

Preventieprogramma Girls' Talk

Samenvatting

Doel

Bevordering van seksuele gezondheid, gezond seksueel gedrag en seksuele interactiecompetentie bij meiden.

Doelgroep

Heteroseksueel actieve jonge meiden, laag opgeleid (VMBO of lager), diverse etnische achtergronden; leeftijd: ca. 14 – 18 jaar.

Aanpak

Girls' Talk is een intensieve semigestructureerde, seksespecifieke groepsounselmethodiek van 8 bijeenkomsten van twee uur, voor groepen van 6 tot 8 meiden, begeleid door twee vrouwelijke begeleiders. Begeleiders volgen verplicht vooraf een tweedaagse opleiding tot counselor Girls' Talk. Girls' Talk is uit te voeren in diverse settings en geschikt voor het (buurtgericht) jeugdwerk, jeugdzorg, de residentiële jeugdhulpverlening en als buitenschoolse activiteit in een schoolse setting. De nadruk ligt op het versterken van interactiecompetenties, het versterken van ondersteunende attitudes en gedragsintenties, uitwisseling en evaluatie van persoonlijke ervaringen en, in mindere mate, overdracht van kennis. Er wordt gebruik gemaakt van diverse werkvormen als spel, discussie, rollenspelen, creatieve opdrachten, reflectieoefeningen en lichaamsgerichte opdrachten.

Materiaal

Er is een uitgebreide handleiding waarin zijn opgenomen doelen, opdrachten, werkvormen, materialen (o.a. dvd), didactische en methodische noties voor de counselors en werkbladen voor de deelnemers.

Onderzoek effectiviteit

Direct bewijs:

Onderzoek met quasi-experimenteel design in de praktijk en met follow up (4 maanden), uitgevoerd in onderwijs en jeugdwerk (testgroep: n=56; controle: n=38).

Positieve effecten op intentie tot pilgebruik, behoud intentie tot condoomgebruik, en controle in seksuele situaties. Positieve effecten op nog eens zes van 19 overige uitkomstmaten, echter de controlegroep beweegt mee, mogelijk door natuurlijke rijping en/of contaminatie. Uitblijvende effecten bij testgroep op vier uitkomstmaten, terwijl controlegroep wel vooruit gaat. Mogelijk speelt response-shift een rol.

Resultaten procesevaluatie: de interventie is aantrekkelijk voor meiden en past binnen het werk van jongerenwerkers. Bevordert bewustwording van meiden ten aanzien van seksuele rechten, open communicatie over seksualiteit en vertrouwensrelatie tussen meiden onderling en tussen meiden en begeleiders. Bevordert bij counselors/jugdwerkers signalering van negatieve seksuele ervaringen en vergroot deskundigheid inzake seksuele counseling en gespreksvoering.

1. Toelichting naam van de interventie

Er is bewust gekozen voor de naam Girls' Talk. Het praten over en uitwisselen van seksuele en relationele ervaringen staan immers centraal. De naam Girls' Talk is daarnaast neutraal. Een te directe verwijzing naar de inhoud (seksualiteit en seksuele relaties) zou ouders en meiden kunnen afschrikken.

2. Doel van de interventie

Het programma Girls' Talk heeft als centrale doelstelling de bevordering van seksuele gezondheid van laag opgeleide adolescente meiden. De centrale doelstelling is vertaald naar algemene leerdoelen (zie Kuyper & Van der Vlugt, 2006). Deze leerdoelen zijn bij elk programmaonderdeel geoperationaliseerd op niveau van kennis, attitude, intenties en vaardigheden.

Een toegenomen seksuele gezondheid zal naar verwachting na deelname aan Girls' Talk tot uiting komen in de volgende meetbare veranderingen:

- Het zelfreflecterend vermogen en zelfbewustzijn (kritisch inzicht) aangaande de eigen seksualiteit, eigen seksuele ervaringen en eigen sekserol is toegenomen, meer inzicht in de invloed van actuele omgevingsfactoren op mogelijkheden tot realiseren van seksuele gezondheid.
- Meiden hebben een grotere seksuele interactiecompetentie hetgeen zich uit in het beter aan kunnen geven van eigen wensen en grenzen, een toename van het gevoel van controle in seksuele contacten, een afname van seksuele onzekerheid en een toegenomen frequentie van de seksuele communicatie met de partner
- Meiden hebben een positiever seksueel zelfbeeld
- De deelnemers hebben een gelijkwaardigere relatie met hun partner, hetgeen blijkt uit het minder optreden van relatiegeweld
- De deelnemers hebben meer seksueel plezier
- Deelnemers kunnen zichzelf beter beschermen tegen soa en ongewenste zwangerschappen, hetgeen blijkt uit meer kennis inzake seksuele risico's en de gevolgen daarvan en adequaat anticonceptiegebruik
- Deelnemers hebben positievere attitudes en intenties ten aanzien van veilig vrijen en meer vrij-veilig gedrag zoals condoom- en anticonceptiegebruik.

3. Doelgroep van de interventie

Voor wie en wat is de interventie bedoeld?

De interventie is bedoeld voor heteroseksueel actieve (of zij die dat binnenkort gaan worden), laag opgeleide meiden van 14 tot 18 jaar en met diverse etnische achtergronden.

In verschillende opzichten lopen laag opgeleide meisjes grotere risico's op seksuele ongezondheid dan jongens en/of hoog opgeleide meiden. Laag opgeleide allochtone meiden lopen daarnaast specifieke risico's die samenhangen met hun culturele achtergrond.

Seksuele gezondheid omvat verschillende aspecten zoals:

- een positief seksueel zelfbeeld en acceptatie van de eigen seksualiteit
- gelijkwaardigheid en afwezigheid van dwang in seksuele relaties
- seksueel plezier
- bescherming tegen soa/hiv en ongewenste zwangerschap

Deze kenmerken sluiten aan bij de WHO definitie van seksuele gezondheid:

”Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (WHO, 2004; <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>)

Met name voor laag opgeleide meiden en meiden uit sommige allochtone bevolkingsgroepen is er vaak nog geen sprake van een positieve benadering van seksualiteit en seksuele relaties, en seksuele ervaringen zijn in veel gevallen niet veilig en vrij van dwang.

Prevalentie en spreiding

Op verschillende aspecten van seksuele gezondheid scoren meisjes slechter dan jongens:

- Meisjes hebben meer seksuele schuld en schaamte gevoelens dan jongens en hebben een negatiever lichaamsbeeld (de Graaf et al. 2005).
- Bijna één op de vijf laagopgeleide meiden voelt zich in seksueel opzicht (erg) onzeker en dit is beduidend meer dan onder laagopgeleide jongens (19,2% versus 3,1 %; van Fulpen et al. 2002).
- Meisjes krijgen vaker te maken met seksuele dwang dan jongens (18% versus 4%; de Graaf et al.2005).
- Hoewel meisjes en jongens ongeveer even tevreden zijn over de kwaliteit van hun seksleven, ervaren meisjes meer dan jongens seksuele problemen zoals geen zin in seks (17%), opwindingsproblemen(11%) , niet klaar komen(27%), en pijn bij het vrijen (11%; de Graaf et al. 2005).
- Meisjes worden vaker positief getest op een soa dan jongens (1,2% per jaar versus 0,6% per jaar; de Graaf et al. 2005).
- Meiden rapporteren vaker een ongeplande zwangerschap dan jongens (2,7% versus 1,3 % per jaar (de Graaf et al. 2005).

Laag opgeleide meiden scoren daarnaast op sommige aspecten slechter dan hoog opgeleide meiden:

- Laag opgeleide meiden krijgen vaker te maken met seksuele dwang dan hoog opgeleide meiden (21% versus 13 %; de Graaf et al. 2005).
- Laag opgeleide meiden zijn vaker ongewenst zwanger dan hoog opgeleide meiden (3,9% vs. 0,7%) en hebben vaker een abortus ondergaan (1,5% vs. 0,3%; de Graaf et al. 2005).

Specifieke risico's op seksuele ongezondheid zijn verschillend naar gelang de culturele achtergrond:

- Sterk gelovige meiden (vooral Marokkaanse en Turkse meisjes) hebben meer seksuele schaamte en schuldgevoelens dan minder gelovige meisjes (de Graaf et al. 2005).
- Meisjes met een Nederlandse, Westerse of Turkse achtergrond hebben een negatiever lichaamsbeeld dan Marokkaanse of Caribische meiden (de Graaf et al. 2005).
- Laag opgeleide Turkse en Marokkaanse meiden ervaren minder seksuele interactiecompetentie dan laag opgeleide autochtone meisjes en Surinaamse en Antilliaanse meisjes (de Graaf et al. 2005).

- Antilliaanse meiden krijgen vaker met seksueel geweld te maken dan alle andere bevolkingsgroepen (25%; de Graaf et al. 2005).
- Antilliaanse en Surinaamse meiden worden veel vaker positief getest op een soa dan autochtone meiden (5,1% en 3,4% versus 1% van de allochtone meiden); de Graaf et al. 2005).
- De kans op een ongeplande zwangerschap is bij meiden met een Surinaamse en Antilliaanse achtergrond groter dan bij Nederlandse meiden (2,5%); onder Surinaamse meiden is het risico dubbel zo groot (5%) en onder Antilliaanse meiden meer dan drie keer zo groot, namelijk 8% (de Graaf et al. 2005).

Over meiden met een andere etnische achtergrond is weinig bekend.

Een voorwaarde voor het realiseren van seksuele gezondheid is bovendien adequate kennis van het functioneren van het eigen lichaam, van seksualiteit en seksuele risico's. Laag opgeleide meiden hebben minder seksuele kennis dan hoog opgeleide meiden en Turkse en Marokkaanse meiden hebben minder seksuele kennis dan autochtone, Surinaamse of Antilliaanse meiden (de Graaf et al. 2005). Het kennisverschil tussen Nederlandse meiden enerzijds en Turkse en Marokkaanse meiden anderzijds is bovendien erg groot: zij scoren nog niet half zo goed als Nederlandse meiden.

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

In principe kunnen alle laagopgeleide heteroseksuele meiden van 14 tot 18 jaar met enige seksuele ervaring of seksuele interesse aan het programma meedoen. Het programma zal een grotere meerwaarde hebben naarmate deelnemers meer voldoen aan onderstaande indicaties:

- bereid zijn eigen ervaringen te delen met andere meiden
- bereid zijn om tenminste 6 van de 8 bijeenkomsten aanwezig te zijn.
- verminderd weerbaar zijn en of subassertief gedrag vertonen

Het programma kan ook ingezet worden voor de seksuele empowerment van meiden die al eens ongewenst zwanger zijn geraakt en/of tienermoeder zijn. Voor deze doelgroep zijn aanvullende onderdelen in het programma beschikbaar.

Contra-indicaties:

- meiden die ernstig seksueel getraumatiseerd zijn (deze kunnen een te zware wissel op de groep trekken en dienen naar behandeling te worden verwezen)
- meiden met ernstige gedragsstoornissen, waardoor zij niet kunnen functioneren in een groep
- meiden met een verstandelijke beperking (IQ < 80)

De counselor beoordeelt bij voorkeur in een kort intakegesprek de geschiktheid van de deelnemer.

Toepassing bij etnische groepen:

Het programma is geschikt voor meiden met diverse etnische achtergronden. In de werkvormen, keuze van ondersteunend materiaal en de didactische noties is rekening gehouden met een diverse etnische samenstelling van de groepen, en worden specifieke aanwijzingen voor verschillende etnische doelgroepen gegeven.

Een qua culturele achtergrond diverse groepssamenstelling heeft zelfs de voorkeur, omdat in het programma veel ruimte is voor het reflecteren op de eigen culturele bagage waardoor meiden de cultureel bepaalde diversiteit (en dus: betrekkelijkheid) van seksuele normen leren herkennen en eigen opvattingen hierin leren ontwikkelen (Höing, Vanwesenbeeck & Bakker, 2006).

Groepssamenstelling:

Een mix van meiden die al vrij ervaren zijn op seksueel gebied en meiden die nog geen of veel

minder seksuele ervaring hebben is bevorderlijk voor het groepsproces. De meer ervaren meiden leren door het delen van hun ervaringen en het beantwoorden van vragen te reflecteren op eigen gedrag en de minder ervaren meiden kunnen zo maximaal profiteren van peer-learning (Höing, Vanwesenbeeck & Bakker, 2006).

Werving :

Voor de werving van meiden voor de Girls'Talk groepen zijn aansprekende folders en posters gemaakt, die samen met de programmahandleiding ter beschikking worden gesteld. Enige binding van de meiden met de counselor is bevorderlijk voor de werving.

De werving van meiden voor de groepen Girls'Talk verloopt het gemakkelijkst binnen het jeugdwelzijnswerk in buurthuizen en jongerencentra en in de residentiële jeugdzorg, waar laagopgeleide meiden met diverse etnische achtergronden tot de doorsnee populatie behoren. Veel jongerenwerkers en jeugdhulpverleners zetten het programma in als groepsactiviteit binnen hun reguliere werkzaamheden met meidengroepen.

Dit groepsaanbod sluit daarnaast ook goed aan bij specifieke activiteiten voor zorgleerlingen binnen VMBO's en ROC's, en inmiddels zijn er met succes ook groepen gedraaid door MEE (licht verstandelijk gehandicapte jongeren) waarbij echter enige aanpassing nodig is. De ontwikkeling van een specifieke versie voor lvg –meiden is in voorbereiding.

Als er in de setting nog geen meidenwerk aanwezig is duurt de werving van een groep meiden gemiddeld vier weken, zo blijkt uit ervaringen tijdens de pilot..

4. Omschrijving van de interventie

4.1 Methodiek

Girls'Talk is een intensief groepsounselprogramma van 8 bijeenkomsten van 2 uur met een tijdsinterval van een week. De looptijd van het programma is twee maanden. De groep wordt bij voorkeur begeleidt door twee vrouwelijke counselors.

De opbouw van de bijeenkomsten

Tijdens de bijeenkomsten komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde:

Bijeenkomst 1	Kennismaking met de groep en het onderwerp seksualiteit en relaties
Bijeenkomst 2	Verkenning eigen waarden, normen over seksualiteit en relaties
Bijeenkomst 3	Verkenning positieve ervaringen en prettige contacten
Bijeenkomst 4	Verkenning eigen grenzen en weerbaarheid
Bijeenkomst 5	Risico's van onveilig vrijen, anticonceptie
Bijeenkomst 6	Praten over veilige seks en condoomgebruik
Bijeenkomst 7	Omgaan met risicovolle situaties
Bijeenkomst 8	Zelf initiatief nemen en regie krijgen in relaties/evaluatie van het programma

Stapsgewijs en gefaseerd worden de verschillende aspecten van seksualiteit en relaties verkend. Er wordt vanaf het begin van de bijeenkomsten veel aandacht besteed aan veiligheid en vertrouwen. Hiertoe worden tijdens de eerste bijeenkomst groepsregels vastgesteld en afspraken gemaakt met de deelnemers. Aan het begin van het programma worden vooral oefeningen aangereikt op niveau van feiten en kennis over seksuele gezondheid van jongeren en meisjes in het bijzonder. Geleidelijk wordt een overstap gemaakt naar opinievorming en betrokkenheid bij de eigen seksuele gezondheid. Hierbij worden oefeningen aangereikt waar meiden een mening leren vormen of stelling nemen ten aanzien van situaties over seksuele gezondheid en seksuele risico's en concrete vaardigheden leren. Eigen cognities, waarden, normen en opvattingen komen hierbij uitgebreid aan bod en worden door middel van onderlinge discussie uitgedaagd. Naarmate het programma vordert komen de persoonlijke seksuele ervaringen en gebeurtenissen meer aan bod en wordt gewerkt aan kritisch inzicht, attitudevorming en interactieve vaardigheden ten aanzien van het realiseren van wensen en grenzen. Deze opbouw geeft deelnemers de mogelijkheid meer vertrouwd te raken met elkaar en intieme,

prettige en minder prettige seksuele ervaringen uit te wisselen en met elkaar handelingsalternatieven en oplossingsstrategieën te ontdekken en onderzoeken.

Zie voor een gedetailleerd overzicht de uitgebreide handleiding bij het programma Girls' Talk .

Protocol / handleiding

Er is een gedetailleerd draaiboek met didactische aanwijzingen en methodiekbeschrijvingen beschikbaar voor de counselors/jeugd/jongerenwerkers.

Locatie van uitvoering/Implementatie:

In 2006 en 2007 is een landelijk implementatieproject uitgevoerd en geëvalueerd. Binnen de projectperiode (1 jaar) hebben 44 instellingen uit 7 regio's in totaal 78 medewerkers laten scholen als trainer Girls'Talk. Deze 44 instellingen waren in uiteenlopende sectoren actief, namelijk jeugdwelzijnswerk (20), jeugdhulpverlening (7), ROC (5), zelfstandige praktijken van jongerenwerkers (4), AZC's (2), Praktijkonderwijs (2), GGD (2), Vrouwenopvang (1) en MEE (1). Bij 54% van deze instellingen werd binnen een jaar na de training het programma daadwerkelijk uitgevoerd of bestonden er concrete plannen.

Knelpunten in de implementatie zijn:

- verloop van getraind personeel
- andere prioriteiten in de instelling
- financiering door gemeente komt niet altijd vlot rond
- inpassing in activiteitenplan organisatie is soms lastig

Succesfactoren zijn:

- aanwezigheid van meidenwerk/meidengroepen
- enthousiaste professionals die belang van het programma inzien en ervaring hebben met Girls'Talk
- seksuele en relationele vorming is ingebed in activiteitenbeleid van organisatie

Op dit moment worden door de RNG tenminste viermaal jaarlijks tweedaagse trainingen voor professionals aangeboden. Ook wordt de training incompany gegeven. Tot augustus 2008 hebben 125 intermediairs van 70 instellingen een training gevolgd. Er kunnen maximaal 12 personen aan een trainingsgroep deelnemen.

4.2 Onderbouwing: probleem- of risico-analyse

Kenmerken risico of probleem

Laag opgeleide meiden lopen in verschillende opzichten een groter risico dan jongens en hoog opgeleiden meiden op problemen met hun seksuele gezondheid (zie paragraaf 3: Prevalentie en spreiding).

Kenmerken van seksuele ongezondheid zijn onder andere:

- een negatief seksueel zelfbeeld, seksuele schuld en schaamtegevoelens
- ongelijkwaardigheid en dwang in seksuele relaties
- gebrek aan seksueel plezier
- onveilig vrijen

De gevolgen van seksuele ongezondheid strekken zich ook uit over andere aspecten van fysiek en mentaal welzijn.

Jongeren met een minder sterk ontwikkeld seksueel zelfbeeld zijn minder goed voorbereid op seksuele contacten, waardoor zij vaker risicovol vrijen en dus een grotere kans op soa, hiv en ongewenste zwangerschap lopen. Er is bij hen minder sprake van actieve zelfsturing en planning van

het gedrag (Breeman, de Wit, & Woertman, 2006).

Seksuele dwang kan traumatiserend zijn en kan onder andere leiden tot angst- en stemmingsstoornissen, chronische posttraumatische stressklachten, en zowel tot internaliserende als externaliserende gedragsproblematiek. Daarnaast kunnen seksuele trauma's leiden tot seksuele problemen zoals een verminderd verlangen en orgasmestoornissen (van Berlo, van Engen en Mooren, 2004; Wolfe & Birt, 1997). Het ontstaan van klachten op langere termijn hangt in grote mate af van de beleving van de negatieve seksuele ervaringen, de mate waarin men zichzelf de schuld geeft en de reacties van de omgeving. (Bal, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 1998; Bal et al, 2005).

Het hebben van positieve seksuele ervaringen en seksueel plezier is een beschermende factor ten aanzien van allerlei andere gezondheidsaspecten, zowel wat fysieke als mentale gezondheid betreft (Gianotten, Whipple, Knowles & Davis, in druk).

De gevolgen van onveilig vrijen zijn een verhoogde kans op ongewenste (tiener)zwangerschap en chronische lichamelijke klachten en onvruchtbaarheid als gevolg van een soa of hiv. Een ongewenste zwangerschap op jonge leeftijd brengt gezondheidsrisico's voor moeder en kind met zich mee en kan de maatschappelijke participatie van vrouwen sterk belemmeren wat tot langdurige sociale achterstand bij moeder en kind kan leiden (Hobcraft & Kiernan, 2001).

Het samenspel van biopsychosociale factoren die van invloed zijn op de seksuele ontwikkeling van adolescenten is anders voor meisjes dan voor jongens. Zij komen gemiddeld vroeger in de puberteit, hebben door hun specifieke sekserolsocialisatie andere copingmechanismen ontwikkeld dan jongens (bijvoorbeeld meer internaliserend dan externaliserend gedrag) en worden geconfronteerd met andere rolverwachtingen dan jongens (bijvoorbeeld het initiatief aan jongens overlaten, waardoor zij kwetsbaarder zijn voor seksuele grensoverschrijdingen). Een seksspecifieke aanpak houdt rekening met deze voor meiden specifieke context. Van meisjes en jongens worden verschillende vaardigheden gevraagd om seksueel gezond gedrag te realiseren, zowel wat het feitelijk gebruik van pil en condoom betreft, als ook in termen van assertiviteit, empathie, communicatie en onderhandeling. Meiden en jongens hebben verschillende ondersteuningsbehoeften inzake seksueel gezond en preventief gedrag (Bell e.a. 1999; Byrne & Fisher, 1983). Laag opgeleide meiden worden eerder seksueel actief dan hoog opgeleide meiden en lopen dus op een jongere leeftijd risico's (de Graaf et. al. 2005). Om deze reden is gekozen voor een seksspecifiek preventieprogramma gericht op laag opgeleide meiden vanaf de leeftijd dat zij voor het eerst seksueel actief worden.

Er is gekozen voor een interventie in een buitenschoolse context, omdat seksuele voorlichting binnen de schoolse context minder effectief is gebleken bij jongeren uit etnische minderheden (Fulpen et. al, 2002).

Met risico of probleem samenhangende factoren

Bij Girls' Talk is uitgegaan van het model van seksuele interactiecompetentie. In dit cognitief - gedragstheoretische model van seksueel gezond gedrag van Vanwesenbeeck, van Zessen, Ingham, Jaramazovic en Stevens (1999) wordt gesteld dat interactionele competentie de sleutel vormt tot het realiseren van seksuele gezondheid. Interactionele competentie is het vermogen persoonlijke doelen te bereiken in sociale (hier: seksuele) interacties en tegelijkertijd een positieve relatie met de ander te behouden. Seksuele interactiecompetentie houdt in dat men bewust en verantwoord eigen keuzes kan maken die enerzijds recht doen aan de eigen seksuele beleving en anderzijds rekening houden met de wensen en grenzen van de ander, en dat men deze keuzes in actuele situaties kan effectueren.

Seksuele interactiecompetentie veronderstelt zowel intrapersonlijke vaardigheden (zoals het vermogen om eigen seksuele behoeften te identificeren) als interpersoonlijke vaardigheden (het communiceren van deze behoeften naar de ander, en reacties en instemming bij de ander adequaat waarnemen en er rekening mee houden).

Volgens dit model zijn vier verschillende soorten factoren van invloed op de interactionele competentie in heteroseksuele relaties (zie figuur 1).

1. Achtergrondfactoren

Ervaringen en situaties in de jeugd, zoals sociale deprivatie, een negatief gezinsklimaat, misbruik en mishandeling, de mate van seksuele communicatie in gezin van herkomst, de mate van seksuele vorming en de mate van sociale integratie vormen de achtergrond waartegen zich individuele competenties al dan niet ontwikkelen. Een gezinsklimaat waarin bijvoorbeeld sprake is van verwaarlozing of misbruik belemmeren de ontwikkeling van een positief (seksueel) zelfbeeld en een positieve attitude ten aanzien van de eigen seksualiteit (Vanwesenbeeck et al. 1999). Meiden die opgroeien in gezinnen waar sprake is van een negatief gezinsklimaat (weinig affectie en toezicht) lopen een groter risico om slachtoffer te worden van seksueel geweld (de Graaf et al. 2005). Meiden die al eens slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld lopen bovendien een groter risico op hernieuwd slachtofferschap (Classen, Palesh & Aggerwal, 2005). Het opgroeien in negatieve of zelfs chaotische gezinsomstandigheden kan bovendien een negatieve invloed hebben op het ontwikkelen van zelfsturing en controle (interne locus of control) en een helder toekomstperspectief. Opgroeien in dergelijke omstandigheden is kenmerkend voor meiden die weinig regie hebben over hun seksuele leven en op jonge leeftijd ongepland zwanger worden (Wijsen, Van Berlo & Vanwesenbeeck 2005). Een gebrek aan seksuele kennis door een gebrek aan voorlichting hangt samen met een minder goede seksuele interactiecompetentie (de Graaf et al. 2005) en is eveneens kenmerkend voor tienermoeders (Wijsen, Van Berlo & Vanwesenbeeck 2006).

2. Intermediërende factoren

Een tweede cluster factoren (intermediërende factoren genoemd) wordt gevormd door de socio-culturele achtergronden, persoonlijkheidskenmerken, cognities, attitudes en normen ten aanzien van seksualiteit, gender, seksuele risico's en partnerkeuze, emotionele betekenissen en motivaties rondom de eigen seksualiteit. De sociaal-culturele achtergrond bepaald mede de acceptatie van seksualiteit bij jongeren, de mate waarin seksualiteit bespreekbaar is en de attitudes ten aanzien van genderrollen en gelijkwaardigheid in de relatie. Naarmate meiden hun eigen seksualiteit minder accepteren en meer last hebben van schuld en schaamtegevoelens rondom seksualiteit is hun seksueel zelfbeeld negatiever (De Graaf et al, 2005). Meiden met een minder sterk ontwikkeld seksueel zelfbeeld zijn minder goed voorbereid op seksuele situaties, en als zij dan toch seks hebben, kunnen zij daarbij minder goed hun grenzen aangeven en zich beschermen tegen onveilige seks (Breeman, de Wit & Woertman, 2006). Meiden die mannelijke dominantie in de relatie vanzelfsprekender vinden en meer traditionele denkbeelden hebben over mannelijkheid en vrouwelijkheid hebben vaker onvrijwillige seks (Sionéan et al. 2002; Tolman, Spencer, Rosen-Reynoso en Porche, 2003) Seksuele agressie wordt door deze cognities 'genormaliseerd' en seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt min of meer verwacht en normaal gevonden. Traditionele attitudes ten aanzien van genderrollen kunnen eveneens de mogelijkheid om seksueel plezier te ervaren belemmeren. Meiden die traditionele opvattingen over sekserollen koesteren stellen de seksuele behoeften van mannen voorop en gunnen zichzelf weinig ruimte om hun eigen seksualiteit te ervaren en hiermee te experimenteren (Tolman, 1999).

Ook bij safe-sex gedrag (condoomgebruik en anticonceptie) spelen factoren uit dit cluster een rol. Meiden met meer traditionele sekserol opvattingen, met andere woorden: meiden die het meer aan de jongen overlaten om te beslissen of men seks heeft lopen een groter risico op onbeschermde seks (Crosby et al, 2000). Naarmate meiden positievere attitudes en intenties koesteren ten aanzien van veilig vrijen, de risico's op besmetting en ongewenste zwangerschap beter kunnen inschatten, anticiperen op spijtgevoelens, en meer vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden is de kans op consistent gebruik van condooms en anticonceptie groter (de Graaf, et al. 2005; Moore, Adler en Kegeles, 1996). Over het algemeen is de samenhang met attitudes, intenties en eigeneffectiviteit echter matig (de Koning, 2004). Goede gewoonten en goede voorbeelden van vrienden en ouders hebben een positieve invloed op consistent condoom- en pilgebruik (de Graaf et al. 2005).

3. Factoren in de actuele context

Een derde cluster van factoren heeft te maken met de actuele context waarin seksueel gezond gedrag

al dan niet gerealiseerd wordt, en wordt door Vanwesenbeeck et al. (1999) 'de seksuele arena' genoemd. Hier spelen factoren als omstandigheden en tijd, kansen en toegang tot bijvoorbeeld condooms, specifieke gebeurtenissen, stimuli en belemmeringen een rol. Deze sterk contextafhankelijke factoren bepalen mede het gedrag van meiden in actuele situaties en zijn volgens Vanwesenbeeck et al. (2003) de reden dat ondanks ondersteunende attituden en goede intenties het daadwerkelijke gedrag vaak anders uitpakt. Het onderzoek naar de invloed van sterk situatieafhankelijke factoren op seksueel gedrag is beperkt. Jonge vrouwen beschrijven hun seksuele gedrag als gedrag wat vooral beïnvloed wordt door situationele factoren, waar ze zelf voor hun gevoel weinig controle op hebben of invloed op uit kunnen oefenen, in plaats van zichzelf te zien als personen die zelf expliciete besluiten en keuzen kunnen maken (Downs et al. , 2004). Enig onderzoek is er met betrekking tot de invloed van het type partner (vaste partner of one-night stand) en de machtsbalans in de relatie op de interactiecompetentie en safe- sex gedrag. Bij seks met een losse partner is de interactiecompetentie van meiden geringer. Er wordt minder gecommuniceerd, meiden hebben minder controle en zijn minder assertief dan bij seks met een vaste partner, maar dit kan ook betekenen dat meiden met een geringere seksuele interactiecompetentie makkelijker overgehaald kunnen worden tot losse sekscontacten (de Graaf et al, 2005). Bij seksuele contacten met een losse partner wordt over het algemeen vaker een condoom gebruikt dan bij seksuele contacten met een vaste partner (de Graaf et al 2005). Echter, meiden met meer traditionele overtuigingen ten aanzien van de verhoudingen in de relatie, met andere woorden: meiden die het meer aan de jongen overlaten om te beslissen of men seks heeft, en dus minder seksuele controle hebben, en meiden die minder zelfvertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden lopen bij seks met een losse partner een groter risico op onbeschermde seks (Crosby et al, 2000; van der Pligt & Richard, 1994, Tschann et al., 2002).

Bij seks met een vaste partner is ook de duur van de relatie van invloed: naarmate de relatie langer duurt gaan meiden vaker over van condoomgebruik op anticonceptiegebruik (de Graaf et al, 2005). Voor alle meiden geldt, dat condoomgebruik en pilgebruik in het algemeen afhankelijk is van de mate van planning van seksuele activiteiten en van openheid en seksuele communicatie in de relatie (Koning, 2004; Manlove, Ryan & Franzetta, 2003; Stone en Ingham (2002).

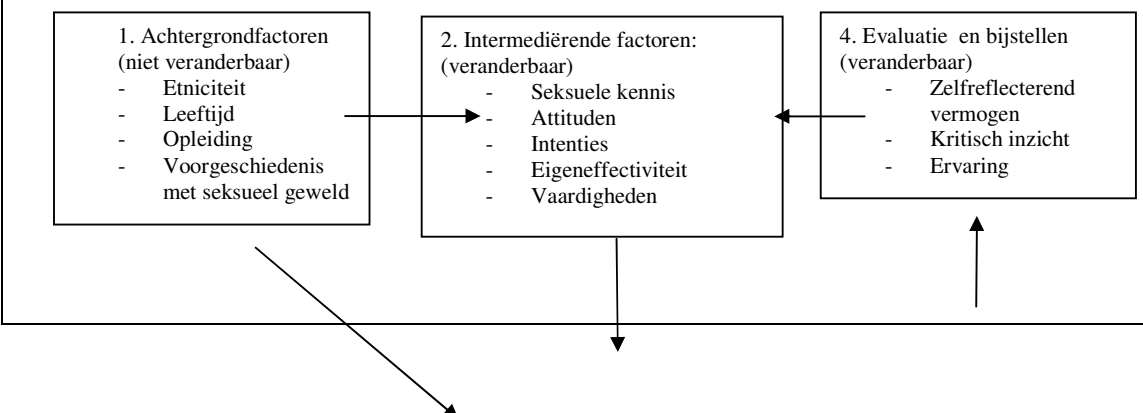
Wat de uitkomsten zijn van heteroseksuele interacties is echter ook mede afhankelijk van de interactionele competentie van de partner (Vanwesenbeeck et al, 1999) en van de machtsbalans in de relatie (Tschann et al., 2002).

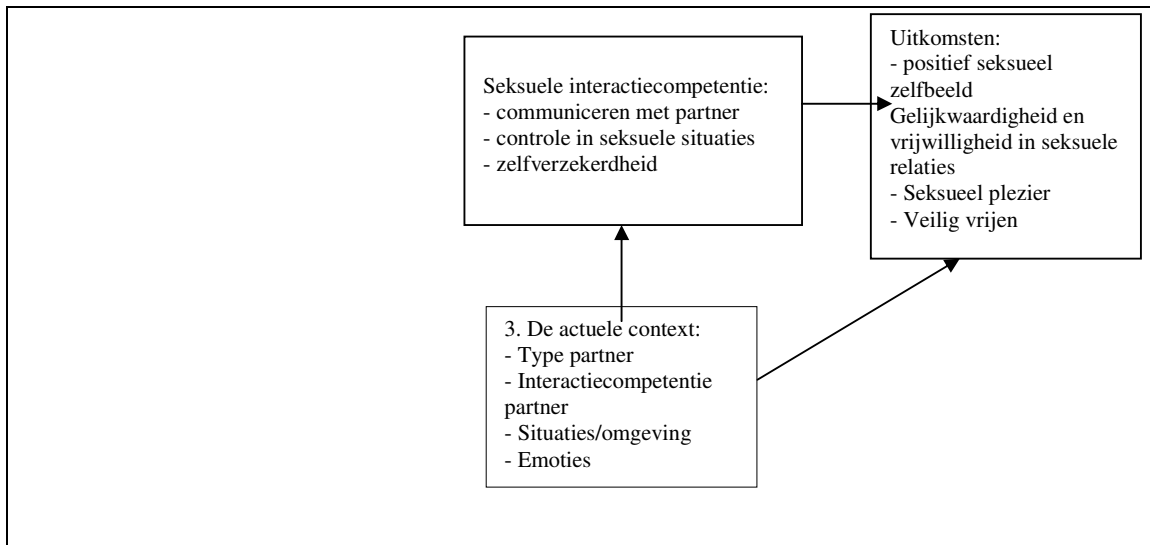
4. Evaluatie

De evaluatie van de concrete seksuele ervaringen, van de interacties en van de risico's die men gelopen heeft, is samen met de ontwikkeling van intenties voor de toekomst een vierde cluster van factoren. Door te reflecteren op de concrete situaties wordt via een feedback-mechanisme de verdere ontwikkeling van interactionele competentie beïnvloedt (Vanwesenbeeck et al. 1999). Hiermee wordt de ontwikkeling van seksuele gezondheid en gezond seksueel gedrag gezien als een leerproces.

Figuur 1 is een schematische weergave van het model van seksuele interactiecompetentie met daarin de determinanten van seksuele gezondheid en seksueel gezond gedrag die in dit programma worden aangepakt.

Figuur1: Model seksuele interactiecompetentie





4.3 Onderbouwing: verantwoording doelen en aanpak

Koppeling risico/probleem - doelen – aanpak

Het model van heteroseksuele interactiecompetentie sluit dank zij het ontwikkelingsperspectief en de aandacht voor de context goed aan bij de realiteit van meiden, en wordt ondersteund door uitkomsten uit onderzoek. Het is daarom gekozen als onderliggend model voor de ontwikkeling van Girls' Talk. Het model biedt een drietal aanknopingspunten voor centrale doel van de interventie -het bevorderen van de seksuele gezondheid en seksueel gezond gedrag van de deelnemers.

Ten eerste de intermedierende factoren (sociale normen, percepties, attitudes, intenties, eigeneffectiviteit en vaardigheden), ten tweede de factoren die in de actuele context een rol spelen en ten derde het proces van kritische reflectie op de concrete ervaringen. Daarnaast wordt in het programma ook rekening gehouden met relevante achtergrondfactoren.

Vanuit de empowerment gedachte is het belangrijk dat meiden enerzijds inzicht verwerven in de sociaal-culturele normen die hun cognities, gedrag en vaardigheden beïnvloeden. Hieraan wordt gewerkt door meiden de diversiteit aan sociale normen ten aanzien van seksualiteit en seksueel gedrag te laten ervaren, en een eigen standpunt daarin leren innemen.

Anderzijds is het belangrijk om cognities en vaardigheden te ontwikkelen en/of bij te sturen die ondersteunend zijn bij het realiseren van seksueel gezondheid en seksueel gezond gedrag. Meer concreet gaat het om het ontwikkelen van positieve attitudes en een accepterende houding ten aanzien van de eigen seksualiteit, het ontwikkelen van positieve attitudes ten aanzien van gelijkwaardige seksuele relaties en plezierige seksuele ervaringen, het ontwikkelen van intenties en vaardigheden ten aanzien van het realiseren van eigen wensen en grenzen (vooral door middel van communicatie met de partner), en het ontwikkelen van ondersteunende attitudes, intenties en vaardigheden inzake veilig vrijen.

Daarbij is steeds veel aandacht voor de factoren die in de actuele context een rol spelen. Girls' Talk tracht meiden bewust te maken van de invloed van deze factoren, en hen te leren anticiperen op kansen en belemmeringen in hun eigen specifieke context. Het bevorderen van kennis van handelingsstrategieën en van hulpbronnen in de eigen specifieke situatie is daarbij belangrijk, evenals het leren inschatten van de interactiecompetentie van de partner en een bewustere partnerkeuze.

Girls Talk wil meiden ondersteunen bij hun eigen leerproces en het zelf ontwikkelen van de benodigde competenties en haakt daarom vooral aan bij het vierde cluster: de evaluatie van concrete

ervaringen en het ontwikkelen van intenties voor de toekomst. Girls' Talk draagt hieraan bij door meiden te leren reflecteren op de eigen ervaringen en de bijbehorende emoties en risico's te leren zien en benoemen.

De achtergrondfactoren zijn binnen een preventieve interventie als Girls' Talk grotendeels onveranderbaar, maar vormen wel een factor waarmee rekening moet worden gehouden. Veel meiden hebben ervaring met seksueel geweld en hebben last van gevoelens van schaamte en schuld rondom het seksuele geweld. Wanneer deze ervaringen naar boven komen in de groepen is het verminderen van deze gevoelens van schaamte en schuld essentieel, omdat deze gevoelens een goede verwerking van het trauma belemmeren.

Een andere voorwaarde voor het kunnen realiseren van seksueel gezond gedrag is adequate kennis ten aanzien van risico's en bescherming. Deze kennis ontbreekt vaak of is onvolledig. Daarom wordt in Girls' Talk ook hieraan aandacht besteed. Hoewel enige basiskennis (bijvoorbeeld kennis van lichaamsfuncties, menstruatiecyclus etc.) wordt verondersteld, is deze niet altijd aanwezig. Daar waar nodig worden kennishiaten aangevuld.

Daarnaast wordt rekening gehouden met de leeftijd, het leervermogen van laagopgeleide meiden, en met specifieke issues die samenhangen met bijvoorbeeld een islamitische achtergrond.

Koppeling doelen en aanpak:

De aanpak van intermediërende factoren:

Het inzicht in de diversiteit aan sociale normen ten aanzien van seksualiteit en seksueel gedrag en het innemen van een eigen standpunt wordt bevorderd door:

- groepsgesprekken over de eigen normen en de normen van de sociale omgeving
- spelvormen waarbij stelling moet worden genomen

Daarbij zorgt de counselor er steeds voor dat er met respect naar elkaar geluisterd wordt en geeft positieve feedback bij het verwoorden van eigen standpunten.

Positieve attitudes ten aanzien gelijkwaardige en prettige seksuele relaties en het mogen uiten van wensen en grenzen op seksueel gebied en van veilig vrijen, worden bevorderd door middel van

- groepsgesprekken
- discussies
- spelvormen waarbij meiden stelling moeten nemen
- zelfreflectie op eigen ervaringen en riskante situaties
- discussies naar aanleiding van videobeelden.

Uitgangspunt hierbij is dat het ontwikkelen van attitudes de uitkomst is van een sociaal beïnvloedingsproces. Deze discursieve werkvormen bieden veel aanknopingspunten voor het geven van feedback en de ander overtuigen door middel van argumenten; technieken die door deskundigen effectief geacht worden in het beïnvloeden van attitudes. (Michie et al. 2008).

Positieve gedragsintenties ten aanzien van weigeren van onvrijwillige seks, het realiseren van eigen seksuele wensen, en condoom- en anticonceptiegebruik worden bevorderd door middel van

- het uitwisselen van ervaringen met concreet gedrag (reflectieoefeningen)
- anticiperen op nieuwe situaties
- stellingenspel en meningsvorming
- geleide fantasieoefeningen
- videobeelden (tienermoederschap, voor- en nadelen van jong moeder zijn en standpunten bepalen)
- en door creatieve opdrachten (bijvoorbeeld ontdekken van prettige en aanrakingen op een tekening van het eigen lichaam en het lichaam van de partner).

Deze werkvormen genereren sociale processen van feedback, aanmoediging, ondersteuning, en stimuleren de zelfevaluatie. De meeste van deze technieken worden door deskundigen effectief geacht in het bevorderen van gedragsintenties (Michie et al. 2008).

De eigeneffectiviteit en vaardigheden ten aanzien van het weigeren van onvrijwillige seks, het realiseren van seksuele wensen, communicatie met de partner en condoom- en anticonceptiegebruik worden vergroot door middel van

- gerichte oefenopdrachten (praten over seksualiteit en aangeven van eigen wensen),
- simulatieoefeningen en adviesopdrachten
- oefeningen naar aanleiding van videobeelden met riskant gedrag en voorbeeldgedrag
- rollenspelen (vooral gericht op communicatie, onderhandelen en voet bij stuk houden)
- stem- en lichaamsgerichte oefeningen (verschillende strategieën in grenzen ontdekken en uiten verkennen, bijvoorbeeld hardop 'nee' zeggen; stevig staan, non-verbale communicatie, de ideale inter-persoonlijke afstand bepalen).

Door deze werkvormen worden technieken ingezet die door Bandura (1997) als effectief voor het vergroten van eigeneffectiviteit zijn aangeduid, namelijk: het opbouwen van ervaring met het nieuwe gedrag, modellering, overhalen en simulatie. Voor weerbaarheidsprogramma's voor jonge vrouwen is inmiddels aangetoond dat programma's waarin daadwerkelijk geoefend wordt met gedrag effectiever zijn dan programma's zonder oefenmogelijkheid (Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Kirby, 2002). Lichaamsgerichte oefeningen maken ook onderdeel uit van in Nederland effectief gebleken weerbaarheidsprogramma's zoals Marietje Kessels.

In het algemeen zijn programma's die vanuit een sociaal cognitieve invalshoek opgezet zijn en behalve op kennis, sterk gericht zijn op attituden, competentie en vaardigheden effectiever in het bevorderen van gezond gedrag. (Jemmot & Jemmot, 2000, Kirby, 2002).

Bevorderen van gezond gedrag in de actuele context:

In alle onderdelen van het programma wordt uitdrukkelijk gewerkt aan het vergroten van inzicht in factoren in de actuele context waarbinnen seksueel gedrag plaatsvindt, door meiden uit te nodigen te vertellen over hun persoonlijke ervaringen en de kansen en belemmeringen die zij daarin hebben ervaren.

Anticipatie op lastige situaties wordt bevorderd door

- inventariseren van lastige situaties (in groepsgesprekken)
- inventariseren van handelingsstrategieën (groepsgesprekken, adviesbrieven schrijven)
- oefenen van handelingsstrategieën (rollenspel, stemoefeningen)

Kennis van hulpbronnen in actuele situaties wordt bevorderd door kennisoverdracht (over noodpil, soa-onderzoek, hulpverlening) in groepsgesprekken.

Het leren inschatten van de interactiecompetentie van de partner en een bewustere partnerkeuze worden bevorderd door

- inventariseren van positieve en negatieve kenmerken van vriendjes
- reflectie op eigen verwachtingen ten aanzien van de seksuele partner in groepsgesprekken
- reflectie op kenmerken van de eigen seksuele partner in groepsgesprekken

Op deze wijze leren meiden te reflecteren op concrete situaties en verwerven zij een kritisch inzicht in de factoren die hen belemmeren bij het bereiken van het gewenste resultaat.

Bevorderen van vermogen tot kritisch inzicht en zelfreflectie

Gedurende het hele programma wordt vaak stilgestaan bij de persoonlijke beleving van de meiden: welke gedachten en gevoelens spelen bij hen rondom seksualiteit en seksuele ervaringen? Hoe willen/kunnen zij hier in hun eigen situatie mee omgaan? Welke plannen en verwachtingen hebben zij voor de toekomst? Momenten van kritische reflectie zijn vooral reflectieoefeningen, groepsdiscussies en nabesprekingen van oefeningen. De counselor bevordert dit proces door middel van persoonlijk uitnodigen, doorvragen en positieve feedback geven. Meer seksueel ervaren deelnemers kunnen

hierbij een voortrekkersrol vervullen. Op deze wijze ontstaat er een platform voor peer-learning. Een veilige en open sfeer in de groep is daarvoor noodzakelijk, zeker voor meiden die opgevoed zijn met een taboe op seksualiteit. De seksespecifieke aanpak en de gefaseerde opbouw van het programma (van makkelijke en veilige onderwerpen naar steeds moeilijkere) bevordert het ontstaan van een positieve groeps sfeer en de counselor ondersteunt dit door het bewaken van de veiligheid en de groepsregels.

Rekening houden met achtergrondfactoren:

In alle onderdelen wordt nadrukkelijk rekening gehouden met de onveranderbare achtergrondfactoren, namelijk door aan te sluiten bij het opleidingsniveau en de leeftijd van de deelnemers, en door veel ruimte te laten voor cultuurspecifieke onderwerpen zoals maagdelijkheid, eer, jong moederschap etc. Hiertoe zijn er naast de reguliere werkvormen ook alternatieve werkvormen beschreven die in specifieke groepen (bijvoorbeeld bij een groep van tienermoeders of een groep van meiden die nog nauwelijks seksueel actief zijn) ingezet kunnen worden. Ook door het delen van persoonlijke ervaringen komen cultuurspecifieke issues aan bod. Ten behoeve van deze afstemming is bij de ontwikkeling van het programma samengewerkt met een expertpanel van jongerenwerkers die veel met deze doelgroepen werken en deels zelf van allochtone herkomst zijn.

Ernstige seksuele traumatisering is een exclusie criterium, maar in veel groepen blijken meiden met negatieve seksuele ervaringen te zitten. Vaak komen deze ervaringen aan bod als er enige veiligheid in de groep is ontstaan en het onderwerp 'risicovolle partners' besproken wordt. De counselor heeft dan een belangrijke taak in het ontschuldigen van het slachtoffer en het bevorderen van morele steun door de groep. Door negatieve ervaringen bespreekbaar te maken kunnen meiden die dat nodig hebben worden verwezen naar intensievere hulpverlening. Vaak is het doorbreken van het taboe en het delen van de ervaring met leeftijdsgenoten al een hele opluchting, en bieden groepsleden voldoende steun en positieve aandacht.

Enige basiskennis wordt verondersteld in dit programma, maar in de praktijk blijken er toch hier en daar grote kennislacunes te bestaan. Waar nodig worden deze aangevuld. Daartoe worden in het begin vragen geïnventariseerd en behandeld. Daarnaast is er gedurende het hele programma ruimte voor individuele vragen en de begeleider corrigeert mythen en onjuiste veronderstellingen daar waar deze zich voordoen. Adequate seksuele kennis wordt ook bevorderd door een kennisquiz en door het demonstreren van condooms en anticonceptiemiddelen. Kennis van het eigen lichaam wordt vergroot door in te gaan op persoonlijke vragen rondom vruchtbaarheid, menstruatie, zwangerschap, soa's, etc.

Het programma is specifiek ontwikkeld voor meiden met een lage opleiding. Bij deze groep moet rekening worden gehouden met een lagere concentratiespanne en een leerstijl die zich meer kenmerkt door 'doen'. Het programma sluit hierbij aan door een grote afwisseling van werkvormen, actieve oefeningen worden bijvoorbeeld afgewisseld met discussie en kijken naar videobeelden. Een goede aansluiting bij het opleidingsniveau, verschillende leerstijlen en verschillende culturele achtergronden is een kenmerk van effectieve interventies voor adolescenten (Kirby, 1997).

Andere werkzame factoren:

Methodische kenmerken

Karakteristiek voor het programma is de empowerment benadering, de seksespecifieke en cultuursensitieve aanpak, de counselingmethode en peer-learning.

- Empowerment benadering:
Binnen het programma wordt door middel van modellering, vaardigheidsoefeningen en huiswerkopdrachten gewerkt aan het versterken van het gevoel van persoonlijke controle en aan een positief gevoel van eigenwaarde. In de groeps gesprekken en in specifieke oefeningen is er

veel aandacht voor de persoonlijke situatie van de meiden, hun specifieke omgevingsfactoren en de factoren in de actuele context van seksuele situaties die veilig en plezierig vrijen beïnvloeden. Andere onderdelen zijn specifiek gericht op het verstrekken van specifieke basiskennis over veilig en plezierig vrijen en over hulpbronnen waar meiden op terug kunnen vallen. Op deze manier wordt gewerkt aan het bevorderen van een kritisch bewustzijn ten aanzien van hun mogelijkheden om veilig en plezierig te vrijen. Participatie wordt bevorderd door de interventie in een groepsstructuur aan te bieden. Hierdoor leren meiden essentiële vaardigheden om eigen doelen te verwezenlijken, zoals het woord nemen, eigen standpunten innemen, argumenteren, emoties verwoorden, elkaar stimuleren, en opbouwende kritiek geven. In de praktijk ontwikkelen zich uit de Girls'Talk groepen vaak hechte vriendschappen, waardoor meiden elkaar ook buiten de interventie sociale steun bieden.

- **Seksespecifieke en cultuursensitieve aanpak:**

Een seksespecifieke groep is een voorwaarde (zeker voor allochtone meiden) voor voldoende veiligheid om een proces op gang te laten komen. Seksespecifiek werken bevordert de onderlinge herkenning en erkenning van ervaringen en problemen en bevordert het inzicht in de samenhangen tussen de eigen socialisatie enerzijds en specifieke knelpunten en mogelijke strategieën bij het realiseren van gezond gedrag anderzijds. Dit bevordert de evaluatie van de eigen sekserol en daarmee het kritisch inzicht in de eigen mogelijkheden. In de vrouwenhulpverlening is seksespecifiek werken een belangrijk instrument voor empowerment gebleken. Bovendien faciliteert de groep het ontstaan van sociale contacten onderling en draagt op deze manier bij aan de sociale integratie van meiden. Meiden leren hun eigen ervaringen, waarden en normen, en inzichten te koppelen aan hun eigen sekserolsocialisatie en deze kritisch te beschrijven, ook in relatie tot sekserol gedrag van jongens. Het programma is cultuursensitief in die zin dat er in het programma en de oefeningen en werkvormen rekening is gehouden met cultuurspecifieke onderwerpen en gevoeligheden. Cultuurspecifieke aandacht komt o.a. naar voren bij de thema's partnerkeuze, verliefdheid, al of niet seks mogen/willen met een jongen voor het huwelijk, veilige seks en condoomgebruik. Er wordt stil gestaan bij meiden die vanuit hun culturele achtergrond andere opvattingen hebben over seksualiteit, seksueel contact voor het huwelijk, relaties en masturbatie dan andere meiden. Aan bod komen de seksuele eer, het leven tussen twee culturen en mythen rondom maagdelijkheid. Uitgangspunt blijft dat meiden leren zelf keuzes te maken. In de programmahandleiding worden bij elk programmaonderdeel sekse- en cultuurspecifieke didactische aanwijzingen meegegeven voor de counselors.

- **Counselen als methodiek:**

De counseling methode ondersteunt deelnemers bij het maken van verantwoorde keuzes, door uit te gaan van de eigen vragen, attitudes, motivaties en emoties (van de Jagd, 2003). Het is een beproefde methode om mensen te helpen bij het oplossen of hanteren van problemen, het vinden van antwoorden op vragen, het benutten van ongebruikte mogelijkheden en het ontwikkelen van kennis en vaardigheden. Counseling is resultaatgericht en pragmatisch van aard. Het gaat er om dat een deelnemer doelen gaat formuleren en gaat handelen om deze doelen te bereiken. Counseling is een effectieve methode gebleken bij jongeren (Connell, Barkham, Mellor-Clark, 2008). Deze persoonlijke aanpak wordt gerealiseerd door de meiden veelvuldig situaties in te laten brengen die zij zelf hebben meegemaakt en ruimte te bieden om deze te exploreren. De trainer bewaakt de veiligheid en faciliteert het proces door door te vragen, met eigen voorbeelden te komen, cognities en mythen van meiden uit te dagen en discussie te stimuleren. Zij geeft feedback op een ondersteunende, respectvolle manier.

- **Peer-learning**

Peer-learning neemt een belangrijke plek in. Meiden die al meer kennis en ervaring hebben met seksualiteit en relaties worden expliciet uitgenodigd dit te delen met anderen. Zij kunnen vooral een rolmodel zijn voor andere meiden. Meiden met minder of geen seksuele ervaring kunnen worden uitgenodigd hun keuzes en motieven toe te lichten en op deze manier de diversiteit in seksuele opvattingen te laten zien. Peer-learning draagt bij aan de cognitieve ontwikkeling in het

algemeen en in het bijzonder aan de ontwikkeling van zelfreflectie in adolescenten (Rijke & de Vries, 1995).

Algemeen werkzame factoren

Daarnaast is bij de ontwikkeling rekening gehouden met algemene kenmerken die de effectiviteit van weerbaarheidsprogramma's en preventieprogramma's beïnvloeden. Deze factoren zijn: gebaseerd zijn op een theoretisch model, uitgaan van sociaal cognitieve gedragstheorieën, een voldoende aantal sessies (tenminste vier) en voldoende spreiding in de tijd (wekelijkse korte sessies zijn effectiever dan een of enkele sessies van lange duur), de mogelijkheid tot oefenen van vaardigheden, en gebruik maken van videobeelden of theater. (Kirby, 2002; van Oosten & Höing, 2004).

Een en ander heeft geresulteerd in een intensief programma van acht wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, waarin veel aandacht is voor veiligheid en een gefaseerde opbouw van 'makkelijke' naar steeds moeilijkere thema's zoals seksuele risico's en seksueel geweld.

Samenvatting werkzame ingrediënten:

Inhoudelijk is Girls' Talk gebaseerd op een cognitief gedragstheoretisch model van seksuele interactiecompetentie, waarin achtergrondkenmerken, intermediaire factoren (normen, attitudes, gedragsintenties en eigeneffectiviteit) en factoren in de actuele context de seksuele interactiecompetentie bepalen. Het realiseren en bevorderen van seksuele gezondheid is daarin een iteratief proces waarbij de evaluatie van concrete seksuele ervaringen in de actuele context een belangrijke rol speelt.

Empowerment, seksespecifiek werken, counseling en peer-learning zijn de methodische pijlers waarop het programma rust.

Het programma richt zich inhoudelijk op de in onderzoek relevant gebleken determinanten van seksuele gezondheid en seksuele interactiecompetentie, namelijk kennis, intenties, attitudes, eigeneffectiviteit en vaardigheden. Om het leerproces te versterken wordt het vermogen tot zelfreflectie en het kritisch inzicht in belemmerende en bevorderende factoren in de eigen context vergroot door meiden steeds te stimuleren om vanuit eigen ervaringen te praten, eigen emoties te benoemen en elkaar feedback te geven.

Er wordt gebruik gemaakt van effectief bevonden en/of gebleken methodieken zoals kennisoverdracht, discursieve methoden voor attitudeverandering en intentieformatie en trainen van vaardigheden, waarbij steeds veel aandacht is voor de specifieke context waarbinnen seksueel gedrag plaatsvindt.

Inhoud en opbouw van het programma zijn aangepast aan de specifieke behoeften van laagopgeleide adolescenten met diverse culturele achtergronden. Gezien het intieme en in sommige culturen taboe- karakter van het onderwerp wordt veel aandacht besteed aan veiligheid en groepsregels.

4.4 Eisen begeleiding, uitvoering en kwaliteitsbewaking

Eisen ten aanzien van uitvoering en begeleiding

Eisen ten aanzien van de uitvoering van het programma zijn opgenomen in de handleiding (zie bijlage). Samenvattend gaat het om

- vaststellen en bewaken van groepsregels,
- bewaken van veiligheid en onderling respect
- de opbouw van het programma aanhouden
- begeleider is ook buiten de groep aanspreekbaar
- een groepsgrootte van 6 – 8 deelnemers
- met deelnemers afspraken maken over consequente deelname

- een mix van ervaren/minder ervaren meiden heeft de voorkeur
- meiden moeten in cognitief niveau bij elkaar passen
- meiden moeten over enige seksuele basiskennis beschikken, het is geen voorlichtingsprogramma
- in taalgebruik en uitleg aansluiten bij opleidingsniveau van de meiden
- bij de keuze van werkvormen rekening houden met de thema's die in de groep relevant zijn

Trainers die met het programma willen werken worden geacht een tweedaagse training hiervoor te volgen, die aangeboden wordt door de Rutgers Nisso Groep. Essentieel is dat de begeleiders de uitgangspunten en doelstellingen van het programma Girls' Talk kunnen onderschrijven.

De begeleiding kan door jongerenwerkers, jeugdhulpverleners en/of groepsconselors plaatsvinden. Ervaring in het werken met meidengroepen en kennis van de doelgroep is een voorwaarde. Het verdient de voorkeur de groep door twee vrouwelijke trainers te begeleiden. Met name in een meidengroep kan sprake zijn van indirecte communicatie of manipulatie, slecht luisteren, elkaar veroordelen, jaloezie en roddel. Twee begeleiders kunnen beter op de non-verbale en verbale interactiepatronen in de groep letten. Met een co-begeleiding is men beter in staat om de inhoudelijke en procesmatige aspecten evenveel aandacht te geven. Daarnaast kan met een co-begeleiding beter worden ingesprongen op onverwachte gebeurtenissen in de groep. Vrouwelijke begeleiding is vereist. Deze biedt meiden identificatiemogelijkheden, vertrouwen en veiligheid. Andere eisen die aan de begeleiding gesteld worden zijn opgenomen in de programmahandleiding (zie bijlage).

Overige eisen:

Kwaliteitsbewaking:

Het programma is niet vrij beschikbaar. Counselors die met het programma willen werken moeten eerst een tweedaagse training bij de Rutgers Nisso Groep hebben gevolgd. Daarbij wordt als voorwaarde gesteld dat trainers ervaring hebben en werkzaam zijn in een instelling waar laag opgeleide meiden tot de doelgroep behoren. De kwaliteit van de training wordt bij iedere groep schriftelijk geëvalueerd.

Na de ontwikkelfase en de pilot (2005 en 2006) heeft in 2006 en 2007 een implementatieproject plaatsgevonden. Hiertoe hebben 77 professionals een training gevolgd. Uit de evaluatie bleek dat 94% van de deelnemers van mening was dat de training voldoende handvaten bood om de Girls' Talk groepen uit te kunnen voeren.

Randvoorwaarden voor uitvoering in de organisatie

- Een laagdrempelige goed bereikbare locatie, waar rust en veiligheid zijn gegarandeerd.
- Een tijdstip in overleg met de meiden afspreken.
- Een lokaal met voldoende ruimte voor lichaamsgerichte en creatieve oefeningen en rollenspellen. De inrichting van de ruimte (stoelen met tafels of banken) is minder belangrijk.
- Aanwezigheid van benodigd materiaal (zie handleiding)
- Beschikbaarheid van een sociale kaart met adressen en contactpersonen op het terrein van seksuele gezondheid, zorg en begeleiding.

5. Overige voorwaarden voor toepassing

Indicatiestelling:

Zie eerder ad.3 doelgroep van de interventie (indicatie en contra-indicaties)

Kosten van de interventie

De kosten van de interventie bestaan uit de volgende elementen:

- kosten voor de training van tenminste twee medewerkers (halve dag voorbereiding, 2 dagen training plus € 260,- voor de training inclusief handleiding en dvd)
- kosten voor de werving van meiden (duur: gemiddeld vier weken, enkele uren per week; indien gewerkt wordt met een bestaande meidengroep kan een voorbereidend gesprekje van een half uur per deelnemster volstaan)
- huur van ruimte en faciliteiten
- materiaalkosten (pennen, flip-over, kopieerkosten etc.)
- voorbereiding van de bijeenkomsten (8 x 1 uur per begeleidster)
- uitvoering van de bijeenkomsten (8 x 2,5 uur per begeleidster)
- eventueel: individuele nazorg

Uitgaande van een gemiddeld uurtarief van € 35 voor jeugdwerkers bedragen de kosten per instelling voor training van twee begeleidsters en uitvoering van de groep maximaal € 4110.

6. Samenvatting onderzoek effectiviteit

6.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

Publicatie: Höing, M. Vanwesenbeeck, I. & Bakker, F. (2006). Girls' Talk: Seksuele empowerment voor meiden. Utrecht: RNG.

Girls Talk is door middel van een effectstudie (zie 6.1.1.) en een procesevaluatie (zie 6.1.2) geëvalueerd.

De centrale vraagstelling in het evaluatieonderzoek luidde: kan Girls' Talk bijdragen aan het vergroten van de seksuele interactiecompetentie van laag opgeleide meiden met diverse etnische achtergronden?

6.1.1. Effectstudie:

Onderzoeksvraag:

Doen zich bij deelnemers aan het programma op de uitkomstmaten veranderingen in de gewenste richting voor, en zijn deze toe te schrijven aan deelname aan het programma?

Daarnaast is onderzocht in hoeverre achtergrondkenmerken van deelnemers en kenmerken van de counselor en de setting van invloed zijn op de effectiviteit van het programma.

Onderzochte doelen:

Seksuele gezondheid:

- seksueel zelfbeeld
- relatiegeweld

(seksueel plezier, condoomgebruik en pilgebruik kon vanwege het te kleine aantal meiden dat op beide meetmomenten seksueel actief was niet gemeten worden)

Seksuele interactiecompetentie

- seksuele onzekerheid
- seksuele controle

- seksuele communicatie met de partner

Intermediërende factoren:

- kennis
- attitudes (genderconservatisme, attitudes t.a.v. realiseren van wensen en grenzen, veilig vrijen)
- intenties (wensen en grenzen, veilig vrijen)
- eigeneffectiviteit (wensen en grenzen, veilig vrijen)

Opzet van de studie:

De effectiviteit van het programma is onderzocht door middel van een quasi-experimenteel onderzoek met lange termijn nameting. Hieraan hebben elf instellingen (voornamelijk jeugdwerkzorg en onderwijs) deelgenomen en er zijn in totaal twaalf groepen uitgevoerd. Er is gewerkt met een testgroep en een wachtlijstgroep als controle, beiden geworven uit de doelgroep van de betreffende instelling. Gegevens ten behoeve van de effectevaluatie zijn verkregen van 56 meiden uit de testconditie en 38 meiden uit de controleconditie. Er was sprake van een voormeting, een nameting en een follow up na vier maanden. Niet alle concepten zijn in alle metingen meegenomen (zie Tabel 1 in de bijlage). Bovendien zijn in de tweede nameting twee concepten ook door middel van een retrospectieve voormeting bevestigd, namelijk eigeneffectiviteit en zelfbeeld. Voor de berekening van effectgrootten (Tabel 5 in de bijlage) zijn de verschillen tussen voormeting en follow up gebruikt. (Deze tabel is niet opgenomen in de publicatie).

In de testgroep waren de drie grootste bevolkingsgroepen (Nederlandse, Turkse en Marokkaanse meiden en Caraïbische meiden) evenredig vertegenwoordigd, echter de controlegroep bestond in meerderheid uit Nederlandse meiden, waardoor het niet mogelijk was om binnen de bevolkingsgroepen tussen test- en controlegroep te vergelijken. Bij de berekening van de effecten (Tabel 2 in de bijlage) is gecontroleerd voor etniciteit.

Meetinstrumenten:

Als uitkomstmaten zijn vooral de aspecten van seksuele interactiecompetentie en de intermediërende factoren (kennis, intenties, attitudes, eigeneffectiviteit) gebruikt. Achtergrondfactoren uit de voorgeschiedenis en variabelen uit de actuele context zijn eveneens gemeten. Voor een overzicht over de instrumenten (gemeten concepten, voorbeelditems, betrouwbaarheid en herkomst van gebruikte schalen) zie Tabel 1 in de bijlage.

Resultaten:

Tabel 2 en 3 in de bijlagen geven een overzicht over gemiddelden, standaarddeviaties, en de uitkomsten van de repeated measures analyses. Tabel 4 geeft een overzicht over beïnvloedende factoren. Tabel 5 geeft de grootte van de veranderingen (ES) bij test- en controlegroep weer in Cohen's d. Aangezien de test- en controlegroep bij de voormeting op enkele uitkomstmaten significant van elkaar verschilden is het minder zinvol om de ES uit te drukken als het verschil tussen beide groepen bij de nameting (de controlegroep had immers op sommige punten al een voorsprong). Daarom is de effectgrootte per groep apart weergegeven als het verschil tussen voormeting en lange termijn nameting (duurzame effecten). Zodoende wordt duidelijk in hoeverre er een verschil is tussen de beide groepen in de mate van verandering.

Significante positieve effecten ($p < .05$) zijn niet gemeten. Op twee aspecten scoren de meiden uit de testgroep trendmatig beter dan de controlegroep ($p < .10$):

- hun intentie tot pilgebruik is toegenomen ($d = .56$) terwijl dit bij de controlegroep niet het geval is
- terwijl bij de controlegroep de intentie tot condoomgebruik afneemt ($d = -.40$), is dit bij meiden uit de testgroep nauwelijks het geval ($d = -.10$), ook een positief effect dus.

Een positief effect dat niet het niveau van trend haalt is een grotere toename van de seksuele controle

bij meiden uit de testgroep ($d = .27$), terwijl de controlegroep niet vooruit gaat.

Op één aspect scoort de controlegroep significant hoger dan de test groep ($p = .01$). De eigeneffectiviteit inzake het realiseren van seksuele wensen is bij de controlegroep vooruit gegaan ($d = .40$), terwijl de testgroep geen vooruitgang rapporteert. Mogelijk heeft de testgroep door de interventie een realistischer beeld van het eigen functioneren verworven (response-shift).

Op veel aspecten is er echter bij beide groepen een vooruitgang gemeten (Tabel 5). Bij beide groepen gaat het om:

- positiever seksueel zelfbeeld
- minder seksuele onzekerheid
- toegenomen seksuele kennis (de kennistoename bij de testgroep treedt sneller op)
- toegenomen intentie tot het realiseren van seksuele wensen
- toegenomen eigeneffectiviteit inzake anticonceptiegebruik
- toegenomen eigeneffectiviteit en positiever zelfbeeld in de retrospectieve evaluatie

Op een aantal punten ging de controlegroep vooruit, terwijl gewenste effecten bij de testgroep uitbleven. Het gaat hierbij om afgenomen genderconservatisme, positievere attitudes ten aanzien van condooms, positievere attitudes ten aanzien van de pil en eigeneffectiviteit van condoomgebruik in moeilijke situaties. .

Mogelijke verklaringen voor het feit dat de controlegroep meebeweegt:

- Allereerst valt te denken aan *processen van natuurlijke rijping*. De meisjes bevinden zich allemaal in een levensfase waarin veel nieuwe ervaringen opgedaan worden, veel geëxperimenteerd wordt en waarin zij zowel op cognitief als op sociaal-emotioneel gebied sterk in ontwikkeling zijn, niet in laatste instantie waar het relaties en seksualiteit betreft. Deze aanname wordt ondersteund door bevolkingsonderzoek waarin een leeftijdseffect wordt gevonden als het gaat om seksuele interactiecompetentie (de Graaf et al. 2005). Het is goed mogelijk dat de effecten van dit natuurlijke rijpingsproces vele malen sterker zijn dan de effecten die door een programma van acht bijeenkomsten bewerkstelligd kunnen worden en deze zo sterk overschaduwen dat ze in een effectmeting zoals hier is uitgevoerd niet zichtbaar worden.
- Een tweede mogelijke verklaring is dat er sprake is van *contaminatie*. Contacten tussen de testgroep en de controlegroep kunnen er voor gezorgd hebben dat ook de controlegroep geprofiteerd heeft van hetgeen er in de groepsessies besproken is. Voor zover hiervan sprake is, vertroebelt dit uiteraard de effectmeting. In de praktijk van het jeugd- en jongerenwerk zou dit echter als een positief effect gezien moeten worden, omdat zo ook meiden bereikt kunnen worden die niet aan de groepen deelnemen. De lokale counselors wezen ook op de uitstraling die het programma heeft op de omgeving van de deelnemers.
- Daarnaast, en enigszins in samenhang met bovenstaande, kan er sprake zijn van twee processen die veelvuldig optreden bij onderzoek met herhaalde metingen, namelijk pre-test effect en response-shift. *Pre-test effect*: Het invullen van een uitgebreide vragenlijst zorgt ervoor dat de respondent sensitiever wordt voor het onderwerp, er daarna meer mee bezig is, meer informatie hierover opslaat en het er meer met anderen over heeft, waardoor met name attitudes kunnen veranderen. Bovendien kan er een beeld groeien van wat *sociaal wenselijk* is waardoor bij een volgende meting antwoorden gegeven worden die positiever uitvallen. *Response-shift*: Response-shift is een neveneffect van deelname aan een effectieve training (Sprangers en Hoogstraten, 1989; Rohs, 1999). Door deelname aan de groep verwerven de meiden meer informatie over en inzicht in het eigen functioneren op een bepaalde dimensie, waardoor zij een te optimistische beoordeling in de voormeting corrigeren bij een latere meting. Dit zou het bijvoorbeeld het geval kunnen zijn met betrekking tot de evaluatie van de eigeneffectiviteit. Bij de controlegroep blijft een dergelijke correctie uit, waardoor zij hoger

scoren.

- Tot slot is de nagestreefde flexibiliteit en dus beperkte standaardisering van een programma 'op maat' tegelijkertijd ook een beperking bij het vaststellen van de effectiviteit door het vinden van significante verschillen.

Bij de vergelijking tussen de verschillende subgroepen van de testgroep naar etniciteit bleek, dat de meiden met een Turkse of Marokkaanse achtergrond de meeste veranderingen op de uitkomstmaten lieten zien, gevolgd door Nederlandse meiden, terwijl de effecten bij Surinaamse en Antilliaanse meiden beperkt bleven (zie Tabel 3 in de bijlage).

Bij acht van de 21 uitkomstmaten bleken achtergrondkenmerken van de deelnemers en/of van de begeleiders een significante invloed te hebben op de vooruitgang die tussen de voormeting en de lange termijn nameting geboekt werd (Tabel 4). De etnische achtergrond is daarvan de belangrijkste. Of meiden wel of niet al geslachtsgemeenschap hebben gehad is niet van invloed op de hier gemeten resultaten, evenmin als de setting waarin het programma is uitgevoerd (school of jongerenwerk).

Kosteneffectiviteit.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit.

6.1. 2 Procesevaluatie

Onderzochte doelen:

- bevordering van vermogen tot zelfreflectie
- vergroting zelfbewustzijn t.a.v. eigen seksuele beleving.
- aantrekkelijkheid en toepasbaarheid van de interventie in de praktijk van het jongerenwerk
- bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie

Opzet van de studie:

Ten behoeve van de procesevaluatie zijn met alle lokale counselors (counselors afkomstig uit de deelnemende instellingen) na afloop van de groepen interviews gehouden waarin werd ingegaan op de effecten die de counselor heeft waargenomen bij de meiden, de algemene bruikbaarheid van het programma binnen het eigen werkveld, de bruikbaarheid van de specifieke onderdelen van het programma en de bevorderende en belemmerende factoren daarbij. Daarnaast zijn in de vragenlijst voor de effectevaluatie open vragen voor de meiden opgenomen.

Resultaten:

Counselors nemen bij meiden vooral waar dat een bewustzijnsproces op gang komt dat zich uit in een:

- toegenomen vermogen tot zelfreflectie
- toegenomen openheid over de eigen seksualiteit
- meer echtheid in gedrag en emoties
- toegenomen zelfbewustzijn ten aanzien van seksuele rechten
- toegenomen risicobewustzijn
- toegenomen bewustzijn van eigen negatieve ervaringen
- toegenomen bewustzijn van eigen wensen en behoeften in seksuele relaties
- een gelijkwaardige seksuele relatie belangrijker vinden.

Een belangrijk positief neveneffect van het programma is, dat door het persoonlijke karakter van de gesprekken en de veiligheid in de groepen een vertrouwensband is ontstaan tussen de deelnemers onderling en tussen de deelnemers en de counselor, waardoor seksuele problemen als mogelijke besmetting, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld makkelijker bespreekbaar worden. Hierdoor hebben counselors een betere ingang om problemen te signaleren en meiden adequaat te begeleiden of door te verwijzen.

Aangezien sommige meiden aangaven de opgedane kennis ook te delen met vriendinnen, moeders en vriendjes, heeft het programma tevens een positieve uitstraling naar de omgeving van de deelnemers.

Ook de deelnemende meiden evalueren het programma positief tot zeer positief, en noemen daarbij met name de leerzaamheid en de gezelligheid. In veel groepen zijn hechte vriendschappen tussen de deelnemers ontstaan.

Het programma sluit in het jongerenwerk en de jeugdhulpverlening goed aan bij het dagelijkse werk van de jongerenwerkers. De kansen op een succesvolle implementatie zijn hier het grootst, mede omdat het programma goed ontvangen wordt door het management. Daarnaast is ook de experimentele toepassing (na-schools) op scholen veelbelovend verlopen.

Samenvatting directe aanwijzingen effectiviteit

Primaire Studie:

Höing, M.; Vanwesenbeeck, I. & Bakker, F. (2006). Girls' Talk: seksuele empowerment voor meiden. Utrecht: RNG ****

Quasi - experimenteel onderzoek in de praktijk met follow up na vier maanden.

Testgroep: n = 56; controlegroep: n = 38

Resultaten:

Ongeacht etnische achtergrond:

- grotere toename intentie pilgebruik dan bij controlegroep (trend)
- geen achteruitgang intentie condoomgebruik; wel bij controlegroep (trend)
- snellere toename kennis t.a.v. seksuele risico's en veilig vrijen dan bij controlegroep (trend)
- grotere toename seksuele controle dan bij controlegroep (niet significant)
- significante toename eigeneffectiviteit anticonceptiegedrag in moeilijke situaties (ook bij controlegroep)
- significant positiever seksueel zelfbeeld (ook bij controlegroep)
- significant minder seksuele onzekerheid (ook bij controlegroep)
- toegenomen eigeneffectiviteit en positiever zelfbeeld in de retrospectieve evaluatie (ook bij controlegroep)

Opmerking: vermoedelijk speelt contaminatie een rol van betekenis bij het gunstig scorebeloop bij controlegroep, een uitstraling van het programma naar de omgeving is echter vanuit het oogpunt van gezondheidsbevordering juist gewenst.

Mogelijk is er sprake van response-shift ten aanzien van enkele concepten bij de testgroep.

Uitblijvende effecten, die wel bij controlegroep optreden:

- geen afgenomen genderconservatisme,
- geen positievere attitudes ten aanzien van condooms en
- geen positievere attitudes ten aanzien van de pil.
- geen toegenomen eigeneffectiviteit van condoomgebruik in moeilijke situaties

Resultaten naar etnische achtergrond:

Turkse en Marokkaanse meiden laten meeste veranderingen in de gewenste richting zien, Surinaamse en Antilliaanse meiden de minste, de resultaten van de Nederlandse meiden liggen hier tussen in.

Belangrijkste resultaten uit de procesevaluatie:

- toegenomen zelfbewustzijn en openheid ten aanzien van eigen seksualiteit
- toegenomen bewustzijn van eigen seksuele rechten, wensen en grenzen
- toegenomen risicobewustzijn

Verklaring 'sterrenstelsel' voor typering opzet: * = Veranderingsonderzoek; ** = (Quasi-) experimenteel onderzoek, niet in de praktijk; *** = (Quasi-) experimenteel onderzoek in de praktijk;

**** = (Quasi-) experimenteel onderzoek in de praktijk en met follow-up; ° = Geen van de voorgaande alternatieven.

6.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

Indirect bewijs is gevonden voor de effectiviteit van seksespecifieke groeps counseling als methodiek en voor de effectiviteit van de empowerment benadering.

Een Amerikaans seksespecifiek groeps counseling programma (The Future is Ours), voor (jong) volwassen vrouwen, waarin meer dan in Girls' Talk is gefocust op veilig vrijen, maar waarin ook uitdrukkelijk aandacht is besteed aan seksuele communicatie en seksuele empowerment is getest in twee uitvoeringen. Een programma van vier bijeenkomsten en een programma van acht bijeenkomsten zijn vergeleken met een controleconditie die geen programma volgde. De acht sessies - versie van het programma bleek seksueel gezond gedrag en seksuele communicatie effectief te bevorderen, de vier sessies - versie liet geen duidelijke conclusies toe (Miller, Exner, Williams & Ehrhardt, 2000; Ehrhardt et.a., 2002). Mede hierom is bij Girls' Talk gekozen voor een intensief programma van acht bijeenkomsten. Een andere overeenkomst met 'The Future is ours' is de focus op seksuele communicatie, het oefenen van onderhandelingsstactieken en de nadruk op seksuele empowerment. Een kwalitatieve follow up na een jaar maakte duidelijk dat het programma niet allen seksueel gezond gedrag bevorderde maar ook een significante bijdrage had geleverd aan het bevorderen van risico-bewustzijn (ook bij de controlegroep; dit ten gevolge van het invullen van uitgebreide vragenlijsten) en dat het programma een uitstraling had naar de omgeving van de deelnemers (Dworkin, Exner, Melendez, Hoffman & Ehrhardt, 2006). Deze resultaten zijn ondersteunend bewijs voor de effectiviteit van Girls' Talk op langere termijn en in een bredere context, omdat beide effecten ook in de evaluatie van Girls' Talk zijn waargenomen.

Een voor wat betreft opzet en intensiteit vergelijkbaar Amerikaans programma voor jongere meiden (12 – 13 jaar) gericht op algemene empowerment is Go Grrls (LeCroy, 2008). Dit programma telt elf bijeenkomsten (twee per week) waarin gewerkt wordt aan mediawijsheid, ontwikkelen van een positief lichaamsbeeld, een positief zelfbeeld, autonomie, sociale relaties en seksuele weerbaarheid is in twee afzonderlijke effectonderzoeken (waaronder een RCT) effectief gebleken. Significante effecten werden gevonden voor: lichaamsbeeld, assertiviteit, perceptie van aantrekkelijkheid, eigeneffectiviteit, zelfbeeld, irrationele overtuigingen, sociale steun, en status in vriendschapsrelaties. Een overeenkomst met Girls' Talk is het focussen op de persoonlijke situatie van de meiden, de nadruk op weerbaarheid, eigeneffectiviteit en rolopvattingen.

7. Toepassing (uitvoerende organisaties)

De interventie wordt op dit moment voornamelijk uitgevoerd als activiteit binnen het jeugd welzijnswerk, (residentiële) jeugdzorg en als na-schoolse activiteit binnen het voortgezet onderwijs (ROC's). Ook binnen instelling voor licht verstandelijk gehandicapten (MEE) zijn goed ervaringen opgedaan met het programma.

In 2006 en 2007 is een landelijk implementatieproject uitgevoerd en geëvalueerd. Binnen de projectperiode (1 jaar) hebben in totaal 44 instellingen uit 7 regio's 78 medewerkers laten scholen als trainer Girls' Talk. Deze 44 instellingen waren in uiteenlopende sectoren actief, namelijk jeugd welzijnswerk (20), jeugdhulpverlening (7), ROC (5), zelfstandige praktijken van jongerenwerkers (4), AZC's (2), Praktijkonderwijs (2), GGD (2), Vrouwenopvang (1) en MEE (1). Een aanpassing van het programma voor licht verstandelijk gehandicapten is in voorbereiding, in

samenwerking met MEE Groningen. Circa de helft van de instellingen die een of meerdere medewerkers had laten trainen voerde het programma binnen een jaar na de training uit. Na het implementatietraject is Rutgers Nisso Groep doorgedaan met het aanbieden van trainingen. Inmiddels hebben in totaal 125 intermediairs van 70 instellingen een training gevolgd. Ervan uitgaande dat 50% van de instellingen daadwerkelijk een groep gedraaid heeft en gemiddeld 6 meiden aan een groep hebben deelgenomen, zijn tot nu toe (inclusief de pilot) tenminste 300 meiden met het programma bereikt. Vermoedelijk is het aantal echter hoger omdat er inmiddels meerdere groepen uitgevoerd zullen zijn binnen de organisaties.

In hoeverre de beoogde doelgroep (laag opgeleide, heteroseksueel actieve meiden met diverse etnische achtergronden) daadwerkelijk wordt bereikt en hoe hoog de drop-out ratio is, is alleen bekend uit de pilot. In totaal hebben 93 meiden in de pilot aan het programma deelgenomen, daarvan heeft 18% minder dan zes bijeenkomsten gevolgd. De deelnemers hadden grotendeels (72%) een lage opleiding (VMBO of lager), 70% had een allochtone achtergrond, 77% had tenminste enige ervaringen op het gebied van seksualiteit en relaties. De beoogde doelgroep wordt dus goed bereikt.

8. Overeenkomsten met andere interventies

Er zijn geen overeenkomstige Nederlandse interventies voor laagopgeleide adolescente meiden bekend. De eerder geciteerde Amerikaanse interventie (The Future is Ours) is in de acht- sessie versie qua opzet en gebruikte methoden vergelijkbaar met Girls' Talk, maar is sterker gestandaardiseerd en meer gefocust op preventie van SOA/HIV. Girls' Talk behandelt meer thema's zoals ook relatievorming en plezierig vrijen. Bij Girls' Talk is ervoor gekozen meer ruimte te laten voor de persoonlijke ervaringen van meiden, en het programma aan te passen aan de behoeften van de desbetreffende meidengroep. Daarmee is gekozen voor een programma 'op maat', en is het minder strak geregisseerd dan The Future Is Ours.

Het eerder genoemde programma 'Go grrls' is bedoeld voor een jongere doelgroep (12- 13 jaar). Seksuele weerbaarheid is slechts een klein deel van het totale programma, dat meer gericht is op algemene empowerment.

Girls' Talk is met succes uitgevoerd binnen een setting voor tienermoeders. Het onderscheidt zich van een andere interventie voor tienermoeders (bijvoorbeeld VoorZorg dat gebaseerd is op het Amerikaanse Nurse Family Partnership) door te focussen op seksuele gezondheid, terwijl VoorZorg meer gericht is op de ondersteuning van aanstaande tienermoeders bij zwangerschap en bevalling, op de gezonde en veilige ontwikkeling van het kind en op de persoonlijke ontwikkeling van de jonge moeder. Een overeenkomst is de nadruk op het bevorderen van eigeneffectiviteit, en de gepersonaliseerde manier van kennisoverdracht en empowerment.

9. Overige informatie

Ontwikkelaar / licentiehouder

Rutgers Nisso Groep
Postbus 9022
3506 GA UTRECHT

Oudenoord 176-178
3513 EV UTRECHT

030-2313431

Materialen

1. Höing, M., Vanwesenbeeck, I. & Bakker, F. (2006). *Girls' Talk: Seksuele empowerment voor meiden. Een studie naar de effectiviteit van een counselprogramma voor jonge meiden uit risicogroepen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

2. Kuyper, A. & Vlucht, I. van der (2006). *Girls' Talk: Draaiboek voor een groepsounselprogramma gericht op seksuele gezondheid en empowerment voor tienermeiden uit risicogroepen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/TransAct.

3. Höing, M. & Van der Vlucht, I. (2007) *Evaluatie van de landelijke implementatie van Girls' Talk*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Verwijzingen en links

Publicatie nr. 1 en nr. 3 is te downloaden op www.rng.nl (zie downloads)

10. Lijst met aangehaalde literatuur

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (1998). Modererende factoren na seksueel trauma bij adolescenten, *Kind en Adolescent*, 19, p. 376-395.

Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost, P. (2005). Predictors of trauma symptomatology in sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 11, p. 1390 – 1405.

Bell, N., O'Neal, K. & Schoenrock, C. (1999). Gender and sexual risk. *Sex Roles* 41, 5/6, 313-333

Breeman, L., de Wit, J & Woertman, L. (2006) Jongeren en hun seksuele zelfbeeld.

SoaAidsMagazine, 3, 4.

Byrne D. & Fisher, W. (eds.) (1983). *Adolescents, Sex and Contraception*. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum Ass.

Classen, C. Palesh, O. & Aggerwal, R. (2005). Sexual Revictimization. A review of the empirical literature. *Trauma Violence & abuse*, 6, 2, 103 – 129

Connell, J., Barkham, M, Mellor-Clark, J.(2008). The effectiveness of UK student counselling services: An analysis using the CORE System. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36, 1, 1-18.

Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionéan, C., Cobb, B. K. & Harrington, K. (2000). Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 893-899.

Delahaij, R. (2004). *Dossier Empowerment. Empowermentmethoden bij allochtone jongeren*. Utrecht: Forum.

De Graaf, H. Graaf, H, de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^{ste}. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.

Downs, J.S., Murray P.J., Bruine de Bruin, W. Penrose, J., Palmgren, C. & Fischhoff, B. (2004). *Interactive video behavioural intervention to reduce adolescent females' STD risk: A randomized controlled trial*. *Social Science & Medicine*, 59, 1561-1572

Dworkin, S., Exner, T., Melendez, R., Hoffman, S. & Ehrhardt, A. (2006). Revisiting "Success": Posttrial analysis of a gender specific HIV/STD prevention intervention. *AIDS and Behaviour*, vol. 10, no. 1. pp 41 - 51

Ehrhardt, A. et.al., (2002). A gender-specific HIV/STD risk reduction intervention for women in a health care setting: short- and long term results of a randomized clinical trial. *AIDS Care*, vol 14, no 2, pp 147 - 161

Fulpen, M. van, Bakker, F., Breeman L., Poelman, J., Schaalma, H. & Vanwesenbeeck, I. (2002). *Vmbo-scholieren, seksualiteit en seksuele vorming. Een effectonderzoek naar de vernieuwde*

- versie van het lespakket 'Lang leve de liefde'. Utrecht: Rutgers Nisso Groep
- Gianotten, W., Whipple, B., Owens, A., & Knowles, J. Sexual activity is a cornerstone of quality of life: An update of "The health benefits of sexual expression." In A. Owens & M. Tepper (Eds.) *Sex, Love and Psychology*. In druk.
- Gebhardt, W., Kuyper L., & Greunsvan, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33, 154-164
- Gollub, E., Brown, E., Savoullian, M., Waterlot, J. & Coruble, G. (2002). A community-based safer-sex intervention for women: results of a pilot study in south eastern France. *Culture, health & Sexuality*, 4, 1, 21-41
- Hobcraft, J. & Kiernan, K. (2001). Childhood poverty, early motherhood and social exclusion. *British Journal of sociology*, 52, 3, 495-517.
- Höing, M. Vanwesenbeeck, I. & Bakker, F. (2006). *Girls' Talk: Seksuele empowerment voor meiden*. Utrecht: RNG.
- Jagt E. van der (2003) Wat is counseling? Afbakening en karakteristieken van een werkwijze. *Soa -bulletin*, 2003; 24: 5 – 7.
- Jemmot J. & Jemmot, L. (2000). HIV risk reduction behavioural interventions with heterosexual adolescents. *AIDS 2000*, 14 (suppl. 2), S40 – 52
- Kirby, D. (1997). *No easy answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: the national campaign to prevent teen pregnancy.
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs on adolescents sexual behaviour. *The Journal of sex research*, 39, 1, pp 27-33.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Uman G., & Nyamathi (2003). Teen pregnancy, motherhood, and unprotected sexual activity. *Research in Nursing & Health*, 26, 4-19
- Kuyper A. & van der Vlugt, I. (2006). *Begeleiding van preventieprogramma Girls' Talk: Seksuele empowerment voor meiden*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Transact
- Koning, A. (2004). *De invloed van partnertype op variabelen die condoomgebruik bepalen*. Afstudeerscriptie. Universiteit Utrecht.
- Le Croy, C.W. (2008). Universal prevention for adolescent Girls: The Go Grrrls Program. In: Le Croy C.W. & Mann, J.E. (eds). *Handbook of prevention and intervention programs for adolescent Girls*. Hoboken, Wiley & Sons.
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2003). Patterns of contraceptive use within teenagers' first sexual relationships. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 35, 6, 246-255
- Mastro, T.D. & Vicenzi, I. de (1996). Probabilities of sexual transmission. *AIDS 1996 10 (Suppl.A)*, 75 – 82
- Michie, S., Johnston, M., Francis, J. Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From theory to intervention: Mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Applied Psychology*, 2008, 57, 4, 660-680
- Miller, S., Exner, T.M., Williams, S.P. & Ehrhardt, A.A (2000). A gender-specific intervention for at-risk women. *AIDS Care*, 12, 606-619
- Moore, P., Adler N., & Kegeles, S. (1996). Adolescents and the contraceptive pill: the impact of beliefs on intentions and use. *Obstetrics & Gynaecology*, 88, 3, 48S – 56S
- Moore, S., Rosenthal, D. & Mitchell A. (1996) *Youth, AIDS and sexually transmitted diseases*. Londen/New York: Routledge, 1996.
- Oosten, N. van & Höing, M. (2004). Primaire preventie van seksueel geweld, in: Gijs, L. Gianotten, W. Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg P. (red.). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Pligt, J van der . & Richard, R. (1994). Changing adolescents' sexual behaviour: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Education and Counselling*, 23, 187-196
- Rademakers, J. (1991) *Anticonceptie en interactie*. Dissertatie. Universiteit Utrecht
- Rijke B, de Vries N. (1995) Peers doen het beter....! Peerverlichting bij jongeren. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering 1995*; 16. no 3/4.
- RIVM (2002). *Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002*. Bilthoven: RIVM
- Rohs, F. (1999). Response-shift bias: a problem in evaluating leadership development with self-

- report pretest – posttest measures. *Journal of agricultural education*, 40, 4, 28-37
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335
- Schaalma, H., Kok, G., Abraham, C., Hospers, H., Klepp, K., & Parcel, G. (2002). HIV education for young people: intervention effectiveness, programme development, and future research. *Prospects*, 32, 2, 187 - 206
- Sionéan, C., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Cobb, B. K., Harrington, K. et al. (2002). Psychosocial and behavioral correlates of refusing unwanted sex among African-American adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 30, 55-63.
- Söchting, I., Fairbrother, N., Koch, W. (2004). Sexual assault of women. Prevention efforts and risk factors. *Violence against Women*, 10, 1, 73-93
- Sprangers, M. & Hoogstraten, J. (1989) Pretesting effects in retrospective pretest – posttest designs. *Journal of Applied Psychology*. 74, 2, 265-272
- Stone, N. & Ingham, R. (2002). Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: the importance of partner communication. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 34, 4, 191 - 197
- Tolman, D., Spencer, R., Rosen-Reynoso, M. & Porche, M. (2003). Sowing the seeds of violence in heterosexual relationships: early adolescents narrate compulsory heterosexuality. *Journal of Social Issues*, 59, 1, 159-178
- Tolman, D. (1999). Femininity as a barrier to positive sexual health for adolescent girls. *JAMWA*, 54, 133-138
- Tschann, J. M., Adler, N. E., Millstein, S. G., Gurvey, J. E. & Ellen, J. M. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 31, 17-25.
- Van Berlo, W., van Engen, A. & Mooren, T. (2004). Behandeling van slachtoffers van seksueel geweld. In: Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, Weijnenborg (red.). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Vanwesenbeeck, I., Bakker, F. van Fulpen, M. Paulussen, T. Poelman & J. Schaalma H. (2003). Seks en seksuele risico's bij VMBO-scholieren anno 2002. *Tijdschrift voor seksuologie* 27, 1, 30-39.
- Vanwesenbeeck, I., Zessen, G. van, Ingham, R., Jaramazovič, E. & Stevens, D. (1999). Factors and processes in heterosexual competence and risk: an integrated review of the evidence. *Psychology and Health*, 14, 25-50.
- Wijzen, C. (2004) *Jaarverslag landelijke abortusregistratie 2003*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep
- Wijzen, C. Van Berlo, W. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Gebrek aan regie. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Wingood, G. & Di Clemente, R. (1997). The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practises of African-American women. *American Journal of Public Health*. 87, 6, 1016 - 1018
- Wolfe, V.V & Birt, J. (1997). Child sexual abuse. In: E.J. Mash & L.G. Terdal, (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 596-605). New York: Guilford Press.

Bijlage:

Tabel I: Concepten en operationalisaties in de vragenlijst

Concept	Operationalisatie	Herkomst items	Tijdstip van meting		
			Voormeting	1 ^e nameting	2 ^e nameting
Demografie					
Leeftijd	In jaren, bij start programma		x	x	x
Opleidingsniveau	Hoogste opleiding die voltooid is of nog gevolgd wordt	Seks < 25	x		
Etnische achtergrond	= afkomst ouder die in buitenland geboren is (indien beiden: vader) of Nederlands indien beide ouders in Nederland geboren zijn	CBS	x	x	x
Seksuele ervaring					
Aard seksuele ervaringen	7 items, bijvoorbeeld: tongzoenen, geslachtsgemeenschap	Zelf ontworpen	x		x
Ervaring met seksuele dwang	Heeft iemand je wel eens gedwongen om seksuele dingen te doen of toe te staan die je eigenlijk niet wilde (voor je 14e , na je 14e , antwoordcategorieën: nooit, eenmaal, meerdere keren)	Zelf ontworpen	x		
Uitkomstmaten					
Seksueel zelfbeeld	Schaal, 5 items zoals: 'Ik ben een goede seksuele partner'; 1 = heel erg mee oneens; 5 = heel erg mee eens, alpha = .82	Vanwesenbeeck (2001)	x		x
Seksuele onzekerheid	Schaal, 4 items zoals: 'Voor mij is het een stressvolle ervaring om seksuele relaties aan te gaan'; 1 = heel erg mee oneens; 5 = heel erg mee eens, alpha = .70	Vanwesenbeeck (2001)	x		x
Gebrek aan seksuele controle	Schaal, 3 items zoals: 'Ik heb het gevoel dat ik weinig invloed heb op wat er gebeurt in seksuele contacten'; 1 = heel erg mee oneens; 5 = heel erg mee eens, alpha = .63	Vanwesenbeeck (2001)	x		x
Frequentie seksuele communicatie met jongen	Schaal, 7 items zoals: 'In het afgelopen half jaar , hoe vaak heb je met de jongen waar je mee naar bed gaat (of zou gaan) gepraat over zwangerschap en pilgebruik' 0 = nooit, 4 = heel vaak; alpha = .87	Seks < 25	x		x
Frequentie relatiegeweld	Schaal, 5 items zoals: 'In het afgelopen half jaar , hoe vaak is het voorgekomen dat de jongen waar je verkering mee had je een klap gaf'; 0 = nooit, 4 = heel vaak; alpha = .76	Zelf ontworpen	x		x
Intermediërende factoren					
Kennis	16 kennisvragen, aantal goede kennisvragen	Seks <25	x	x	x
Genderconservatisme	Schaal, 3 items, zoals: 'Een jongen hoort een meisje te versieren en niet andersom'; (1 = heel erg mee oneens, 5 = heel erg mee eens); alpha = .72	van Fulpen et al. 2002	x	x	x
Negatieve attitude condooms	Schaal, 6 items, zoals: 'Condooms zijn een hinderlijke onderbreking bij het vrijen' (1 = heel erg mee oneens, 5 = heel erg mee eens); alpha = .65	Seks < 25	x		x
Negatieve attitude pil	Schaal, 3 items, zoals: 'het slikken van de pil staat me tegen' (1 = heel erg mee oneens, 5 = heel erg mee eens) ; alpha = .61	Seks < 25	x		x

Vervolg Tabel I

Concept	Operationalisatie	Herkomst items	Voormeting	1^e nameting	2^e nameting
Intentie condoomgebruik	Schaal, 2 items, zoals 'als ik in de komende maand seks met een jongen heb, ben ik van plan altijd een condoom te gebruiken' (1 = zeker niet, 5 = zeker wel), alpha = .77	Zelf ontworpen	x	x	x
Intentie pilgebruik	1 vraag: "Als je seks hebt met een jongende de komende maand, ben je dan van plan om altijd de pil te gebruiken (1 = zeker niet, 5 = zeker wel)	Zelf ontworpen	x	x	x
Intentie weigeren onvrijwillige seks	1 vraag: 'In de komende maand ben ik van plan seks te weigeren als ik er geen zin in heb'. (1 = zeker niet, 5 = zeker wel)	Zelf ontworpen	x	x	x
Intentie realiseren seksuele wensen	1 vraag: De komende maand ben ik van plan om duidelijk te maken wat ik wel en wat ik niet wil bij het vrijen (1 = zeker niet, 5 = zeker wel).	Zelf ontworpen	x	x	x
Eigeneffectiviteit condoomgebruik algemeen	Schaal, 3 items, zoals: 'denk je dat het lukt om condooms te kopen' (1 = zeker niet, 5 = zeker wel), alpha = .52	Seks < 25	x	x	x
Eigeneffectiviteit condoomgebruik in moeilijke situaties	Schaal, 8 items, zoals 'denk je dat het lukt om een condoom te gebruiken als je veel gedronken hebt of high bent?' (1 = zeker niet, 5 = zeker wel), alpha = .90	Seks < 25	x		x
Eigeneffectiviteit anticonceptiegebruik algemeen	Schaal, 4 items zoals: 'denk je dat het je lukt aan je huisarts een recept voor de pil te vragen?' (1 = zeker niet, 5 = zeker wel), alpha = .62	Seks < 25	x	x	x
Eigeneffectiviteit anticonceptiegedrag in moeilijke situaties	Schaal, 3 items zoals 'denk je dat het je lukt geen seks te hebben als je niet beschermd bent te gen zwangerschap als je erg opgewonden bent?' (1 = zeker niet, 5 = zeker wel), alpha = .73	Seks < 25	x		x
Eigeneffectiviteit weigeren onvrijwillige seks	Schaal, 5 items, zoals: 'denk je dat het lukt om seks te weigeren als je er geen zin in hebt?' (1 = zeker niet, 5 = zeker wel), alpha = .76	Seks < 25	x	x	x
Eigeneffectiviteit realiseren seksuele wensen	1 vraag: 'Denk je dat het je lukt om je vriendje voor te stellen iets nieuws uit te proberen op seksueel gebied' (1 = zeker niet, 5 = zeker wel)	Seks < 25	x	x	x
Retrospectieve voormeting eigeneffectiviteit	6 items, zoals: als je denkt aan de tijd voordat je begon met Girls' Talk, hoe goed lukte het je toen om een jongen over te halen een condoom te gebruiken'; Rapportcijfer; alpha = .89	Zelf ontworpen			x
Retrospectieve voormeting zelfbeeld	3 items, zoals: als je denkt aan de tijd voordat je begon met Girls' Talk, hoe goed was je toen als seksuele partner; Rapportcijfer; alpha = .78	Zelf ontworpen			x
Subjectieve evaluatie eigeneffectiviteit	6 items, zoals: hoe goed lukt het je nu om een jongen over te halen een condoom te gebruiken'; Rapportcijfer; alpha = .86	Zelf ontworpen			x
Subjectieve evaluatie zelfbeeld	3 items, zoals: 'Hoe goed ben je nu als seksuele partner'; Rapportcijfer; alpha = .79	Zelf ontworpen			x

Vervolg Tabel I

Concept	Operationalisatie	Herkomst items	Vormeting	1^e nameting	2^e nameting
Overige beïnvloedende factoren:					
Binding met co- counselor	Mate waarin locale counselor de meiden kende voor aanvang programma (1 = kende meiden niet of nauwelijks; 2 = kende sommige meisjes; 3 = kende meisjes goed en had vertrouwensband met hen)	Zelf ontworpen			
Ervaring co- counselor	Aantal jaren ervaring met seksuele voorlichting/counseling (1= geen, 2 = t/m 5 jaar, 3 = meer dan 5 jaar)	Zelf ontworpen			
Psychologische stress	Schaal, 8 items zoals: In de afgelopen week voelde ik me verdrietig (0= op minder dan 1 dag, 1 = op 1 – 2 dagen; 2 = op 3-4 dagen; 3 = op 5-7 dagen) alpha = .91	CES-D (8 item versie), (Di Clemente et al. 2001)	x	x	x
Evaluatie programma (uitsluitend testgroep)					
Evaluatie per bijeenkomst	0 = niet aanwezig geweest; 1 = helemaal niet leuk, 5 = heel leuk	Zelf ontworpen		x	
Evaluatie programma als totaal	9 vragen (hoe leerzaam, spannend, saai, leuk, te lang, goed vol te houden, interessant, zwaar, afwisselend ? ; 1 = helemaal niet, 5 = zeker wel)	Zelf ontworpen		x	
Evaluatie bijeenkomsten als geheel	2 open vragen: ‘Wat vond je van het programma?’ en ‘‘Wat zou er aan veranderd moeten worden?’’	Zelf ontworpen		x	
Evaluatie effect	Open vraag: ‘Wat is er bij jou veranderd door Girls Talk’	Zelf ontworpen			x

Tabel 2: Effecten Girls' Talk, gecontroleerd voor etniciteit

	Voormeting		1 ^e nameting		2 ^e nameting		Effect	
	Test n=51 M(SD)	Controle n=36 M (SD)	Test n=51 M (SD)	Controle n=36 M (SD)	Test n=51 M (SD)	Controle n=36 M (SD)	Tijd F (p)	Tijd x groep F (p)
<i>Seksuele gezondheid</i>								
Seksueel zelfbeeld	3.27(.52)	3.26(.75)			3.47(.70)	3.63(.67)	15.18 (.00)	1.68(.20)
Slachtofferschap relatiegeweld*	.43(.52)	.18(.44)			.30(.42)	.22(.32)	.96(.33)	.99(.33)
<i>Seksuele interactiecompetentie</i>								
Seksuele onzekerheid	2.63(.74)	2.55(.59)			2.41(.75)	2.37(.69)	4.06 (.05)	.52(.47)
Gebrek aan seksuele controle	2.56(.67)	2.49(.79)			2.38(.64)	2.48(.58)	1.62 (.21)	1.38(.24)
Seksuele communicatie met partner	1.08(.97)	.98(.92)			1.25(.94)	1.10(1.01)	.67 (.42)	.67(.42)
<i>Kennis</i>	12.72(4.78)	12.95(3.62)	16.65(3.74)	15.27(3.74)	15.82(5.35)	15.97(4.36)	14.65(.00)	2.37(.10)
<i>Attituden</i>								
Genderconservatisme	2.54(.99)	2.69(.91)	2.41(.83)	2.57(.83)	2.60(.90)	2.47(1.04)	3.05(.05)	.82(.44)
Negatieve attitude ten aanzien van condooms	2.23(.45)	2.38(.65)			2.36(.58)	2.24(.68)	.00(.95)	1.03(.31)
Negatieve attitude ten aanzien van de pil	2.05(.62)	1.96(.64)			2.02(.66)	1.73(.66)	2.57(.11)	1.19(.28)
<i>Intenties</i>								
Intentie condoomgebruik komende maand	4.22(.95)	4.48(.59)	4.17(.92)	4.34(.77)	4.13(.89)	4.18(.87)	1.92(.15)	2.44(.09)
Intentie pilgebruik komende maand	3.83(1.31)	4.22(1.02)	4.25(1.17)	3.97(1.13)	4.10(1.26)	4.22(1.02)	.39(.68)	2.52(.08)
Intentie weigeren onvrijwillige seks komende maand	4.54(.83)	4.32(.91)	4.71(.64)	4.65(.54)	4.62(.60)	4.47(.71)	2.52(.08)	.36(.70)
Intentie realiseren seksuele wensen komende maand	3.65(1.10)	3.94(1.28)	4.02(1.04)	3.71(1.00)	4.13(1.01)	4.21(.98)	2.30(.10)	1.84(.16)
<i>Eigeneffectiviteit</i>								
Eigeneffectiviteit condoomgebruik algemeen	3.63(.85)	3.55(.99)	3.66(.96)	3.53(.84)	3.59(.95)	3.41(.78)	1.05(.35)	.87(.42)
Eigeneffectiviteit condoomgebruik in moeilijke situaties	3.93(.88)	3.54(.88)			3.96(.90)	3.88(.82)	2.95(.09)	1.45(.23)
Eigeneffectiviteit anticonceptiegedrag algemeen	4.16(.52)	4.06(.73)	4.28(.57)	4.25(.56)	4.28(.55)	4.31(.61)	1.67(.19)	.36(.70)
Eigeneffectiviteit anticonceptiegedrag in moeilijke situaties	3.77(1.07)	3.58(.74)			4.09(.67)	4.04(.84)	5.72(.02)	.16(.69)
Eigeneffectiviteit weigeren onvrijwillige seks	4.39(.58)	4.13(.68)			4.49(.45)	4.35(.59)	1.31(.26)	.01(.94)
Eigeneffectiviteit realiseren seksuele wensen	3.47(.62)	2.89(1.24)			3.43(1.11)	3.38(1.21)	8.83(.00)	8.32(.01)
<i>Retrospectieve voormeting</i>								
Subjectieve evaluatie eigeneffectiviteit	6.94(1.58)	6.94(1.73)			7.77(1.21)	7.66(1.44)	41.41(.00)	.02(.89)
Subjectieve evaluatie seksueel zelfbeeld	7.17(1.24)	7.30(1.20)			7.98(1.00)	7.94(1.15)	30.20(.00)	.63(.43)

* afwijkende aantallen (testgroep n = 25; controlegroep n = 17)

Tabel 3: Verschillen in beloop tussen subgroepen testgroep (Nederlands: n =17; Turks/Marokkaans: n = 16; Surinaams: n = 15)

		Voormeting	1e nameting	2e nameting	Tijd	Ned vs T/M	Ned x Sur/Ant	T/M x Sur
		M(SD)	M (SD)	M (SD)	F (p)	F (p)	F (p)	F (p)
Seksueel zelfbeeld	Nederlands	3.02(.50)		3.40(.39)	7.98(.01)	.22(.64)	4.65(.04)	3.75(.06)
	Turks/Marokkaans	3.04(.63)		3.59(.90)	4.25(.06)			
	Surinaams	3.73(.68)		3.67(.45)	.09(.77)			
Seksuele onzekerheid	Nederlands	2.50(.59)		2.46(.72)	.08(.78)	1.98(.17)	2.05(.16)	.00(1.00)
	Turks/Marokkaans	2.84(.76)		2.50(.51)	4.43(.05)			
	Surinaams	2.28(.78)		1.95(.62)	4.79(.05)			
Gebrek aan seksuele controle	Nederlands	2.55(.67)		2.31(.63)	1.66(.22)	.22(.64)	.01(.94)	.24(.63)
	Turks/Marokkaans	2.83(.80)		2.46(.60)	2.91(.11)			
	Surinaams	2.24(.87)		2.10(.59)	.90(.36)			
Seksuele communicatie met partner	Nederlands	1.29(.86)		.88(.78)	.91(.36)	6.52(.02)	2.11(.16)	.75(.40)
	Turks/Marokkaans	.38(.74)		.91(.63)	6.60(.03)			
	Surinaams	1.23(1.00)		1.51(.68)	1.14(.31)			
Slachtofferschap relatiegeweld	Nederlands	.58(.61)		.22(.30)	4.93(.08)	2.95(.11)	1.68(.22)	.46(.51)
	Turks/Marokkaans	.27(.42)		.42(.53)	.13(.73)			
	Surinaams	.29(.45)		.20(.32)	.39(.55)			
Kennis	Nederlands	15.76(3.53)	17.70 (2.84)	17.06 (5.25)	1.66(.22)	3.51(.04)	1.56(.22)	1.11(.33)
	Turks/Marokkaans	9.89 (4.70)	16.28 (3.79)	14.67 (5.15)	11.68(.00)			
	Surinaams	14.13 (4.12)	17.64 (3.03)	17.64 (3.32)	11.18(.00)			
Genderconservatisme	Nederlands	2.31 (.78)	2.23 (.76)	2.19 (.40)	.29(.75)	4.47(.02)	.10(.90)	4.02(.02)
	Turks/Marokkaans	3.06 (1.05)	2.71 (.88)	3.41(.89)	7.10(.00)			
	Surinaams	2.33 (1.02)	2.14 (.80)	2.12(.62)	.75(.48)			
Negatieve attitude ten aanzien van condooms	Nederlands	2.12 (.43)		2.23(.55)	.22(.65)	.00(.96)	.38(.55)	.26(.62)
	Turks/Marokkaans	2.40 (.50)		2.45(.75)	.08(.79)			
	Surinaams	2.14 (.37)		2.31(.43)	3.25(.10)			
Negatieve attitude ten aanzien van de pil	Nederlands	1.83 (.69)		1.88(.55)	.06(.80)	.34(.57)	.23(.64)	.00(1.00)
	Turks/Marokkaans	2.18 (.47)		2.06(.54)	.32(.58)			
	Surinaams	2.14 (.68)		2.02(.88)	.17(.69)			
Intentie condoomgebruik komende maand	Nederlands	3.94 (1.22)	4.16 (1.12)	4.25(.97)	.48(.62)	.22(.81)	.86(.43)	.30(.74)
	Turks/Marokkaans	4.26 (.73)	4.26 (.75)	4.26(.73)	.00(1.00)			
	Surinaams	4.14 (.97)	3.86 (.93)	3.96(.93)	.53(.60)			

Vervolg Tabel 3		Voormeting	1e nameting	2e nameting	Tijd	Ned vs T/M	Ned x Sur/Ant	T/M x Sur
		M(SD)	M (SD)	M (SD)	F (p)	F (p)	F (p)	F (p)
Intentie pilgebruik komende maand	Nederlands	4.44 (1.09)	4.63 (1.03)	4.12(1.20)	2.56(.09)	3.12(.05)	2.10(.13)	.69(.51)
	Turks/Marokkaans	3.88 (1.32)	4.47 (.72)	4.41(.80)	3.34(.05)			
	Surinaams	3.50 (1.02)	3.57 (1.50)	3.93(1.39)	.62(.55)			
Intentie weigeren onvrijwillige seks komende maand	Nederlands	4.53 (.80)	4.94 (.24)	4.71(.59)	2.07(.14)	2.59(.08)	.05(.95)	1.79(.18)
	Turks/Marokkaans	4.69 (.60)	4.44 (.73)	4.69(.60)	.83(.44)			
	Surinaams	4.29 (1.14)	4.64 (.84)	4.36(.63)	.95(.40)			
Intentie realiseren seksuele wensen komende maand	Nederlands	3.59(1.00)	4.24(.83)	3.94(1.14)	2.89(.07)	2.12(.13)	.35(.71)	.98(.38)
	Turks/Marokkaans	3.31(1.35)	3.44(1.37)	4.06(1.12)	2.46(.10)			
	Surinaams	3.86(.86)	4.29(.61)	4.29(.73)	2.17(.14)			
Eigen effectiviteit condoomgebruik algemeen	Nederlands	3.65(.69)	3.96(.80)	4.04(.60)	2.29(.12)	1.01(.37)	3.20(.05)	1.11(.34)
	Turks/Marokkaans	3.43(.91)	3.37(.83)	3.39(.94)	.03(.98)			
	Surinaams	4.00(.75)	4.13(.76)	3.56(1.04)	2.03(.15)			
Eigen effectiviteit condoomgebruik in moeilijke situaties	Nederlands	3.98(.58)		4.35(.62)	6.84(.02)	3.57(.07)	2.35(.14)	.92(.35)
	Turks/Marokkaans	3.60(1.24)		3.35(.98)	.73(.41)			
	Surinaams	4.21(.59)		4.29(.72)	.44(.52)			
Eigen effectiviteit anticonceptiegedrag algemeen	Nederlands	4.16(.59)	4.50(.45)	4.32(.51)	2.20(.13)	1.19(.31)	.95(.40)	1.03(.37)
	Turks/Marokkaans	4.32(.54)	4.29(.62)	4.25(.57)	.09(.92)			
	Surinaams	4.00(.41)	4.15(.43)	4.27(.53)	2.18(.14)			
Eigen effectiviteit anticonceptiegedrag in moeilijke situaties	Nederlands	3.75(1.07)		4.14(.79)	2.76(.12)	.54(.47)	1.85(.18)	3.32(.08)
	Turks/Marokkaans	3.57(1.06)		4.25(.61)	4.56(.05)			
	Surinaams	4.07(.74)		4.05(.52)	.018(.90)			
Eigen effectiviteit weigeren onvrijwillige seks	Nederlands	4.28(.53)		4.41(.54)	.54(.47)	.01(.91)	.13(.72)	.06(.81)
	Turks/Marokkaans	4.44(.68)		4.54(.33)	.35(.56)			
	Surinaams	4.46(.58)		4.50(.47)	.08(.78)			
Eigen effectiviteit realiseren seksuele wensen	Nederlands	3.47(.62)		3.82(.88)	2.85(.11)	6.12(.02)	.03(.86)	3.61(.07)
	Turks/Marokkaans	3.27(1.28)		2.67(1.05)	3.20(.10)			
	Surinaams	3.57(.76)		3.86(1.10)	.79(.39)			
<i>Retrospectieve voormeting:</i>								
Subjectieve evaluatie eigeneffectiviteit	Nederlands	7.23(.89)		7.73(.80)	12.50(.00)			
	Turks/Marokkaans	5.94(1.53)		7.18(1.16)	21.16(.00)			
	Surinaams	8.00(1.44)		8.60(1.23)	5.85(.03)			
Subjectieve evaluatie seksueel zelfbeeld	Nederlands	7.13(.72)		7.59(.82)	7.96(.01)			
	Turks/Marokkaans	6.88(1.23)		7.96(1.09)	7.57(.02)			
	Surinaams	7.85(1.51)		8.56(.97)	13.48(.00)			

Tabel 4: Invloed van achtergrondfactoren op scorebeloop bij de testgroep*

Afhankelijke variabele	Verklaarde variantie		Significante determinanten	
	R ²		Beta	sig. (p)
Positief seksueel zelfbeeld (toename)	.53	Leeftijd	-.37	.01
		Turkse of Marokkaanse afkomst	.30	.05
Seksuele communicatie met partner (toename)	.49	Nederlandse afkomst	-.64	.00
		Binding met co-counselor	.43	.01
Kennis (toename)	.13	Opleidingsniveau	-.36	.04
Intentie pilgebruik komende maand (toename)	.13	Nederlandse afkomst	-.36	.04
Intentie weigeren onvrijwillige seks komende maand (toename)	.19	Ervaring co-counselor	-.44	.01
Eigeneffectiviteit condoomgebruik algemeen (toename)	.15	Nederlandse afkomst	.39	.03
Eigeneffectiviteit anticonceptiegedrag in moeilijke situaties (toename)	.19	Turkse of Marokkaanse afkomst	.44	.01
Eigeneffectiviteit realiseren seksuele wensen (toename)	.23	Binding met co-counselor	-.48	.01

*In deze tabel zijn uitsluitend significante determinanten opgenomen

Tabel 5: Effectsize (Cohen's d) Girls' Talk

Uitkomstmaat	Testgroep		ES	Controlegroep		ES
	Pretest M (SD)	Follow up M (SD)	Cohen's d	Pretest M (SD)	Follow up M (SD)	Cohen's d
Seksuele interactiecompetentie:						
Seksueel zelfbeeld	3.27(.52)	3.47(.70)	.32	3.26(.75)	3.63(.67)	.52
Seksuele onzekerheid	2.63(.74)	2.41(.75)	-.30	2.55(.59)	2.37(.69)	-.28
Gebrek aan seksuele controle	2.56(.67)	2.38(.64)	-.27	2.49(.79)	2.48(.58)	-.01
Frequentie seksuele communicatie met jongen	1.08(.97)	1.25(.94)	.18	.98(.92)	1.10(1.01)	.12
Frequentie relatiegeweld	.43(.52)	.30(.42)	-.28	.18(.44)	.22(.32)	.10
Kennis	12.72(4.78)	15.82(5.35)	.61	12.95(3.62)	15.97(4.36)	.75
Attituden:						
Genderconservatisme	2.54(.99)	2.60(.90)	.06	2.69(.91)	2.47(1.04)	-.23
Negatieve attitude condooms	2.23(.45)	2.36(.58)	.25	2.38(.65)	2.24(.68)	-.23
Negatieve attitude pil	2.05(.62)	2.02(.66)	-.05	1.96(.64)	1.73(.66)	-.35
Intenties						
Intentie condoomgebruik	4.22(.95)	4.13 (.89)	-.10	4.48(.59)	4.18(.87)	-.40
Intentie pilgebruik	3.83(1.31)	4.10 (1.26)	.56	4.22(1.02)	4.22(1.02)	.00
Intentie weigeren onvrijwillige seks	4.54(.83)	4.62 (.60)	.11	4.32(.91)	4.47(.71)	.18
Intentie realiseren seksuele wensen	3.65(1.10)	4.13 (1.01)	.45	3.94(1.28)	4.21(.98)	.24
Eigeneffectiviteit:						
Eigeneffectiviteit condoomgebruik algemeen	3.63(.85)	3.59 (.95)	-.04	3.55(.99)	3.41(.78)	-.16
Eigeneffectiviteit condoomgebruik in moeilijke situaties	3.93(.88)	3.96(.90)	.03	3.54(.88)	3.88(.82)	.40
Eigeneffectiviteit anticonceptiegebruik algemeen	4.16(.52)	4.28(.55)	.22	4.06(.73)	4.31(.61)	.37
Eigeneffectiviteit anticonceptiegedrag in moeilijke situaties	3.77(1.07)	4.09(.67)	.36	3.58(.74)	4.04(.84)	.58
Eigeneffectiviteit weigeren onvrijwillige seks	4.39(.58)	4.49(.45)	.19	4.13(.68)	4.35(.59)	.35
Eigeneffectiviteit realiseren seksuele wensen	3.47(.62)	3.43(1.11)	-.04	2.89(1.24)	3.38(1.21)	.40
Retrospectieve evaluatie:						
retrospectieve evaluatie eigeneffectiviteit *	6.94(1.58)	7.77(1.21)	.59	6.94(1.73)	7.66(1.44)	.45
retrospectieve evaluatie zelfbeeld*	7.17(1.24)	7.98(1.00)	.72	7.30(1.20)	7.94(1.15)	.45

* in meting bevraagd dmv retrospectieve voormeting