaal worden, ook al zal dat even duren. We doen dat door onderwijs, onderzoek en maatschappelijke dienstverlening. We zullen mensen opleiden die goed voorbereid zijn op de praktijk van aidspreventie en gezondheidsvoorlichting. We zullen probleemgestuurd onderzoek stimuleren en tevens zelf uitvoeren,

waarin relevante theorieën worden toegepast en waarvan de resultaten bruikbaar zijn voor de praktijk. We zullen, tenslotte, op allerlei wijzen bijdragen aan de besluitvorming rondom aidspreventie en gezondheidsvoorlichting, via advisering en consultatie; hopelijk gevraagd, maar desnoods ook ongevraagd.

Zoals uit het voorgaande reeds bleek sta ik in dit werk niet alleen, maar word ik loyaal gesteund door een groot aantal collega's binnen en buiten de vakgroep Gezondheidsvoorlichting. Ik ben hen daarvoor zeer erkentelijk.

Ik dank de Rijksuniversiteit Limburg en in het bijzonder de Faculteit der Gezondheidswetenschappen voor de mogelijkheid deze bijzondere leerstoel te kunnen vervullen.

Ik dank het Aids Fonds voor het in mij en in onze groep gestelde vertrouwen.

Ik dank u allen voor uw aandacht.

Referenties:

1. Ankrah, E.M., 1991. Aids and the social side of health. *Social Science and Medicine*, 32, 967-980
2. Damoiseaux, V., van der Molen, H. & Kok, G.J., 1993. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
3. Dijker, A.J., Kok, G. & Koomen, W., in voorbereiding. Antecedents and consequents of emotional reactions to people with aids. RU Limburg, Maastricht: Vakgroep Gezondheidsvoorlichting (GVO).
4. Feldman, D.A., Friedman, S.R. & DesJarlais, D.C., 1987. Public awareness of aids in Rwanda. *Social Science and Medicine*, 24, 97-100.
5. Green, E.C., 1992. Sexually transmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa. *Social Science and Medicine*, 35, 121-130.
6. Green, L.W. & Kreuter, M.W., 1991. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
7. Health Study Branch, 1993. Recent HIV seroprevalence levels by country. Research note nr. 9, June. HIV/AIDS Surveillance Data Base, Washington: U.S. Bureau of the Census, Center for International Research.
8. Herek, G.M. & Glunt, E.K., 1993. Public attitudes toward aids-related issues in the United States. In: J.B. Pryor & G.D. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
9. Hospers, H.J. & Kok, G., 1994. Determinants of safe and risk taking sexual behavior among gay men: A review. *Aids Education and Prevention*, accepted for publication.
10. Karlheinz, R. & Melich, A., 1992. Euro-Barometer 32: The single European market, drugs, alcohol, and cancer, November 1989. Computer file. Conducted by INRA (Europe), Brussels. ICPSR ed. Ann Arbor, MI: Inter-University Consortium for Political and Social Research.
11. Kelly, J.A., St Lawrence, J.S., Hood, H.V. & Brasfield, T.L., 1989. Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 60-67.
12. Kok, G.J., Lenderink, Th., Meertens, R.M. & Schaalma, H.P., 1994. Sociale psychologie toegepast vs toegepaste sociale psychologie. In: P. van Lange, E. van Schie, B. Verplanken & F. Siero (Red.), *Sociale psychologie en haar toepassingen*. Delft: Eburon.
13. Larson, A., 1989. Social context of human immunodeficiency virus transmission in Africa: Historical and cultural bases of East and Central African sexual relations. *Rev. Infectious Diseases*, 11, 716-731.
14. Laver, S. 1993a. *Communicating about aids: A training manual*. Harare: UNICEF.
15. Laver, S., 1993b. *Towards a change of practice in aids communication*. Harare: University of Zimbabwe.

16. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R., 1985. Relapse prevention; maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford.
17. Mullen, P.D., Green, L.W. & Persinger, G., 1985. Clinical trials for patient education for chronic conditions; a comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14,75781.
18. Patton, C., 1985. Sex and germs: The politics of aids. Boston: South End Press. In: J.B. Pryor & G.D. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
19. Paulussen, Th., in voorbereiding. Aids education innovation in Dutch secondary schools. RU Limburg, Maastricht: Vakgroep Gezondheidsvoorlichting (GVO).
20. Paulussen, Th., Kok, G. & Schaalma, H.P., geaccepteerd. Antecedents to adoption of classroom-based aids education in secondary schools, *Health Education Research*.
21. Prual, A., Chacko, S. & Koch-Wezer, D., 1991. Sexual behaviour, aids and poverty in Sub-Sahara Africa, *International Journal of STD's & AIDS*, 2, 1-9.
22. Pryor, J.B. & Reeder, G.D., 1993. Collective and individual representations of HIV/aids stigma. in: J.B. Pryor & G.D. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection*, Hillsdale NJ: Erlbaum.
23. Rogers, T.F., Singer, E. & Imperio, J., 1993. Poll trends: aids - an update. *Public Opinion Quarterly*, 57, 92-114.
24. Sabogal, R., Marin, G., Otero-Sabogal, R., Marin, B.V., Perez-Stable, E.J., 1987. Hispanic Familism and Acculturation: What changes and what doesn't. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 9, 397-412.
25. Schaalma, H., Kok, G., Braeken, D., Schopman, M. & Deven, F., 1991. Sex and AIDS education for adolescents. *Tijdschrift voor Seksuologie (Dutch Journal of Sexology)*, 15 (special issue),140-149.
26. Schaalma, H., Kok, G. & Peters, L., 1993a. Determinants of condom use in adolescents; the impact of experience. *Health Education Research*, 8, 255-269.
27. Schaalma, H., Kok, G. & Peters, L., 1993b. More negative reactions to people with aids: a negative side-effect of aids-education? *Journal of School Health*, 63, 182-187.
28. Schaalma, H., Kok, G., Poelman, J. & Reinders, J., 1994. The development of aids education for Dutch secondary schools: a systematic approach based on research, theories and co-operation. In: D.R. Rutter (Ed.), *The social psychology of health and safety: European perspectives*. Alersshot, UK: Avebury.
29. Smallman-Raynor, M.R., Cliff, A.D., 1991. Civil war and the spread of aids in Central Africa. *Epidemiology of Infections*, 107, 69-80.
30. Ulin P.R., 1992. *African Women and aids: Negotiating behavioral change*. *Social Science and Medicine*, 34, 63-73.