

SEXPERT

Basisgegevens van de survey
naar seksuele gezondheid in Vlaanderen

Promotoren

Ann Buysse, Paul Enzlin, John Lievens, Guy T'Sjoen, Mieke Van Houtte, Hans Vermeersch

Onderzoeksteam

Alexis Dewaele (coördinator), Maya Caen (data-manager),
Els Elaut en Katrien Vermeire (valorisatie)

Sabine Hellemans, Lies Hendrickx, Wouter Pinxten, Katrien Symons,
Joke Vandamme, Ellen Van Houdenhove, Eva Van Caenegem, Katrien Wierckx,
Artinizio dos Santos Santiago, Julie Schamp, Elke Van Hevele, Silke Brants

ISBN 978-90-382-2078-9



9 789038 220789 >

Inhoud

DEEL 1: ONDERZOEKSOPZET EN DOELSTELLINGEN	25
1. Aanleiding en doelstellingen	25
1.1 Seksuele gezondheid: van biologisch gegeven tot mensenrecht	25
1.2 Een nood aan wetenschappelijke gegevens in Vlaanderen	26
1.3 Relevantie voor stakeholders	27
1.4 Het maatschappelijk debat	29
2. Het ontwikkelen van de vragenlijst	29
2.1 Literatuurstudie	30
2.2 De afname van focusgroepgesprekken	34
2.3 Participatorisch onderzoek	35
2.4 De constructie van een leesbare en betrouwbare vragenlijst	35
2.5 De pilootstudie	36
3. Indicatoren en correlaten van seksuele gezondheid in de vragenlijst	37
3.1 Het beschrijven en verklaren van seksuele gezondheid	38
3.1.1 Welke indicatoren voor seksuele gezondheid meten we in deze studie?	38
3.1.2 Hoe meten we de correlaten van seksuele gezondheid in deze studie?	50
4. Referenties	51
 DEEL 2: MEETINSTRUMENTEN	 53
1. Algemene methodologie	53
1.1 Mondelinge bevraging in een CAPI/CASI omgeving	53
1.1.1 Persoonlijk interview (CAPI)	54
1.1.2 Zelf in te vullen vragenlijst (CASI)	54
1.2 Het gebruik van filtervragen	55
1.3 Volgorde-effecten	57
1.4 Gesloten antwoordcategorieën	57
1.5 Opmaak van de categorisaties	58
1.5.1 Eéndimensionaliteit	59
1.5.2 Beperkt aantal categorieën	60
1.5.3 Wederzijdse exclusiviteit	60
1.5.4 Exhaustiviteit en het gebruik van de restcategorie 'andere'	61
1.5.5 Toekomstgericht	62

1.5.6	Begrijpelijk en niet moreel geladen	62
1.6	Referentieperiodes	62
1.7	Open antwoorden	63
2.	Vraagfiches : motivering van de vraagverwoording en univariate verdelingen	64
2.1	Statistische leeswijzer	66
2.2	Indicatoren	67
2.2.1	Zwangerschap, kinderen en kinderwens	67
2.2.2	Anticonceptie	84
2.2.3	Condoomgebruik	100
2.2.4	Soa/hiv	109
2.2.5	Seksuele intrede	114
2.2.6	Seksuele ervaringen	130
2.2.7	Seksuele praktijken, beleving en consumptie	167
2.2.8	Partnerrelatie	177
2.2.9	Grensoverschrijdend (seksueel) gedrag	181
2.2.10	Seksuele disfuncties	192
2.2.11	Gebruik en toegang tot informatie	213
2.2.12	Seksuele oriëntatie	221
2.2.13	Genderidentiteit	228
2.3	Correlaten	230
2.3.1	Achtergrondvariabelen	230
2.3.2	Biologische correlaten	264
2.3.3	Psychologische correlaten	318
2.3.4	Sociologische correlaten	354
3	Referenties	387
DEEL 3: DATAVERZAMELING		411
1.	Kwaliteitszorg tijdens het proces van dataverzameling	411
2.	Vorbereiding van het veldwerk	412
2.1	Selectie van het marktonderzoeksbureau	412
2.2	Eerste afspraken en taakverdeling	414
3.	Onderzoekspopulatie en steekproef	414
3.1	Afbakening van de onderzoekspopulatie	415
3.2	Steekproeftrekking	415
3.2.1	Stap 1: trekking van geografische eenheden	416
3.2.2	Stap 2: Trekking van personen	417

4. Onderzoeksopzet	418
4.1 Face-to-face bevraging via CAPI en CASI	418
4.2 Afname van een speekselstaal	419
5. Contactprocedure	419
5.1 Introductiebrief, informatiefolder en toestemmingsformulier	420
5.2 Groene lijn en E-mailadres	421
5.3 Contactpogingen	421
5.4 Contactbladen	422
5.5 Herbenaderingen	424
6. Interviewers: rekrutering en training	424
6.1 Interviewertraining	425
6.2 Tussentijdse debriefing	427
6.3 Legitimatie en identificatie	427
6.4 Interviewen in eigen gemeente	427
6.5 Aantal interviews	428
7. Bijzonderheden: opvangprotocol en speekselstalen	428
7.1 Opvangprotocol	428
7.2 Verzameling van speekselstalen	429
7.2.1 Afname	429
7.2.2 Bewaring en transport	430
8. Kwaliteitsopvolging	432
8.1.1 Opvolgingsprocedures	433
8.1.2 Algemeen verloop	433
8.1.3 Per provincie	434
8.1.4 Per interviewer	434
8.1.5 Resultaten	435
8.1.6 Identiteitscontroles	439
8.1.7 Antwoordkaartjes	440
8.1.8 Telefonische controles	440
8.1.9 E-mail en groene lijn	441
8.2 Tussentijdse individuele evaluaties van interviewers	442
8.3 Evaluatie na drie interviews	442
8.3.1 Evaluatie na afwerking van de eerste set of na 20 interviews	443
9. De gerealiseerde steekproef	444
9.1 Steekproefclusters	444
9.2 Kwaliteitscontroles	444

9.2.1	Kwaliteit van de interviews	444
9.2.2	Respect voor procedures	445
9.2.3	Resultaat van de kwaliteitscontroles	445
10.	Datacleaning	449
10.1.	Hercodering van de restcategorie ‘andere’	449
10.2	Controle op onmogelijke waarden	450
11.	Weging van de dataset	450
12.	Referenties	457

Overzicht tabellen

Tabel 1.	Overzicht van populatiestudies over seksuele gezondheid.	33
Tabel 2:	Indicatoren en de aard van de te bevragen gegevens.	42
Tabel 3.	Huidige zwangerschap, bij niet-menopauzale vrouwelijke respondenten die ooit seks hadden (ZS1) ($N=522$).	74
Tabel 4.	Nu proberen om zwanger te worden, bij niet-zwangere vrouwelijke respondenten die ooit seks hadden (ZS2) ($N=509$) .	74
Tabel 5.	Aantal meegemaakte zwangerschappen, bij vrouwelijke +26-jarige respondenten en vrouwelijke -26-jarige respondenten die ooit seks hadden (ZS4) ($N=867$).	74
Tabel 6.	Huidige zwangerschap bij partner, bij mannelijke respondenten met een vrouwelijke partner van vruchtbare leeftijd (-50 jaar) (ZS7) ($N=422$).	74
Tabel 7.	Partner probeert nu zwanger te worden , bij mannelijke respondenten met een vrouwelijke, niet zwangere partner van vruchtbare leeftijd (-50 jaar) (ZS8) ($N=404$).	74
Tabel 8.	Aantal meegemaakte zwangerschappen, bij mannelijke respondenten met een huidige partner (ZS10) ($N=704$).	75
Tabel 9.	Planning van zwangerschappen, per meegemaakte zwangerschap (ZS12_1 tot en met ZS12_5) ($N=1102$, 848, 449, 212 en 99 respectievelijk).	75
Tabel 10.	Gewenstheid van zwangerschappen, per meegemaakte zwangerschap (ZS13_1 tot en met ZS13_5) ($N=1102$, 848, 449, 212 en 99 respectievelijk).	75
Tabel 11.	Uitdragen van zwangerschappen, per meegemaakte zwangerschap (ZS14_1 tot en met ZS14_5) ($N=1102$, 848, 449, 212 en 99 respectievelijk).	76
Tabel 12.	Aantal zwangerschapsweken bij miskraam, per meegemaakte zwangerschap die eindigde in een miskraam (ZS15_1 en ZS15_2) ($N=90$ en 68 respectievelijk).	76
Tabel 13.	Verloop bevalling, per meegemaakte zwangerschap die door een vrouwelijke respondent werd gerapporteerd (ZS17_1 tot en met ZS17_5) ($N=541$, 420, 212, 99 en 51 respectievelijk).	76
Tabel 14.	Kinderwens, bij respondenten die nog nooit een zwangerschap hebben meegemaakt en nu niet aan het proberen zijn (ZS22) ($N=437$).	77
Tabel 15.	Kinderwens, bij respondenten die ooit minimum één zwangerschap hebben meegemaakt en nu niet zwanger zijn (ZS23) ($N=1129$).	77
Tabel 16.	Ervaring met vruchtbaarheidsproblemen, bij respondenten die ooit heteroseksuele contacten hadden (ZS24) ($N=1745$).	82

Tabel 17.	Contact met professionele hulpverlener, bij respondenten met aanwezig of onbekende vruchtbaarheidsproblemen (ZS25) (N=482).	82
Tabel 18.	Hulpverleners of artsen waarmee men contact had bij aanwezige vruchtbaarheidsproblemen (ZS26_a) (N=117).	82
Tabel 19.	Frequentie van contact met huisarts en gynaecoloog in verband met vruchtbaarheidsproblemen (ZS26_1b en ZS26_2b) (N=76 en 103 respectievelijk).	83
Tabel 20.	Ervaren hulp van contacten met professionele hulpverlener in verband met vruchtbaarheidsproblemen (ZS27) (N=117).	83
Tabel 21.	Behoeftte aan contact met een professionele hulpverlener in verband met een mogelijk vruchtbaarheidsprobleem, bij respondenten die hiervoor (nog) nooit een hulpverlener of arts consulteerden (ZS28) (N=353).	83
Tabel 22.	Diagnose subfertiliteit, bij respondenten die ooit een professionele hulpverlener consulteerden in verband met een aanwezig vruchtbaarheidsprobleem (ZS30) (N=107).	83
Tabel 23.	Oorzaak diagnose, bij respondenten die ooit een diagnose van subfertiliteit kregen (ZS31) (N=73).	84
Tabel 24.	Ervaring met vruchtbaarheidsbehandelingen, bij respondenten die ooit een diagnose van subfertiliteit kregen (ZS32) (N=74).	84
Tabel 25.	Sterilisatie, bij seksueel ervaren, heteroseksuele vrouwen (ACV1) (N=836)	93
Tabel 26.	Ooit gebruikte anticonceptiemethoden, bij seksueel ervaren vrouwen (ACV2) (N=834)	93
Tabel 27.	Anticonceptiemethoden gedurende de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd (ACV3) (N=450)	94
Tabel 28.	Reden geen anticonceptiegebruik laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd die geen anticonceptie gebruikten de laatste zes maanden (ACV4) (N=114)	94
Tabel 29.	Huidige anticonceptiemethode, bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd die anticonceptie gebruikten de laatste zes maanden (ACV5) (N=343)	95
Tabel 30.	Frequentie beschermde seksuele contacten, bij heteroseksueel actieve vrouwen die de laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACV6) (N=314)	95
Tabel 31.	Frequentie correct anticonceptiegebruik, bij heteroseksueel actieve vrouwen die laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACV7) (N=313)	95
Tabel 32.	Gebruiksmoeilijkheid huidige anticonceptiemethode, bij heteroseksueel actieve vrouwen die laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACV8) (N=350)	96

Tabel 33.	Plaats in anticonceptieve cyclus, bij heteroseksueel actieve vrouwen die op moment van bevraging de pil, anticonceptiering of -pleister gebruiken (ACV9) (N=199)	96
Tabel 34.	Vergeten pillen de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve vrouwen die op moment van bevraging de pil gebruiken (ACV10) (N=189)	96
Tabel 35.	Gebruik van hormonale anticonceptie op moment bevraging, bij seksueel onervaren vrouwen, menopauzale vrouwen, gesteriliseerde of lesbische vrouwen (ACV11) (N=109)	96
Tabel 36.	Kennis morning-afterpil, bij alle vrouwen (ACV17) (N=916)	97
Tabel 37.	Aantal keer ooit morning-afterpil gebruikt, bij heteroseksueel ervaren vrouwen die morning-afterpil kennen (ACV18) (N=728)	97
Tabel 38.	Sterilisatie, bij heteroseksueel ervaren mannen (ACM1) (N=810)	97
Tabel 39.	Ooit anticonceptie gebruikt, bij heteroseksueel ervaren mannen (ACM2) (N=810)	97
Tabel 40.	Ooit gebruikte anticonceptiemethoden, bij heteroseksueel ervaren mannen die ooit anticonceptie gebruikten (ACM3) (N=364)	97
Tabel 41.	Anticonceptiemethoden gebruikt de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve mannen die de laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACM4) (N=277)	98
Tabel 42.	Reden(en) geen anticonceptie de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve mannen die zelf en/of waarbij de partner geen anticonceptie gebruik(en)t (ACM5) (N=193)	98
Tabel 43.	Frequentie beschermde seksuele contacten, bij heteroseksueel actieve mannen die de laatste zes maanden condoom, periodieke onthouding, ritmemethoden of coïtus interruptus gebruikten (ACM6) (N=102)	99
Tabel 44.	Frequentie correct anticonceptiegebruik, bij heteroseksueel actieve mannen die de laatste zes maanden condoom, periodieke onthouding, ritmemethoden of coïtus interruptus gebruikten (ACM7) (N=102)	99
Tabel 45.	Gebruiksmoeilijkheid huidige anticonceptiemethode, bij heteroseksueel actieve mannen die op moment bevraging condoom, periodieke onthouding, ritmemethoden of coïtus interruptus gebruikten (ACM8) (N=102)	99
Tabel 46.	Kennis morning-afterpil, bij alle heteroseksuele mannen (ACM9) (N=811)	99
Tabel 47.	Partner ooit morning-afterpil gebruikt, bij heteroseksueel ervaren mannen die de morning-afterpil kennen (ACM10) (N=713)	100
Tabel 48.	Houding ten opzichte van condoomgebruik, rijpercentages. (Cond1) (N=1577)	105
Tabel 49.	Ooit beflapje/hulpmiddel gebruikt? (Cond5) (N=1442)	105

Tabel 50.	Is het jou al overkomen dat jij een condoom wou gebruiken, maar jouw partner niet? (Cond7) (<i>N</i> =678)	106
Tabel 51.	Wat is er toen gebeurd, de laatste keer dat deze situatie zich voordeed? (Cond8) (<i>N</i> =100)	106
Tabel 52.	Is het jou al overkomen dat jij geen condoom wou gebruiken, maar jouw partner wel? (Cond9) (<i>N</i> =677)	106
Tabel 53.	Wat is er toen gebeurd, de laatste keer dat deze situatie zich voordeed? (Cond10) (<i>N</i> =93)	107
Tabel 54.	Frequentie praktische problemen bij condoomgebruik de afgelopen 6 maanden. (Cond11) (<i>N</i> =163)	107
Tabel 55.	Frequentie, gedurende de voorbije zes maanden, van communicatie alvorens men een eerste keer seks heeft met iemand; rijpercentages. (Cond12) (<i>N</i> =181)	108
Tabel 56.	Ooit getest op hiv, bij seksueel ervaren respondenten (Hivsoa1) (<i>N</i> =1691)	112
Tabel 57.	Frequentie testgedrag op hiv, bij seksueel ervaren respondenten die zich ooit lieten testen op hiv (Hivsoa2) (<i>N</i> =506)	112
Tabel 58.	Seropositieve status, bij seksueel ervaren respondenten die zich ooit lieten testen op hiv (Hivsoa3) (<i>N</i> =506)	112
Tabel 59.	Ooit getest op soa, bij seksueel ervaren respondenten (Hivsoa5) (<i>N</i> =1691)	113
Tabel 60.	Frequentie testgedrag soa, bij seksueel ervaren respondenten die zich ooit lieten testen op soa (Hivsoa6) (<i>N</i> =221)	113
Tabel 61.	Ooit soa diagnose, bij seksueel ervaren respondenten (Hivsoa7) (<i>N</i> =1691)	113
Tabel 62.	Prevalentie en leeftijd waarop laatst soa, bij seksueel ervaren respondenten die aangeven ooit met soa te zijn gediagnosticeerd (Hivsoa8) (<i>N</i> =65)	114
Tabel 63.	Ooit getongzoend (ST6) (<i>N</i> =1825).	115
Tabel 64.	Geslacht van de persoon waarmee de eerste tongzoen plaatsvond (ST7) (<i>N</i> =1748).	116
Tabel 65.	Leeftijd bij de eerste tongzoen (ST8) (<i>N</i> =1748).	116
Tabel 66.	Leeftijd partner bij de eerste tongzoen (ST9) (<i>N</i> =1748).	116
Tabel 67.	Ooit gemasturbeerd (ST3) (<i>N</i> =1825).	117
Tabel 68.	Leeftijd eerste keer masturbatie (ST3_Leeftijd) (<i>N</i> =1498).	118
Tabel 69.	Ooit seks gehad (ST10) (<i>N</i> =1825).	119
Tabel 70.	Geslacht van de persoon waarmee men de eerste keer seks had (ST11a – ST11b) (<i>N</i> =1691).	120
Tabel 71.	Ooit geslachtsgemeenschap gehad, bij respondenten die al seks hebben gehad met uitzondering van vrouwen voor wie de eerste keer seks met	

	een vrouw was (ST12) (<i>N</i> =1678).	120
Tabel 72.	Geslacht van de persoon waarmee men voor het eerst geslachtsgemeenschap had, bij mannelijke respondenten die al geslachtsgemeenschap hebben gehad (ST13) (<i>N</i> =814).	120
Tabel 73.	Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C1) (<i>N</i> =1645).	122
Tabel 74.	Leeftijd van de partner bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C2) (<i>N</i> =1645).	123
Tabel 75.	Pijn bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C3) (<i>N</i> =1645).	123
Tabel 76.	Bloedverlies bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C4) (<i>N</i> =1645).	123
Tabel 77.	Beleving van de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C5) (<i>N</i> =1645).	123
Tabel 78.	Het gevoel klaar te zijn voor de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C6) (<i>N</i> =1645).	124
Tabel 79.	Contraceptiegebruik bij de eerste (heteroseksuele) geslachtsgemeenschap (C8) (<i>N</i> =1616).	125
Tabel 80.	Seksuele ervaringen indien nog nooit seks gehad (RGS1) (<i>N</i> =134).	127
Tabel 81.	Redenen indien nog nooit seks of geslachtsgemeenschap gehad, voor respondenten jonger dan 25 jaar (RGSJ4) (<i>N</i> =65).	129
Tabel 82.	Redenen indien nog nooit seks of geslachtsgemeenschap gehad, voor respondenten ouder dan 25 (RGS4) (<i>N</i> =65).	130
Tabel 83.	Aantal sekspartners doorheen het leven, bij seksueel ervaren respondenten (SEL2) (<i>N</i> =1691)	132
Tabel 84.	Geslacht van sekspartners, indien meerdere sekspartners doorheen leven (SEL3) (<i>N</i> =1257)	132
Tabel 85.	Geslacht van sekspartners, indien één sekspartner doorheen leven (SEL4) (<i>N</i> =428)	132
Tabel 86.	Percentage respondenten dat de afgelopen zes maanden seksueel actief was, bij seksueel ervaren respondenten (SEZ1) (<i>N</i> =1691)	135
Tabel 87.	Frequentie seks afgelopen twee weken, bij seksueel actieve respondenten (SEZ2) (<i>N</i> =1332)	136
Tabel 88.	Beoordeling afgelopen twee weken: gewone of uitzonderlijke periode, bij respondenten die de afgelopen twee weken seks hebben gehad (SEZ3) (<i>N</i> =997)	136
Tabel 89.	Gemiddelde seksfrequentie tijdens gewone periode van twee weken, bij respondenten die de afgelopen twee weken seks hadden en aangaven dat de afgelopen twee weken een uitzonderlijke periode vormden (SEZ4) (<i>N</i> =155)	136

Tabel 90.	Frequentie seks afgelopen vier weken, bij seksueel actieve respondenten (SEZ5) ($N=335$)	137
Tabel 91.	Beoordeling afgelopen vier weken: gewone of uitzonderlijke periode, bij respondenten die de afgelopen vier weken seks hebben gehad (SEZ6) ($N=140$)	137
Tabel 92.	Gemiddelde seksfrequentie tijdens gewone periode van vier weken, bij respondenten die de afgelopen vier weken seks hadden en aangaven dat de afgelopen vier weken een uitzonderlijke periode vormden (SEZ7) ($N=32$)	137
Tabel 93.	Frequentie seks afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ8) ($N=195$)	138
Tabel 94.	Beoordeling afgelopen zes maanden: gewone of uitzonderlijke periode, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hebben gehad (SEZ9) ($N=195$)	138
Tabel 95.	Gemiddelde seksfrequentie tijdens gewone periode van zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hadden en aangaven dat de afgelopen zes maanden een uitzonderlijke periode vormden (SEZ10) ($N=83$)	138
Tabel 96.	Regelmaat van seks afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ11) ($N=1332$)	138
Tabel 97.	Frequentie van geslachtsgemeenschap tijdens seks afgelopen twee weken/vier weken/zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ13) ($N=1332$)	139
Tabel 98.	Frequentie van orgasme afgelopen twee weken/vier weken/zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ12) ($N=1332$)	140
Tabel 99.	Aantal sekspartners afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ14) ($N=1332$)	142
Tabel 100.	Tevredenheid over seksleven, bij respondenten die wel en niet seksueel actief waren de afgelopen zes maanden (SEZ17/BRGS6) ($N=1332/358$)	144
Tabel 101.	Tevredenheid over seksfrequentie afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ18) ($N=1332$)	144
Tabel 102.	Tevredenheid over seksuele inactiviteit afgelopen zes maanden, bij respondenten die niet seksueel actief waren de afgelopen zes maanden (BRGS4) ($N=358$)	144
Tabel 103.	Belang van seks, bij respondenten die wel en niet seksueel actief waren de afgelopen zes maanden (SEZ19/BRGS5) ($N=1332/358$)	144
Tabel 104.	Frequentie masturbatie afgelopen zes maanden, bij respondenten die ooit gemasturbeerd hebben (ST4) ($N=1498$)	146
Tabel 105.	Aantal dagen sinds laatste keer masturbatie, bij respondenten die ooit gemasturbeerd hebben (ST5) ($N=1498$)	146

Tabel 106.	Aantal jaar sinds laatste tongzoen, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS1) ($N=358$)	147
Tabel 107.	Aantal jaar sinds laatste keer geslachtsgemeenschap, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS2) ($N=358$)	147
Tabel 108.	Aantal jaar sinds laatste keer seks, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS3) ($N=358$)	148
Tabel 109.	Redenen voor seksuele inactiviteit de afgelopen zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS7) ($N=358$)	149
Tabel 110.	Al dan niet wensen van seks in de toekomst, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS9) ($N=358$)	150
Tabel 111.	Seksfrequentie met partner afgelopen zes maanden, bij respondenten met een partner die de afgelopen zes maanden met meerdere personen seks hebben gehad (HP10) ($N=64$)	152
Tabel 112.	Orgasmefrequentie bij seks met partner afgelopen zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hadden met hun partner en met (een) andere perso(o)nen (HP11_2) ($N=59$)	152
Tabel 113.	Tevredenheid over seksfrequentie met huidige partner afgelopen zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hadden met hun partner en met (een) andere perso(o)nen (HP12) ($N=59$)	153
Tabel 114.	Frequentie van weigeren van seks met partner, bij respondenten met een partner (HP13) ($N=1411$)	154
Tabel 115.	Frequentie van weigeren van seks door partner, bij respondenten met een partner (HP14) ($N=1411$)	154
Tabel 116.	Aantal dagen sinds laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC1) ($N=1332$)	157
Tabel 117.	Laatste seksueel contact met één of meerdere personen, bij seksueel actieve respondenten (LC2) ($N=1332$)	157
Tabel 118.	Partner bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC3) ($N=1332$)	157
Tabel 119.	Aantal jaren samen geweest met ex-partner, bij seksueel actieve respondenten die met hun ex-partner seks hadden tijdens het laatste seksueel contact (LC5) ($N=51$)	157
Tabel 120.	Al dan niet gepland zijn van laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC6) ($N=1332$)	158
Tabel 121.	Leeftijd partner bij laatste seksuele contact, bij seksueel actieve respondenten die seks hadden met iemand anders dan de huidige (vaste) partner (LC7) ($N=152$)	158

Tabel 122. Locatie van laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC8) (<i>N</i> =1332)	158
Tabel 123. Beleving van laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC9) (<i>N</i> =1332)	161
Tabel 124. Onder invloed van alcohol bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC10) (<i>N</i> =1332)	161
Tabel 125. Onder invloed van drugs bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC11) (<i>N</i> =1332)	162
Tabel 126. Zelfbeleving bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC12) (<i>N</i> =1332)	162
Tabel 127. Emoties geassocieerd met laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC13) (<i>N</i> =1332)	162
Tabel 128. Gebruik van condoom bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC16) (<i>N</i> =1330)	165
Tabel 129. Zekerheid over feit dat sekspartner geen soa/hiv had, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact (LC17a) (<i>N</i> =1198)	165
Tabel 130. Reden van zekerheid over feit dat sekspartner geen soa/hiv had, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact en zeker of helemaal zeker waren dat hun sekspartner geen soa/hiv had (LC18a) (<i>N</i> =1142)	166
Tabel 131. Zwangerschapsintentie bij laatste heteroseksueel contact zonder condoom, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact (LC19) (<i>N</i> =1198)	166
Tabel 132. Mate van zekerheid over feit dat heteroseksueel contact niet zou leiden tot zwangerschap, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact (LC20) (<i>N</i> =996)	166
Tabel 133. Reden voor zekerheid over feit dat heteroseksueel contact niet zou leiden tot zwangerschap, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact en zeker of helemaal zeker waren dat dit contact niet zou leiden tot zwangerschap (LC21) (<i>N</i> =938)	167
Tabel 134. Seksuele handelingen in de afgelopen 6 maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ20) (<i>N</i> = 1332)	169
Tabel 135. Andere seksuele handelingen, voor respondenten die 'andere aanduiden bij SEZ20 (SEZ21) (<i>N</i> = 98)	169
Tabel 136. Ooit porno bekeken (PO1) (<i>N</i> =1751)	170
Tabel 137. Frequentie porno in de afgelopen 6 maanden (SEZ21) (<i>N</i> = 1358)	171
Tabel 138. Frequentie prostitutie(e) bezoek gedurende levensloop (Pros1) (<i>N</i> = 1812)	173

Tabel 139. Frequentie prostitutie(e) bezoek in de afgelopen 6 maanden, bij respondenten die ooit naar een prostitutie(e) geweest zijn (Pros2) ($N = 129$)	173
Tabel 140. Persoon met wie men de afgelopen 6 maanden seks had, die niet huidige partner is, bij respondenten die de afgelopen 6 maanden seks hadden met hun vaste partner (VR1) ($N = 59$)	176
Tabel 141. Verlieft op andere persoon dan eigen partner (VR4a) ($N = 1825$)	176
Tabel 142. Seks met een andere persoon dan partner op het moment van een vaste relatie, bij seksueel actieve respondenten die ooit al een vaste relatie hadden (VR5) ($N = 1637$)	176
Tabel 143. Aantal keer seks met andere persoon buiten partner op het moment van een vaste relatie, bij respondenten die ooit seks hadden met andere persoon dan hun partner (VR6) ($N = 259$)	176
Tabel 144. Was partner op de hoogte van seks met andere persoon op moment van relatie, bij respondenten die ooit seks hadden met andere persoon dan hun partner (VR7) ($N = 372$)	177
Tabel 145. Partner seks met andere persoon op het moment van de relatie met respondent, bij respondenten die momenteel een vaste relatie hebben of gehuwd zijn of samenwonend (VR8) ($N = 339$)	177
Tabel 146. Geslacht van de partner, bij respondenten met een vaste partner, die gehuwd zijn of samenwonend (HP1) ($N = 1412$)	178
Tabel 147. Gemiddelde leeftijd van de partner, bij respondenten die een vaste partner hebben, gehuwd zijn of samenwonend (HP2) ($N = 1417$)	179
Tabel 148. Overzicht waar partners elkaar hebben leren kennen, bij respondenten die een vaste partner hebben, gehuwd zijn of samenwonen (HP3) ($N = 1411$)	179
Tabel 149. Overzicht internetkanalen, bij respondenten die de partner leerden kennen via internet (HP4) ($N = 71$)	179
Tabel 150. Vrijheid van partnerkeuze, bij respondenten die een vaste partner hebben of gehuwd zijn of samenwonend (HP5) ($N = 1411$)	181
Tabel 151. Tijdelijke relatiebreuk, bij respondenten die een vaste partner hebben of gehuwd zijn of samenwonend (HP6) ($N = 1411$)	181
Tabel 152. Seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar, bij respondenten 18 jaar of ouder (GSG1) ($N = 1731$)	184
Tabel 153. Seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar, bij respondenten 18 jaar of ouder (GSG17) ($N = 1731$)	184
Tabel 154. Fysiek en psychologisch partnergeweld, bij respondenten 18 jaar of ouder (GSG15 & GSG 16) ($N = 1731$)	187
Tabel 155. Aantal personen bij de eerste gebeurtenis, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten (GSG4, GSG22) (N GSG4 = 298 & N GSG22 = 157)	191

Tabel 156. Eenmalige of herhaaldelijke gebeurtenis, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG9 & GSG26) (<i>N</i> GSG9 = 299 & <i>N</i> GSG26 = 163)	191
Tabel 157. Leeftijd waarop respondenten GSG meemaakten, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG10 – GSG11b & GSG27 – GSG28b) (<i>N</i> GSG10 = 181, <i>N</i> GSG11a = 103, <i>N</i> GSG11b = 104) (<i>N</i> GSG27 = 93, <i>N</i> GSG28a = 62, <i>N</i> GSG28b = 63)	191
Tabel 158. Percentage respondenten die over GSG gesproken heeft, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG12 & GSG29) (<i>N</i> GSG 12 = 299 & <i>N</i> GSG29 = 162)	192
Tabel 159. Ervaren van steun, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG13 & GSG30) (<i>N</i> GSG13 = 163 & <i>N</i> GSG30 = 86)	192
Tabel 160. Seksuele functiestoornissen bij seksueel actieve respondenten en respondenten die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem	199
Tabel 161. Seksuele last bij seksuele functiestoornissen bij seksueel actieve mannen en vrouwen en seksueel ervaren mannen en vrouwen die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem	200
Tabel 162. Duur (in jaren, per percentiel) van seksuele problemen bij mensen met minstens een lichte seksuele functiestoornis.	203
Tabel 163. Seksuele functiestoornissen bij de partners van seksueel actieve mannen en vrouwen en de partners seksueel ervaren mannen en vrouwen die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem bij zichzelf of bij de partner.	207
Tabel 164. Seksuele last bij seksuele functiestoornissen van de partners van seksueel actieve respondenten, van de partners van seksueel ervaren respondenten die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem bij de respondent zelf, en van de partners van seksueel ervaren respondenten die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem bij de partner	208
Tabel 165. Aantal respondenten met een minstens een lichte verstoorde seksuele functie die contact hadden met een hulpverlener in verband met het seksueel functioneren (Seksdis75 – Seksdis122) (<i>N</i> =1223)	210
Tabel 166. Vermijding van seks door de respondent en door de partner van de respondent omwille van een seksueel probleem bij de respondent (Seksdis73-74, Seksdis120-121)	212

Tabel 167.	Vermijding van seks door de respondent en door de partner van de respondent omwille van een seksueel probleem bij de partner van de respondent (Seksdis95-96, Seksdis142-143, Seksdis158-159)	212
Tabel 168.	Aantal respondenten met minstens een licht seksueel functieprobleem dat nog seks had zonder dat het seksueel probleem zich voordeed	213
Tabel 169.	Aantal jongeren (<26 jaar) die de voorbije zes maanden behoefte hadden aan informatie over bepaalde thema's (RSV2) (N=385)	215
Tabel 170.	Aantal jongeren (<26 jaar) dat voor informatie over biologische thema's, veilig vrijen, relaties en seksualiteit beroep zou doen op een bepaald persoon/organisatie (RSV4) (N=385)	215
Tabel 171.	Aantal schoolgaande jongeren (<26 jaar) dat het voorbije schooljaar informatie kreeg over bepaalde thema's (RSV3) (N=140)	216
Tabel 172.	Op wie in het gezin deden jongeren (op het moment van afname 26 jaar of ouder) vroeger beroep met betrekking tot vragen over relaties en seks (RSV13-14) (N=1440)	220
Tabel 173.	Op wie in het gezin doen jongeren (op moment van afname jonger dan 26 jaar) vandaag beroep met betrekking tot vragen over relaties en seks (RSV5, RSV9) (N=385)	220
Tabel 174.	Redenen waarom jongeren (op moment van afname jonger dan 26 jaar) met niemand in het gezin praten over relaties (RSV10) (N=67)	221
Tabel 175.	Hoe vaak hebben jongeren (op het moment van afname jonger dan 26 jaar) behoefte om met een gezinslid te praten over relaties en seks? (RSV7, RSV11) (N=385)	221
Tabel 176.	Hoe vaak hebben jongeren (op het moment van afname jonger dan 26 jaar) al effectief gepraat met een gezinslid over relaties en seks? (RSV8, RSV12) (N=385)	221
Tabel 177.	Seksuele zelfidentificatie. (SV2) (N=1825)	226
Tabel 178.	Seksueel verlangen: fantasieën over. (SV3) (N=1825)	226
Tabel 179.	Seksueel verlangen: aangetrokken tot. (SEL1) (N=1825)	226
Tabel 180.	Geslacht persoon eerste keer seks. (STJ11a) (N=144)	226
Tabel 181.	Geslacht persoon eerste keer seks. (STJ11b) (N=142)	227
Tabel 182.	Geslacht persoon eerste keer geslachtsgemeenschap. (STJ13) (N=132)	227
Tabel 183.	Geslacht persoon eerste keer seks. (ST11a) (N=840)	227
Tabel 184.	Geslacht persoon eerste keer seks. (ST11b) (N=851)	227
Tabel 185.	Geslacht persoon eerste keer geslachtsgemeenschap. (ST13) (N=814)	227
Tabel 186.	Geslacht sekspartners over de levensloop heen. (SEL3) (N=1264)	227
Tabel 187.	Geslacht sekspartner over de levensloop heen. (SEL4) (N=428)	228

Tabel 188. Geslacht sekspartner afgelopen zes maanden. (SEZ16) ($N=90$)	228
Tabel 189. Geslacht huidige relatiepartner. (HP1) ($N=1412$)	228
Tabel 190. Genderidentiteit, genderrol en gendernonconformiteit, bij mannen (SV1) ($N=909$)	230
Tabel 191. Genderidentiteit, genderrol en gendernonconformiteit, bij vrouwen (SV1) ($N=916$)	230
Tabel 192. Geslacht van de respondent (A1) ($N=1825$)	231
Tabel 193. Leeftijd van de respondenten (A3) ($N=1825$)	231
Tabel 194. Burgerlijke staat (A4a) ($N=1825$)	237
Tabel 195. Eerste huwelijk/eerste keer samenwonen, enkel voor respondenten die aangaven gehuwd te zijn/samen te wonen (A4c) ($N=1124$).	237
Tabel 196. Eerste huwelijk/eerste keer samenwonen, enkel voor respondenten die aangaven weduwe/weduwenaar, wettelijk of feitelijk gescheiden te zijn (A4h) ($N=238$).	238
Tabel 197. Huidige relatiestatus, enkel voor respondenten die aangaven niet gehuwd te zijn/niet samen te wonen (A5) ($N=702$).	238
Tabel 198. Huidige gezinssituatie (A7) ($N=1825$).	238
Tabel 199. Aantal personen in het huishouden, enkel voor respondenten die aangaven samen te wonen met anderen, en in slechts in één gezinssituatie wonen (A8) ($N=1026$).	239
Tabel 200. Rangorde tussen broers/zussen (A22) ($N=1825$).	239
Tabel 201. Momenteel voltijds dagonderwijs (A23) ($N=1825$).	241
Tabel 202. Huidig studieniveau, enkel voor respondenten die aangaven voltijds dagonderwijs te volgen (A24) ($N=212$).	242
Tabel 203. Onderwijstype, enkel voor respondenten die aangaven naar de lagere school of middelbare school te gaan (A25) ($N=143$).	242
Tabel 204. Aantal onderwijsjaren, enkel voor respondenten die momenteel geen voltijds dagonderwijs volgen (AV1) ($N=1607$).	243
Tabel 205. Hoogst behaalde getuigschrift of diploma, enkel voor respondenten die momenteel geen voltijds dagonderwijs volgen (AV2) ($N=1608$).	243
Tabel 206. Huidige beroepstoestand, enkel bevraagd aan respondenten die geen voltijds dagonderwijs volgen (AV3) ($N=1607$).	249
Tabel 207. Vroegere beroepsuitoefening, enkel bevraagd bij respondenten die gepensioneerd, huisman/huisvrouw, op ziekte/bevallingsverlof, met loopbaanonderbreking, arbeidsongeschikt of werkloos zijn (AV4) ($N=579$).	249
Tabel 208. Duur geen betaald beroep meer, enkel bevraagd bij respondenten die gepensioneerd, huisman/huisvrouw, op ziekte/bevallingsverlof, met loopbaanonderbreking, arbeidsongeschikt of werkloos zijn (AV5) ($N=513$).	249

Tabel 209. Type vorige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel geen betaald beroep uitoefenen maar dit vroeger wel deden (AV7) (N=513).	250
Tabel 210. Kenmerken vorige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel geen betaald beroep uitoefenen maar dit vroeger wel deden (AV8) (N=513).	250
Tabel 211. Niveau vorige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel geen betaald beroep uitoefenen en vroeger arbeider, bediende, ambtenaar of zelfstandige waren (AV9) (N=436).	250
Tabel 212. Type huidig beroep, enkel voor de respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen (AV14) (N=1016).	251
Tabel 213. Kenmerken huidig beroep, enkel voor de respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen (AV15) (N=1016).	251
Tabel 214. Niveau huidige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen als arbeider, bediende, ambtenaar of zelfstandige (AV16) (N=878).	252
Tabel 215. Nachtwerk of ploegendienst, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen (AV17) (N=881).	252
Tabel 216. Gezamenlijk maandinkomen boven de 2000 euro (AV26a) (N=1825).	254
Tabel 217. Inkomenscategorie onder 2000 euro, voor respondenten die aangaven dat hun maandinkomen minder dan 2000 euro bedraagt (AV26b) (N=475).	254
Tabel 218. Inkomenscategorie boven 2000 euro, voor respondenten die aangaven dat hun maandinkomen meer dan 2000 euro bedraagt (AV26c) (N=1206).	255
Tabel 219. Gevoel comfortabel te kunnen leven met het gezinsinkomen (AV27) (N=1825)	255
Tabel 220. Subjectieve sociale status (AV21) (N=1825)	257
Tabel 221. Levensbeschouwelijke strekking (AV23) (N=1825).	259
Tabel 222. Deelname aan godsdienstige of levensbeschouwelijke bijeenkomsten of erediensten (AV24) (N=1825).	259
Tabel 223. Persoonlijk belang van religie of levensbeschouwing (AV25) (N=1825).	260
Tabel 224. Belang van religie of levensbeschouwing in het gezin van herkomst (AV32) (N=1825).	260
Tabel 225. Nationaliteit bij geboorte (AV22) (N=1825)	261
Tabel 226. Nationaliteit partner bij geboorte, voor mensen met een partner (AV31) (N=1411).	261
Tabel 227. Hoogst behaalde opleidingsniveau van moeder en vader (N=1825).	263

Tabel 228. Nationaliteit van de vader bij zijn geboorte (AV30a) ($N=1825$).	264
Tabel 229. Nationaliteit van de moeder bij haar geboorte (AV30b) ($N=1825$).	264
Tabel 230. Lichaamsbouw volgens zelftypering, bij mannelijke respondenten (BIO70_man) ($N=909$).	267
Tabel 231. Lichaamsbouw volgens zelftypering, bij vrouwelijke respondenten (BIO70_vrouw) ($N=916$).	268
Tabel 232. Natuurlijke lichaamsbeharing volgens zelftypering, bij mannelijke respondenten (BIO71) ($N=909$).	269
Tabel 233. Natuurlijke haarpatroon volgens zelftypering, bij mannelijke respondenten (BIO72) ($N=909$).	269
Tabel 234. Consultatie van een arts omwille van het nog niet gehad hebben van een eerste menstruatie, bij vrouwelijke respondenten (BIO54) ($N=916$).	271
Tabel 235. Leeftijd bij eerste menstruatie, bij vrouwelijke respondenten (BIO55) ($N=916$).	271
Tabel 236. In de menopauze zijn, bij vrouwelijke respondenten (BIO57) ($N=916$).	274
Tabel 237. Leeftijd bij start van de menopauze (BIO58) ($N=344$).	274
Tabel 238. Menopausale symptomen (BIO59_1 tem BIO59_21) ($N=386$).	274
Tabel 239. Perceptie van de algemene gezondheid (BIO3) ($N=1825$).	278
Tabel 240. Inschatting van het fysieke functioneren (BIO4) ($N=1825$).	278
Tabel 241. Rolbeperkingen door fysieke gezondheidsproblemen (BIO5) ($N=1825$).	278
Tabel 242. Rolbeperkingen door emotionele problemen (BIO6) ($N=1825$).	278
Tabel 243. Inschatting van lichamelijke pijn (BIO7) ($N=1825$).	278
Tabel 244. Inschatting van de mentale gezondheid en vitaliteit (BIO8) ($N=1825$).	279
Tabel 245. Beperkingen op het sociaal functioneren omwille van lichamelijke gezondheid of emotionele problemen (BIO9) ($N=1825$).	279
Tabel 246. Ervaring met aandoeningen of behandelingen (BIO10) ($N=1825$).	295
Tabel 247. Ervaring met urologische of gynaecologische aandoeningen of behandelingen, bij vrouwelijke respondenten (BIO10) ($N=916$).	295
Tabel 248. Ervaring met urologische aandoeningen of behandelingen, bij mannelijke respondenten (BIO10) ($N=909$).	295
Tabel 249. Ervaring met hoge bloeddruk en hart-en vaatziekten, bij respondenten die ervaring hebben met cardiovasculaire problemen (BIO11) ($N=333$).	295
Tabel 250. Ervaring met angor of hartinfarct, hartfalen en hartritmestoornissen, bij respondenten die ervaring hebben met hartproblemen (BIO12) ($N=82$).	295

Tabel 251.	Ervaring met aandoeningen of ingrepen aan nieren, blaas, prostaat, teelbal of penis bij mannelijke respondenten die ervaring hebben met urologische problemen (BIO14) ($N=132$).	296
Tabel 252.	Ervaring met nierstenen, nierziekte, incontinentie en blaasontsteking bij respondenten die ervaring hebben met nier-, blaas- of plasbuisproblemen (BIO15_1, BIO15_2, BIO15_3, BIO15_5 en BIO15_8) ($N=107$).	296
Tabel 253.	Ervaring met verzakking van de blaas, bij vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met nier- of blaasproblemen (BIO15) ($N=70$).	296
Tabel 254.	Ervaring met aandoeningen of ingrepen aan de borst, baarmoeder, vagina of eierstokken, bij vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met gynaecologische problemen (BIO24) ($N=152$).	297
Tabel 255.	Ervaring met borstgezwel en esthetische problemen of rugklachten, bij vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met een borstaandoening of borstingreep (BIO25) ($N=60$).	297
Tabel 256.	Tijdstip hysterectomie (BIO27) ($N=63$).	298
Tabel 257.	Ervaring met de verschillende types diabetes en (bij-) schildklierproblemen (BIO30) ($N=136$).	298
Tabel 258.	Ervaring met de verschillende behandelingen voor diabetes (BIO31) ($N=54$).	298
Tabel 259.	Ervaring met 'andere' aandoeningen (BIO32) ($N=1825$).	298
Tabel 260.	Verdeling naar soorten kankers, bij mannelijke en vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met kanker (BIO33) ($N=65$).	299
Tabel 261.	Ervaring met de verschillende pulmonaire aandoeningen (BIO38) ($N=159$).	299
Tabel 262.	Ervaring met de verschillende gastrointestinale aandoeningen (BIO39) ($N=216$).	299
Tabel 263.	Ervaring met de verschillende aandoeningen van het zenuwstelsel (BIO40) ($N=128$).	300
Tabel 264.	Ervaring met de verschillende aandoeningen van het bewegingsstelsel (BIO42) ($N=332$).	300
Tabel 265.	Ervaring met de verschillende huid- en haaraandoeningen (BIO43) ($N=89$).	300
Tabel 266.	Besnijdenis, bij mannelijke respondenten (BIO44) ($N=909$).	300
Tabel 267.	Leeftijd op het moment van de besnijdenis (BIO45_a) ($N=128$).	301
Tabel 268.	Frequentie ochtenderectie, bij mannelijke respondenten (BIO46) ($N=909$).	301
Tabel 269.	Contact met een hulpverlener in verband met verandering in seksleven omwille van medische aandoening (BIO47) ($N=1825$).	301
Tabel 270.	Lengte, in centimeter (BIO1) ($N=1825$).	304

Tabel 271. Gewicht, in kilogram (BIO2) ($N=1825$).	305
Tabel 272. Roken of ooit gerookt hebben (BIO61) ($N=1825$).	305
Tabel 273. Leeftijd waarop rokers en ex-rokers begonnen te roken (BIO62) ($N=893$).	305
Tabel 274. Al dan niet dagelijks roken, bij ex-rokers en rokers (BIO64_A) ($N=893$).	305
Tabel 275. Aantal jaren dagelijks gerookt, bij ex-rokers (BIO63) ($N=411$).	305
Tabel 276. Aantal sigaretten per dag, bij dagelijkse ex-rokers en rokers (BIO64) ($N=725$).	306
Tabel 277. Leeftijd waarop ex-rokers zijn gestopt met roken (BIO65) ($N=411$).	306
Tabel 278. Aantal eenheden alcohol per week (BIO66) ($N=1825$).	306
Tabel 279. Aantal eenheden alcohol per weekend (BIO67) ($N=1825$).	307
Tabel 280. Aantal dagen per week minimum 10 minuten matige of zware fysieke activiteit (BIO68) ($N=1825$).	307
Tabel 281. Aantal minuten per dag matige of zware fysieke activiteit, bij respondenten die minimum één dag per week minimum 10 minuten fysiek actief zijn (BIO69) ($N=1460$).	307
Tabel 282. Medicatiegebruik afgelopen maand (BIO48) ($N=1825$).	310
Tabel 283. Verdeling naar soorten hormonale middelen, bij respondenten die de afgelopen maand een hormonaal middel gebruikten (BIO48_O) ($N=292$).	310
Tabel 284. Verdeling naar soorten middelen om het seksueel functioneren te stimuleren, bij respondenten die het afgelopen jaar een seksueel stimulerend middel gebruikten (BIO49) ($N=82$).	311
Tabel 285. Aanwezigheid van een positief effect van het middel op het seksueel functioneren (BIO50) ($N=82$).	311
Tabel 286. Afgelopen jaar gestopt met het nemen van medicatie omwille van seksuele bijwerkingen (BIO51) ($N=1825$).	311
Tabel 287. Gebruik van verschillende soorten medicatie (BIO_med) ($N=1825$).	312
Tabel 288. Testosteronwaarden, bij mannelijke en vrouwelijke respondenten (ng/dl) ($N=909$ en 916 respectievelijk).	317
Tabel 289. Cortisolwaarden, bij mannelijke en vrouwelijke respondenten ($\mu\text{g/dl}$) ($N=909$ en 916 respectievelijk).	318
Tabel 290. CAG-RL (CAG repeat length), bij mannelijke en vrouwelijke respondenten ($N=909$ en 916 respectievelijk).	318
Tabel 291. Zelfinschatting van mentale gezondheid afgelopen vier weken (Bio8) ($N=1825$).	320
Tabel 292. Attitudes ten opzichte van seks (AO1) ($N=1825$).	322

Tabel 293. Attitudes over leeftijd waarop men eerste keer seks mag hebben (AO2) (N= 1825)	322
Tabel 294. Homonegativiteit (AO3) (N= 1825)	323
Tabel 295. Gevoel over uiterlijk de voorbije week (UZ2) (N=1825)	325
Tabel 296. Perceptie van anderen over kledij van de respondent (UZ7) (N=1825)	325
Tabel 297. Faciliterende en inhibiterende factoren om seks te hebben, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hebben gehad (UZ3) (N= 1323)	327
Tabel 298. Seksuele excitatie en seksuele inhibitie bij seksueel ervaren respondenten, bij respondenten met seksuele ervaring (UZ2) (N=1691)	330
Tabel 299. Scoring van jongeren tussen 14 en 25 jaar op de BIS/SAS schaal (J10) (N=385)	333
Tabel 300. Aantrekkelijkheid van de partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8a) (N=1334)	337
Tabel 301. Warmte en begrip bij partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8b) (N=1334)	337
Tabel 302. Tevredenheid over frequentie van geslachtsgemeenschap, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8c) (N=1334)	377
Tabel 303. Frequentie van geslachtsgemeenschap voorbije maand, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8d) (N=1334)	338
Tabel 304. Opnemen van verantwoordelijkheid door partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8e) (N=1334)	338
Tabel 305. Tevredenheid over frequentie van knuffelen, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8f) (N=1334)	339
Tabel 306. Tevredenheid over frequentie van samen tijd doorbrengen, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8g) (N=1334)	339
Tabel 307. Frequentie van orgasme, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8h) (N=1334)	339
Tabel 308. Denken aan scheiden van partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8i) (N=1334)	340
Tabel 309. Bereiken van overeenstemming bij woordenwisseling, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8j) (N=1334)	340
Tabel 310. Frequentie van bekvechten of gevit, spanningen, geweld, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8k) (N=1334)	341
Tabel 311. Openhartigheid tegenover partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8l) (N=1334)	341
Tabel 312. Tevredenheid over leven met partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8m) (N=1334)	341

Tabel 313. Zelfinschatting van de partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8n) ($N=1334$)	342
Tabel 314. Genieten van seks met partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8o) ($N=1334$)	342
Tabel 315. Hechtingsstijl ten opzichte van de huidige partner, enkel voor respondenten die een partner hebben (HP9_1 – HP9_12) ($N = 1412$)	345
Tabel 316. Antwoord van respondenten met een relatie op de Dyadic Sexual Communication Scale (HP15) ($N=1374$)	347
Tabel 317. Huidige algemene gezinsklimaat bij respondenten die inwonen bij hun ouder(s) ($N=305$) en bij respondenten met inwonende kinderen ($N=681$) (RSV1a)	351
Tabel 318. Sfeer in huidige gezin rond praten over relaties en seksualiteit bij respondenten die inwonen bij hun ouder(s) ($N=305$) en bij respondenten met inwonende kinderen ($N=681$) (RSV1b)	351
Tabel 319. Frequentie van conflicten tussen huidige gezinsleden bij respondenten die inwonen bij hun ouder(s) ($N=305$) en bij respondenten met inwonende kinderen ($N=681$) (RSV1c)	351
Tabel 320. Emoties geassocieerd met feit dat men nog nooit seks/geslachtsgemeenschap heeft gehad, bij respondenten zonder ervaring met seks/geslachtsgemeenschap (RGS3) ($N=179$)	353
Tabel 321. Huidige emoties bij slachtoffers van SGG voor 18 jaar die de emotionele impact minstens als 'matig' beoordeelden. (GSG14) ($N=312$)	354
Tabel 322. Huidige emoties bij slachtoffers van SGG voor 18 jaar die de emotionele impact minstens als 'matig' beoordeelden. (GSG14) ($N=163$)	354
Tabel 323. Geïnternaliseerde homonegativiteit, items 1 en 9 aan iedereen gevraagd ($N=1825$); items 2 tem. 8 enkel aan respondenten die zich als biseksueel, overwegend homoseksueel/lesbisch of homoseksueel/lesbisch benoemen ($N=58$) (SV4).	357
Tabel 324. Stigmabewustzijn bij holebi's, vraag enkel gesteld aan respondenten die zich als biseksueel, overwegend homoseksueel/lesbisch of homoseksueel/lesbisch benoemen (SV5) ($N=58$).	360
Tabel 325. Gepercipieerde discriminatie (Mind1) ($N=1825$).	362
Tabel 326. Intensiteit van de sociale contacten met burens, vrienden of kennissen en familieleden (LS2) ($N=1825$).	365
Tabel 327. Heterogeniteit van sociale netwerk en sociale steun (LS3) ($N=1825$).	365
Tabel 328. Mate van gepercipieerde cohesie in de buurt (LS4) ($N=1825$).	366

Tabel 329. Mate van solidarisme, individualisme en ethnocentrisme (LS1) (N=1825).	370
Tabel 330. Aantal uren TV op een week- en weekenddag (kolompercentages) (N=1825).	371
Tabel 331. Zender waarnaar men het liefst en het minst graag kijkt (Kolompercentages) (N=1825).	371
Tabel 332. Mate waarin respondenten een aantal muziekgenres hebben beluisterd (LS7) (N=1825).	372
Tabel 333. Frequentie van bezoek aan receptieve cultuur- en vrijetijdsactiviteiten (LS8) (N=1825).	372
Tabel 334. Frequentie van sportbeoefening (LS9) (N=1825).	373
Tabel 335. Probleemgedrag bij jongeren (J1) (N=385).	376
Tabel 336. Autodestructief gedrag bij jongeren (J2) (N=385).	377
Tabel 337. Probleemgedrag van vrienden, bij jongeren (J3) (N=385).	378
Tabel 338. Seksueel gedrag en attitudes van vrienden, bij jongeren (J4) (N=385).	379
Tabel 339. Gendersamenstelling van de vriendengroep, bij jongeren (J5) (N=385).	380
Tabel 340. Gevoeligheid voor groepsdruk, bij jongeren (J6) (N=385).	381
Tabel 341. Verwachten van informatie door de ouders, bij jongeren (J7) (N=385).	384
Tabel 342. Het geven van informatie aan de ouders, bij jongeren (J8) (N=385).	384
Tabel 343. Studiebetrokkenheid en gevoel van zinloosheid, bij jongeren (J9) (N=143).	386
Tabel 344. Data van de interviewertrainingen.	425
Tabel 345. Data van de debriefing-gesprekken met interviewers.	427
Tabel 346. Definitieve responscodes bij laatste contact door laatste interviewer, berekend op alle gebruikte adressen en op alle inzetbare adressen.	446
Tabel 347. Definitieve responscodes bij laatste contact door laatste interviewer, naar leeftijdsgroep, berekend op alle gebruikte adressen en op alle inzetbare adressen.	447
Tabel 348. Verdeling van de populatie naar geslacht en leeftijd in Vlaanderen en in de Sexpert-steekproef.	451
Tabel 349. Verdeling van de populatie naar hoogst behaalde diploma in Vlaanderen en in de Sexpert-steekproef.	451
Tabel 350. Verdeling van de populatie naar hoogst behaalde diploma in Vlaanderen en in de Sexpert-steekproef, en berekening van de reële en de effectieve (gebruikte) weegcoëfficiënten.	453

Overzicht figuren

- Figuur 1. Geselecteerde postcodes, met per postcode het aantal geselecteerde steekproefpunten (clusters). 417
- Figuur 2. Aantal actieve interviewers en aantal gerealiseerde interviews, per week van het veldwerk. 437
- Figuur 3. Geselecteerde postcodes, met per postcode het (bruto) responscijfer (aantal effectief bevraagde respondenten/aantal geactiveerde adressen in die postcode). 437
- Figuur 4. Aantal actieve interviewers per maand van het veldwerk. 438

Deel 1: Onderzoek en doelstelling

1. Aanleiding en doelstelling

In september 2009 ontving een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Gent en de Katholieke Universiteit Leuven onder leiding van Prof. Dr. Ann Buysse¹ financiering van het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie om een Strategisch Basis Onderzoek (SBO) op te zetten naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen (i.e. de Sexpert-studie). De centrale doelstelling van het onderzoeksproject ‘Seksuele Gezondheid in Vlaanderen’ bestaat erin om systematisch en uitgebreide informatie te verzamelen over de seksuele gezondheid van Vlaamse mannen en vrouwen tussen de 14 en 80 jaar oud. In deze studie willen we (1) de seksuele gezondheid van mensen in Vlaanderen beschrijven aan de hand van indicatoren (i.e. metingen die een belangrijk aspect van seksuele gezondheid weerspiegelen) en (2) de relaties tussen de belangrijkste biologische, psychologische, demografische en sociologische correlaten (i.e. factoren die samengaan met seksuele gezondheid) beschrijven (waarom is de seksuele gezondheid wat ze is?). In dit basisrapport richten we de aandacht op de eerste doelstelling. Voor een meer diepgaande verkenning van de resultaten van de Sexpert-studie verwijzen we naar het boek ‘Seksuele gezondheid in Vlaanderen’ (Buysse et al., 2013).

1.1. *Seksuele gezondheid: van biologisch gegeven tot mensenrecht*

Seksuele gezondheid wordt tot en met de eerste helft van de twintigste eeuw vaak eng benaderd vanuit fysiologische aspecten (zie bv. Masters & Johnson, 1966). Onderzoekers beschrijven seksuele gezondheid dan in termen van ‘de afwezigheid van ziekte of disfunctie’. Iemand is seksueel gezond wanneer hij/zij niet lijdt onder een bepaald ziektebeeld. Iemand met een bepaalde lichamelijke toestand of die over bepaalde biologisch pathogene eigenschappen beschikt, labelt men dan als ‘ziek’. Hoewel het biologische perspectief een belangrijke bijdrage betekent voor het begrijpen van seksueel gedrag, is het inadequaar om een diversiteit aan seksuele ervaringen te begrijpen. Het belemmert ons om na te denken over seksueel welzijn en het is een hinderpaal om efficiënte preventiemaatregelen te kunnen ontwikkelen. Daarom streven we naar een brede definitie die het louter biologische overstijgt. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt ons in staat om een ruimer perspectief te hanteren. Hun definitie voor seksuele gezondheid luidt als volgt: *“seksuele gezondheid is een fysieke, emotionele, mentale en sociale mate van welzijn gerelateerd met seksualiteit; het is meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebreken. Seksuele gezondheid omvat een*

1 Het consortium bestaat uit de promotoren Prof. Dr. Ann Buysse, Prof. Dr. Mieke Van Houtte, Prof. Dr. John Lievens, Dr. Hans Vermeersch (allen UGent), Prof. Dr. Guy T’Sjoen (UZGent) en Prof. Dr. Paul Enzlin (KULeuven).

positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties evenals de mogelijkheid van mensen om genotvolle en veilige seksuele relaties aan te gaan vrij van dwang, discriminatie en geweld. Opdat mensen de hoogste standaard van seksuele gezondheid zouden kunnen bereiken moeten ze hun eigen keuzes kunnen maken op vlak van voortplanting en seksualiteit en moeten ze zich zelfzeker en geborgen voelen in het uitdrukken van hun seksuele identiteit” (WHO, 2006).

Seksuele gezondheid zien we vandaag niet meer als iets dat losstaat van de toegang tot zorg en kennis. In 2005 aanvaardde de World Association of Sexual Health (i.e. WAS) in Montreal de verklaring ‘Sexual Health for the Millenium’. Deze verklaring omvat een visie waarbij seksuele gezondheid een kernelement is met betrekking tot welzijn, welbevinden en duurzame ontwikkeling (2008). De WAS spoort regering, agentschappen, professionelen, de private sector, academische instituties en de gehele samenleving aan om (1) seksuele rechten te promoten, beschermen, verzekeren en te erkennen, (2) gendergelijkheid te bewerkstelligen, (3) seksueel geweld en misbruik te elimineren, (4) degelijke informatie en educatie met betrekking tot seksuele gezondheid toegankelijk te maken voor iedereen, (5) er voor te zorgen dat reproductieve gezondheidsprogramma’s gericht zijn op seksuele gezondheid in het algemeen, (6) de verspreiding van hiv/aids en andere soa tegen te houden, (7) seksuele bekommernissen, disfuncties en stoornissen te identificeren en te behandelen en (8) het verkrijgen van erkenning voor seksueel genieten als een onderdeel van menselijk welbevinden (WAS, 2005). Deze verklaring wijst er op dat seksuele gezondheid intrinsiek verbonden is met seksuele rechten en de toegang tot seksuele gezondheidszorg.

Ook de International Planned Parenthood Federation verwijst naar seksuele rechten als mensenrechten (zie www.ippf.org). De seksuele rechten die ze vooropstellen omvat de culminatie van twee jaar werk door allerhande internationale experts en autoriteiten (zowel juristen, mensenrechtenactivisten, gezondheidswerkers als experts in seksuele en reproductieve gezondheid). Ook zij benadrukken het samengaan van seksuele rechten met vrijheid, gelijkheid, privacy, autonomie, integriteit en waardigheid van alle mensen. Wetenschappelijke vooruitgang moet de voorwaarden creëren waarin deze rechten tot stand kunnen komen. Dat seksuele gezondheid ondertussen door belangrijke internationale instanties en actoren erkend wordt als een mensenrecht, verwijst tevens naar het maatschappelijk belang ervan.

1.2. Een nood aan wetenschappelijke gegevens in Vlaanderen

Tot op heden ontbreken degelijke en wetenschappelijk onderbouwde gegevens met betrekking tot seksuele gezondheid in Vlaanderen. De beschikbare data zijn geda-teerd, gefragmenteerd, niet representatief of gebaseerd op kleinschalige studies of registraties. Voorbeelden uit het buitenland bewijzen echter dat een betrouwbaar en geldig bevolkingsonderzoek haalbaar is (zie bv. Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008). Nederlandse onderzoeksvoorbeelden bevestigen dit. In 2006 vindt voor een tweede maal een representatieve bevolkingsstudie plaats naar seksuele gezondheid in Nederland (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Ook een tweede studie

gericht op Nederlandse jongeren tot 25 jaar toont het belang aan van gegevens over seksuele gezondheid (de Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012). Aan de hand van dergelijke gegevens hopen de onderzoekers dat beleidmakers, gezondheidswerkers en andere professionals die met jongeren werken, de resultaten kunnen gebruiken om een positieve seksuele gezondheid te bevorderen. Het verzamelen van degelijke data over dit thema voor Vlaanderen is dan ook geen overbodige luxe. De Vlaamse overheid werkt, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie immers met gezondheidsdoelstellingen. Die laatste verwijzen naar specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. Deze gezondheidsdoelstellingen bestaan bijvoorbeeld met betrekking tot borstkanteropsporing. Er bestaat echter geen enkele gezondheidsdoelstelling met betrekking tot seksuele gezondheid. Een van de grootste struikelblokken om tot een Vlaamse Gezondheidsdoelstelling rond seksuele gezondheid te komen is dat er nauwelijks relevante gegevens voorhanden zijn over de Vlaamse situatie.

Omdat we een brede definitie van seksuele gezondheid vooropstellen, verzamelen we in deze studie zowel biologische (bv. hormoongevoeligheid), psychologische (bv. attitudes, relatietevredenheid) als sociologische gegevens (bv. demografische kenmerken, het ervaren van stress,...). We verwijzen daarvoor naar het biopsychosociaal model (i.e. het BPS model). Dit multidimensioneel model is gericht op het in kaart brengen van de sociale context waarin personen leven evenals het systeem dat een samenleving ontwikkelt om tegemoet te komen aan de gevolgen van ziekte (i.e. de arts en het gezondheidssysteem). Enkel door dat te doen, kunnen we op een efficiënte manier aan seksuele gezondheidspromotie doen (Engel, 1977, Bancroft, 2009). Het BPS model laat een meer holistische aanpak toe: we houden zowel rekening met een verscheidenheid aan individuele kenmerken als met de maatschappelijke, culturele en sociale structuren waarin het individu is ingebed.

Met de Sexpert-studie willen we dus tegemoet komen aan een tekort aan wetenschappelijke gegevens. Tevens hopen we gegevens te kunnen aanbieden die gezondheidsdoelstellingen gericht op het bevorderen van seksuele gezondheid kunnen helpen ontwikkelen. Seksuele gezondheid bevorderen en een daarbij aansluitend zorgaanbod kunnen voorzien, kan enkel door gegevens te gebruiken die wetenschappelijk gegrond zijn. Om over innovatieve en betrouwbare gegevens te kunnen beschikken werken we in dit onderzoek vanuit verschillende disciplines (i.e. vanuit een biologisch, sociologisch, psychologisch en seksuologisch perspectief) en houden we rekening met individuele, relationele en socio-culturele factoren die met seksuele gezondheid kunnen samengaan.

1.3. *Relevantie voor stakeholders*

In dit boek willen we de seksuele gezondheid van de Vlaming beschrijven. Daarvoor baseren we ons op een representatieve steekproef van 1825 Vlamingen tussen 14 en 80 jaar oud. Naast het verzamelen van de onderzoeksgegevens, is het belangrijk om

in elke fase van het onderzoek Vlaamse stakeholders² (i.e. actoren en organisaties die van dicht of van ver betrokken zijn bij seksuele gezondheid) te consulteren en te betrekken bij het onderzoek. Door continu met hen te communiceren proberen we de uiteindelijke resultaten zo efficiënt mogelijk te vertalen naar acties in het Vlaamse middenveld. Daartoe werken we met overlegplatforms waarbinnen wetenschappers, beleidsmakers en andere deskundigen elkaar kunnen ontmoeten. De doelstellingen van deze platforms zijn (1) een gemeenschappelijke visie op seksuele gezondheid ontwikkelen; (2) input verlenen voor het opzet en de voortgang van de representatieve bevraging; en (3) het opvolgen van deze bevraging.

Zowel de Vlaamse regering en Vlaamse (beleids)instellingen, de academische wereld, allerhande professionals op het terrein als de maatschappij in haar geheel zullen kennis kunnen putten uit dit onderzoeksproject. De verzamelde gegevens moeten het immers mogelijk maken om tot concrete interventies te komen binnen een Vlaamse seksuele gezondheidsdoelstelling en –strategie, en daarmee ook seksuele rechten verder helpen promoten en beschermen, seksueel geweld en misbruik helpen tegen gaan, voorzien in informatieverstrekking en opleidingen, de verdere verspreiding van SOA's te helpen tegengaan en seksuele problemen en disfuncties helpen identificeren en behandelen.

2 Dit is een niet exhaustieve lijst van stakeholders die betrokken zijn bij de studie Seks in Vlaanderen: (1) De Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin; (2) Sensoa (Vlaamse expertisecentrum m.b.t. seksuele gezondheid en hiv); (3) Joetz (expert in gezondheidspromotie bij jongeren); (4) Centrum voor Relatieproblemen en Zwangerschap; (5) vzw Jeugd en Seksualiteit; (6) The International Planned Parenthood Federation (IPPF); (7) çavaria; (8) Wel jong niet hetero; (9) vzw PASOP (gericht op prostitutie); (10) CAW – Boysproject (gericht op jongens/mannen in de prostitutie); (11) Federatie van Vooruitstrevende Verenigingen (gericht op etnische minderheden); (12) Movisie Nederland – kenniscentrum m.b.t. maatschappelijke ontwikkeling; (13) Intercultureel netwerk Gent (gericht op etnische minderheden); (14) Vlaams Secretariaat voor het Katholiek onderwijs (VSKO); (15) GO! Het onderwijs van de Vlaamse gemeenschap; (16) Het Hoger Instituut voor de Gezinswetenschappen; (17) The Society for the Scientific Study of Sexuality; (18) The World Professional Association for Transgender Health; (19) The Belgian Endocrine Society; (20) The International Society for the Study of Women's Sexual Health; (21) Het Instituut voor Tropische Geneeskunde (i.e. ITG); (22) Het Steunpunt Allochtone Meisjes en Jongens (dit heet nu 'Ella – kenniscentrum voor gender en etniciteit'); (23) Het Steunpunt Gelijkekansenbeleid (consortium UA – U Hasselt); (24) Het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding; (25) De Vlaamse Vereniging voor Seksuologen; (26) The Society for Gerontology and Geriatrics; (27) Sexology Training at the Academic Medical Centre Amsterdam; (28) de Vlaamse Diabetes Vereniging; (29) Scientific Society for Sexual Dysfunctions; (30) De Nederlandse Vereniging voor Seksuologie; (31) Het Centrum voor Huisartsen-geneeskunde (Universiteit Antwerpen); (32) The Belgian Society for Sexual Medicine; (33) De Vlaamse Werkgroep voor Algemene Gynaecologie; (34) The International Centre for Reproductive Health; (35) Straathoekwerk Vlaanderen; (36) Vlaamse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie; (37) Pelvired, de Belgische vereniging voor bekkenbodetherapeuten; (38) Belgische Vereniging voor Urologie; (39) Aids Referentie Centra; (40) Belgian Society for Reproductive Medicine; (41) Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid; (42) ITER, centrum voor daderhulp.

1.4. *Het maatschappelijk debat*

Hoewel seksuele gezondheid in essentie een erg private aangelegenheid is, heeft het veel publieke consequenties die het ook tot een onderwerp maken dat relevant is voor het beleid en voor de zorgsector (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994). Vanuit een macroperspectief speelt seksualiteit een belangrijke rol in maatschappelijke relaties, en is seksuele gezondheid sterk gelinkt aan man-vrouwrelaties en de maatschappelijke positie van vrouwen. Wereldwijd bestaan er ook sterke linkjes tussen (een zwakkere) seksuele gezondheid en armoede. Seksuele gezondheid staat niet los van de fysieke en mentale gezondheid van mensen. Seksuele gezondheid heeft ook te maken met het fundamentele recht op privacy, het kunnen opbouwen van een gelukkig gezinsleven en vrij zijn van discriminatie. Als we het welbevinden van burgers willen stimuleren dan moet er ook aandacht zijn voor seksuele gezondheid. Sommige thema's die te maken hebben met seksuele gezondheid zijn omstreeden of worden met sensatie in de media of in het maatschappelijk debat gebracht. De gegevens uit het Sexpert-onderzoek kunnen een genuanceerd debat bevorderen en leveren betrouwbare data zodat we het debat vanuit een degelijke kennisbasis kunnen voeren. Het is fundamenteel dat in dit debat zowel positieve als negatieve aspecten van seksuele gezondheid vervat zitten, dat het de aandacht richt op mensenrechten met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid en dat het rekening houdt met de rijke diversiteit (op vlak van etniciteit, overtuigingen, seksuele oriëntatie,...) aanwezig in onze Vlaamse samenleving.

2. **Het ontwikkelen van de vragenlijst**

Het ontwikkelen van een vragenlijst voor een onderzoek naar seksuele gezondheid, is een erg complex proces dat bestaat uit verschillende fasen. De vragenlijst moet immers in staat zijn om erg gevoelige en persoonlijke informatie in kaart te brengen. Om zo veel mogelijk informatie te verzamelen met betrekking tot wat de beste meetmethode zou zijn, raadplegen we verschillende bronnen. Een uitgebreide literatuurstudie, de afname van focusgroepsgesprekken, het raadplegen van experts en het uitvoeren van een uitgebreide pilootstudie is hier de insteek voor het proces van vragenlijstconstructie. De afname van focusgroepsgesprekken vond plaats bij personen uit de doelgroep zelf (mannen en vrouwen uit verschillende leeftijdsgroepen) en bij 'community-experts'. Deze laatste verwijzen dan naar personen die deel uitmaken van een specifieke gemeenschap (bv. holebi's), een specifieke etnische achtergrond hebben (in casu Turks of Marokkaans) en/of die vertrouwd zijn met het thema seksuele gezondheid vanuit hun professionele ervaring.

Het proces van de vragenlijstconstructie bestaat uit 5 verschillende fasen: (1) literatuurstudie en identificatie van verschillende populatieonderzoeken naar seksuele gezondheid in het buitenland, (2) het verzamelen van informatie aan de hand van focusgroepsgesprekken, (3) het raadplegen van expertkennis door het organiseren van

overlegplatforms met actoren uit het Vlaamse middenveld en door het raadplegen van experts in Nederland, (4) constructie van de vragenlijst door op continue basis items te wijzigen, toe te voegen of te verwijderen op basis van hun leesbaarheid en geschiktheid, (5) een pilootstudie bij ongeveer 62 respondenten.

Deze vijf fasen zijn niet mooi van elkaar gescheiden. De informatie die we in één welbepaalde fase verzamelen, beïnvloedt de beslissingen die we in een andere fase nemen. Elke fase is in die zin een proces dat één van de andere processen beïnvloedt. De doelstelling is om zicht te krijgen op wat seksuele gezondheid precies is, hoe een diverse groep personen dit begrijpen en hoe we ze op een betrouwbare manier kunnen meten. Dit is in het bijzonder belangrijk om dat seksuele gezondheid een gevoelig thema is. Onderzoek naar seksuele gezondheid wordt vaak bekritiseerd omdat het zou lijden onder een vertekening van onderzoeksresultaten als gevolg van de selectie groep mensen die aan dit onderzoek (wenst) deel te nemen (i.e. self-selection bias). Vaak wensen mensen immers niet deel te nemen aan onderzoek waarbij seksueel gedrag, seksuele oriëntatie en seksuele attitudes in kaart gebracht worden. Ons meetinstrument moet ook geschikt zijn om een variëteit aan mensen te bevragen. Respondenten moeten de vraagstelling aanvaarden en mogen niet het gevoel krijgen dat ze normatief of sociaal wenselijk moeten antwoorden. Omdat in Vlaanderen ook verschillende etnische minderheden woonachtig zijn, moet de vragenlijst gevoelig zijn voor specifieke culturele verschillen. Ook seksuele minderheden zoals holebi's mogen niet het gevoel krijgen dat de vragenlijst enkel is ontworpen vanuit een heteronormatief perspectief.

2.1. *Literatuurstudie*

De eerste vanzelfsprekende stap om relevante thema's met betrekking tot seksuele gezondheid te identificeren is natuurlijk het uitvoeren van een grondige literatuurstudie en het in kaart brengen van belangrijke populatieonderzoeken uit het buitenland. De verschillende partners die deel uitmaken van onze onderzoeksgroep brengen ook elk hun kennis en expertise mee. Om thema's te identificeren, vertrekken we van reeds bestaande vragenlijsten die we aanpassen aan de Vlaamse context. Zowel kwalitatief onderzoek als expertkennis vormen de input om ons meetinstrument verder te verfijnen.

In de literatuurstudie beperken we ons enkel tot internationaal populatieonderzoek met betrekking tot seksuele gezondheid (zie Tabel 1). Immers, enkel onderzoeken die zich baseren op representatieve data kunnen dienen voor het ontwikkelen van beleidsmaatregelen die afgestemd zijn op een specifieke socioculturele en politieke context. Het onder de loep nemen van verschillende populatiestudies toont aan dat ze allen hun sterktes en zwaktes hebben. Seksuele disfuncties worden bijvoorbeeld vaak in kaart gebracht zonder rekening te houden met het leed dat ze al dan niet berokkenen. Vaak zijn de data ook weinig betrouwbaar omdat ze in de late jaren tachtig of begin jaren negentig verzameld werden. De meeste steekproeven bestaan ook voor het grootste deel uit blanken en omvatten dus weinig etnische diversiteit.

Deze onderzoeken zijn een goed vertrekpunt om thema's inhoudelijk af te toetsen en methodologische uitdagingen in kaart te brengen, maar ze beantwoorden niet aan een aantal basisprincipes zoals wij ze voorop stellen. Toch zijn ze tot op heden de beste internationale vergelijkingsbasis waarover we beschikken.

Populatieonderzoek over seksuele gezondheid vinden we onder andere terug in Engeland-Wales-Schotland, Finland, Frankrijk, Nederland, China, de V.S., Estland en Sint-Petersburg. In Nederland vinden we de 'Seks in Nederland'-studies van de Rutgers Nisso groep terug (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). De meest recente Nederlandse populatiestudie (Bakker, de Graaf, de Haas, Kedde, Kruijjer & Wijsen, 2009) heeft aandacht voor seksueel gedrag en seksuele beleving, geboorteregeling, soa en hiv, seksuele victimisatie en seksuele dwang. Een vragenlijst werd afgenomen bij 6428 mannen en vrouwen van 15 tot en met 70 jaar. De steekproef is representatief voor de Nederlandse populatie op vlak van leeftijd, geslacht, opleiding en stedelijkheid. Respondenten werden geworven via een Internetpanel. De responsrate bedroeg 20%.

Als een reactie op de AIDS crisis begin jaren negentig besteedden twee studies (één in Frankrijk, één in het Verenigd Koninkrijk) aandacht aan seksuele gezondheid (Bajos & Bozon, 2008; Hubert, Bajos & Sandfort, 1998; Johnson et al., 2001). Bajos & Bozon (2008) namen in Frankrijk telefonische interviews af bij 20.000 mensen tussen 18 en 69 jaar. Ze stelden vragen naar de eerste keer geslachtsgemeenschap, frequentie van seksuele activiteit, condoomgebruik en de manier waarop mensen op zoek gaan naar sekspartners. Het Britse onderzoek omvatte een representatieve steekproef bij 11.161 mannen en vrouwen tussen 16 en 44 jaar in Engeland, Schotland en Wales. Ze behaalden een responsrate van 65% (Johnson et al., 2001).

Finse onderzoekers brachten populatiegegevens met betrekking seksuele gezondheid in kaart in Finland, Estland en in Sint-Petersburg (Rusland) (Gronow, Haavio-Mannila, Kivinen, Lonkila, & Rotkirch, 1997; Haavio-Mannila & Kontula, 2001; Haavio-Mannila & Purhonen, 2001). In 1992 werden 2.250 Finnen (van 18 tot 74 jaar) face-to-face geïnterviewd. Elke geïnterviewde vulde naast het vraaggesprek ook een vragenlijst zelfstandig in. In 1999 werden per post vragenlijsten opgestuurd. De onderzoekers verkregen op die manier 1.496 ingevulde vragenlijsten terug van personen tussen 18 en 81 jaar (een response rate van 46%). In Estland betreft het een representatieve sample van 1.031 Estlanders en Russen tussen 15 en 74 jaar. De respons rate bedraagt in dit onderzoek 41% voor een steekproef op basis van nationale registers. De interviewers bezorgden de vragenlijst tot bij de respondenten, lieten deze invullen en namen die terug mee. In Sint-Petersburg werd een representatieve steekproef van 2.081 mensen verzameld op basis van het stemregister. De responsrate bedraagt hier 60%. Respondenten beantwoordden een deel van de vragen in een face-to-face interview, het andere deel vulden ze zelfstandig in via een papieren vragenlijst.

Met betrekking tot de Verenigde Staten rapporteren we hier over één grootschalig populatieonderzoek: The National Health and Social Life Survey (NHSLS, Lau-

mann et al., 1994). Deze studie maakt gebruik van een aselechte steekproef bij 1.410 mannen en 1.749 vrouwen tussen 18 en 59 jaar en omvat een diversiteit aan thema's zoals seksuele partners en netwerken, homoseksualiteit, het seksueel traject, ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag, seksualiteitsbeleving, vruchtbaarheid, seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv, seksuele normen, informatie over partnerschappen en huwelijk (Laumann et al. 1994).

Er is ook representatieve data beschikbaar uit China. Deze omvat de antwoorden van 3.159 mannen en vrouwen (Parish, Laumann & Mojola, 2007) uit 1999–2000: the Chinese Health and Family Life Survey (CHFLS). Deze steekproef is representatief, met uitzondering van Tibet en Hong Kong, voor een volwassen Chinese stedelijke populatie tussen 20 en 64 jaar. Hun vragenlijst is grotendeels gebaseerd op de Amerikaanse NHSLS studie en omvat een range aan onderwerpen zoals seksuele ervaringen in de kindertijd, huwelijk en seksuele disfuncties, seksuele praktijken en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Een aantal factoren zoals de leeftijdsrange, verschillen naargelang het gebruikte steekproefkader en de wijze van steekproeftrekking, verschillen in contactprocedures en bevragingmethode, verschillen in de opbouw en structuur van de vragenlijst en in specifieke vraagformuleringen, verschillen naargelang de socio-culturele context, ... maken dat deze onderzoeken, hoewel ze gebaseerd zijn op representatieve steekproeven, niet altijd perfect vergelijkbaar zijn met de Sexpert-studie. Het zijn tot op heden echter de meest betrouwbare referenties en het zijn ook deze studies die we gebruikt hebben om tot een selectie van relevante seksuele gezondheidsindicatoren te komen.

Al deze studies hebben hun sterktes en zwaktes. Ze zijn een goed vertrekpunt maar beantwoorden niet aan al onze vereisten. We moeten het meetinstrument voorts ook aan onze Vlaamse socioculturele context aanpassen. Dit doen we aan de hand van de hieronder volgende beschreven fasen.

Tabel 1. Overzicht van populatiestudies over seksuele gezondheid.

Studie	Monitor SRGZ	ACFS	NATSAL	NHLS	CHFLS	
Land	Nederland	Frankrijk	Engeland, Wales, Schotland	Finland	V.S.	China
Auteurs	Wijzen & de Haas	Bajos & Bozon	Johnson, Mercer, Erens, Copas, McManus, Wellings, Fenton, Korovessis, Macdonall, Nanchahal, Purdon & Field	Gronou, Haavio-Mannila, Kiinen, Lonnkila & Rothkirch	Laumann, Gagnon, Michael & Michaels	Parish, Laumann & Mojola
Jaar	2011	2006	1999-2001	1992, 1999	1992	1999-2000
Taal	Nederlands	Frans	Engels	Fins	Engels	Chinees
Steekeproefkader	Populatie tussen 15 en 70j	Populatie tussen 18 en 69j	Populatie tussen 16 en 44j	Populatie tussen 18-74j en 18-81j	Populatie tussen 18 en 59j uit huishoudens	Populatie tussen 20 en 64j
N	8.064	20.000	11.161	2.250 in 1992 en 1.496 in 1999	3.159	3.159
					Estisch	Estisch
					Populatie tussen 15 en 74j uit nationaal register	Populatie op basis van kies-register
					1.031	2.081

2.2. *De afname van focusgroepgesprekken*

Focusgroepgesprekken lenen zich uitstekend om specifieke thema's te exploreren en om processen van betekenisgeving bij specifieke homogene groepen na te gaan. De twee belangrijkste doelstellingen om deze focusgroepgesprekken in dit onderzoek te houden zijn: (1) bij een diverse groep mensen nagaan wat seksuele gezondheid voor hen precies betekent, wat dit bij hen oproept en (2) kunnen anticiperen op mogelijke methodologische en ethische hindernissen in het bevragen van respondenten over seksuele gezondheid. We hielden 10 focusgroepgesprekken telkens met mannen en vrouwen in een afzonderlijke groep. Zes focusgroepgesprekken waren gericht op het beantwoorden van de onderzoeksvragen bij verschillende leeftijdsgroepen (bij minderjarigen, volwassen tussen 30 en 55 jaar en 60-plussers). Daarnaast hadden we ook nog vier focusgroepgesprekken met personen met een Turkse of Marokkaanse etnische achtergrond en met holebi's. Deze laatste zijn immers minderheidsgroepen waar we binnen deze studie bijzondere aandacht aan besteden gezien hun (mogelijke) kwetsbaarheid in termen van seksuele gezondheid.

Om de gesprekken vorm te geven gebruiken we een draaiboek en een topiclist. Het draaiboek is een uniforme handleiding volgens dewelke de gesprekken moeten verlopen. Het verloop van zo'n groepsgesprek bestond uit a) onthaal en verwelkoming, b) een korte uitleg van het onderzoek en opzet, c) het schetsen van een aantal grondregels met betrekking tot privacy, open sfeer en vertrouwelijkheid, d) een persoonlijke introductie van de interviewer zelf, e) het aanvangen van het groepsgesprek met behulp van een niet bedreigende openingsvraag, f) het groepsgesprek zelf, g) afronden en bedanking. In het groepsgesprek besteedden we aandacht aan de thema's die respondenten zelf associëren met seksuele gezondheid, hoe zij specifieke vraagvervoordingen percipiëren, de valkuilen die zij voorzien in het onderzoek, wat volgens hen de interviewsituatie kan faciliteren of bemoeilijken en in welke mate ze moeilijkheden verwachten bij de afname van een speekselstaal.

Dergelijke focusgroepgesprekken genereren heel wat bruikbare informatie over hoe mensen tegenover dit onderzoek staan (hoe percipiëren deelnemers de term 'seksuele gezondheid' vanuit een verschillende achtergrond? Wat roept deze term op?), wat ze belangrijke aspecten van seksuele gezondheid vinden (welke aspecten van seksuele gezondheid sluit aan bij een persoonlijke leefwereld?), wat specifieke gevoeligheden zijn bij specifieke doelgroepen (bv. het vermijden van een strikt problematiserende benadering, het vermijden van negatieve stereotiepen over bepaalde groepen,...), hoe we potentiële deelnemers kunnen motiveren om deel te nemen aan ons onderzoek (bv. de vragenlijst laten beantwoorden in een neutrale omgeving of in een afzonderlijke ruimte in de woning), aan welke kenmerken een interviewer moet voldoen (bv. qua kledingstijl, attitude...) en wat belangrijke hinderpalen kunnen zijn in dit onderzoek (bv. de moeilijkheid van het bevragen van minderjarige deelnemers of mogelijke emotionele reacties bij respondenten die seksueel misbruik hebben meegemaakt...). De afname van focusgroepgesprekken levert dus heel wat nuttige informatie op. Het genereert inzichten met betrekking tot het perspectief van de respondent: hoe erva-

ren mogelijke respondenten een onderzoek dat erg persoonlijke gegevens poogt in kaart te brengen? De informatie die voortvloeit uit dergelijke gesprekken stelt ons in staat om belangrijke inhoudelijke thema's te identificeren, een kwaliteitsvol meetinstrument te ontwikkelen en om ethische en methodologische valkuilen te vermijden.

2.3. *Participatorisch onderzoek*

Een derde stap omvat het ontwikkelen van een participatorisch onderzoeksopzet. Dit betekent dat we doorheen de verschillende fases van dit onderzoek, en in het bijzonder bij de constructie van het meetinstrument, op regelmatige basis contact onderhouden met verschillende experts uit het middenveld en uit de academische wereld. Om deze interactie tot stand te brengen organiseren we op regelmatige basis overlegplatforms. We spreken een zo breed mogelijke groep van mensen aan die in Vlaanderen betrokken zijn met thema's die met seksuele gezondheid te maken hebben. Het zijn zij die ons moeten duidelijk maken hoe de sociale en culturele context seksueel gedrag in Vlaanderen kan vormgeven. Beleidsmakers vormen ook een belangrijk onderdeel van deze 'stakeholders' (i.e. zij die belang hebben bij de resultaten van dit onderzoek)³. Zij verdedigen immers de belangen van diegene die wetenschappelijk onderbouwde informatie nodig hebben om een doeltreffend beleid op af te stemmen. De stakeholders geven dus van bij aanvang input op het verloop van dit onderzoek. Gezien zij de eindgebruikers zijn, is het belangrijk het onderzoek afgestemd is op de vragen en noden die zij hebben.

Daarnaast betrekken we ook specifieke stakeholders met betrekking tot etnische en seksuele minderheden door ze uit te nodigen om aan de focusgroepgesprekken deel te nemen (zie 2.2). Actoren die actief zijn in het halebiverenigingsleven of in het middenveld van etnische minderheden zijn immers erg geschikt om op te treden als bevoorrechte getuigen over wat zich in deze gemeenschappen afspeelt. Naast het raadplegen van experts binnen deze gemeenschappen betrekken we ook Nederlandse academici die zich specifiek bezighouden met seksuele gezondheid, bij dit onderzoek. Zo hadden we contact met afgevaardigden van de Rutgers NISSO groep (Floor Bakker en Hanneke de Graaf), Jacques van Lankveld (hoogleraar seksuologie), Rik van Lunsen (arts-seksuoloog), Luk Gijs (psycholoog-seksuoloog), Judith Schuyf (Movisie) en psychologe Madelief Bertens.

2.4. *De constructie van een leesbare en betrouwbare vragenlijst*

Sommige items nemen we letterlijk over uit reeds uitgevoerde populatieonderzoeken, sommige items construeren we zelf en andere items maken deel uit van reeds bestaande gestandaardiseerde schalen. De uitdaging bestaat er in om een meetinstrument te ontwikkelen dat leesbaar en aanvaardbaar is voor respondenten maar tege-

3 Zie voetnoot 2

lijktijd ook wetenschappelijk betrouwbaar en valide is. Om een keuze te maken in al dan niet te behouden items, aanpassingen in de items en de constructie van nieuwe items spelen verschillende factoren een rol. Het is belangrijk om overlap te vermijden in het uitgebreide meetinstrument vanuit het perspectief van ‘respondentenmoeheid’. Een te lange vragenlijst of een vragenlijst met veel overlap zal immers tot gevolg hebben dat respondenten afhaken of vragen op willekeurige wijze beantwoorden.

Bij de uiteindelijke keuze van items in de vragenlijst zijn volgende principes richtinggevend:

Inhoudelijke thema's of indicatoren voor seksuele gezondheid moeten belangrijk zijn voor stakeholders (beleidsmakers, welzijnswerkers,...) en specifieke en/of kwetsbare groepen (jongeren, holebi's,...);

De verschillende partners in deze studie dragen specifieke onderzoekshypothesen en theoretische modellen aan. Op basis daarvan selecteren we fundamentele variabelen.

2.5. *De pilootstudie*

Door een pilootstudie uit te voeren, optimaliseren en werken onderzoekers de vragenlijst af. Deze finale stap geeft ons informatie over de duurtijd van de vragenlijst en afzonderlijke modules, over moeilijk leesbare items, overlap in de vragenlijst, technische fouten (bijvoorbeeld in de doorverwijzingen en in het softwareprogramma) en inhoudelijke opmerkingen. De pilootstudie bestaat uit twee afzonderlijke studies. Het onderzoeksteam voert een eerste pilootstudie uit. Het marktonderzoeksbureau, verantwoordelijk voor het verzamelen van de onderzoeksgegevens, doet een tweede pilootstudie.

De pilootstudie uitgevoerd door het Sexpert- onderzoeksteam omvat 52 respondenten uit verschillende leeftijdsgroepen (jongeren, volwassenen, 50-plussers), hoog en laag opgeleiden, personen met een Turkse en Marokkaanse origine, en holebi's. Elke leeftijdsgroep bestaat uit zes mannen en zes vrouwen. Binnen elke leeftijdsgroep zorgen we ervoor dat er zowel mensen met een laag als met een hoog opgeleid profiel vertegenwoordigd zijn. Naast de 36 pilootrespondenten uit de verschillende leeftijdsgroepen, selecteren we tevens vier personen met een Marokkaanse origine (twee mannen, twee vrouwen), vier personen met een Turkse origine (twee mannen, twee vrouwen), vier lesbische of biseksuele vrouwen en vier homo- of biseksuele mannen.

Hoewel het belangrijk is om ‘echte’ respondenten de vragenlijst te laten invullen en aldus feedback te verzamelen, bleek dit niet voldoende. Onze vragenlijst is immers zo uitgebreid, opgesteld uit diverse specifieke modules en bevat dergelijke complexe doorverwijzingen en filtervragen dat 52 pilootinterviews niet volstaan om een accuraat beeld te geven van alle technische, vormelijke en eventuele inhoudelijke onvolmaaktheden van het meetinstrument. Om hieraan tegemoet te komen stellen we profielen op van denkbeeldige pilootrespondenten. We werken tien profielen uit

voor elk van de drie leeftijdscategorieën (jongeren, volwassenen en senioren) en voor de specifieke minderheidsgroepen (holebi's en personen met een Turkse of Marokkaanse etnische achtergrond). Voor elke groep werken we een kort en een lang profiel uit. Het lange profiel is als dusdanig ontworpen opdat zoveel mogelijk modules en deelvragen zouden doorlopen worden. Elke onderzoeker krijgt een profielomschrijving met volgende informatie over de denkbeeldige pilootrespondent: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat/info over partnerrelatie, beroep, ziektegeschiedenis, seksuele voorkeur doorheen de levensloop, informatie over kinderen en gezinssamenstelling, informatie over abortussen/miskramen, contraceptie, seksuele ervaring en geschiedenis, aantal sekspartners, seksuele praktijken de voorbije zes maanden, soa/hiv geschiedenis doorheen de levensloop, onveilige contacten, seksuele disfuncties en ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Met behulp van deze profielen vullen de teamleden zelf de vragenlijst in om op die manier alle mogelijke invulsituaties na te bootsen.

Ten slotte voert ook het marktonderzoeksbureau Significant zelf een pilootstudie uit. Deze omvat de afname van een testinterview bij tien respondenten die toevallig gespreid zijn over verschillende leeftijdscategorieën en opleidingsniveau. Het doel in deze pilootstudie is om voornamelijk de timing te controleren, de lay-out en structuur bij te sturen en mogelijke laatste (programmeer)fouten in de vragenlijst te detecteren.

3. Indicatoren en correlaten van seksuele gezondheid in de vragenlijst

In dit onderzoeksproject onderscheiden we twee specifieke doelstellingen: het beschrijven en verklaren van de seksuele gezondheid in Vlaanderen. Om deze doelstellingen te bereiken hanteren we verschillende tijdsperspectieven en verzamelen we data op verschillende niveaus. We willen immers niet enkel de huidige seksuele gezondheid in kaart brengen maar ook een zicht krijgen op specifieke aspecten van seksuele gezondheid in het verleden (bv. het aantal afgebroken zwangerschappen dat een vrouw heeft gehad). Daarnaast wensen we niet alleen kenmerken van de respondent zelf in kaart te brengen maar ook gegevens te verzamelen over de kenmerken van specifieke seksuele contacten (zoals bv. de eerste keer geslachtsgemeenschap). Contextuele factoren (bv. was men onder invloed van drugs toen men seks had) kunnen immers een belangrijke rol spelen met betrekking tot het stellen seksueel risicogedrag. We beschrijven de seksuele gezondheid van Vlamingen dus door rekening te houden met deze verschillende perspectieven. Het verklaren van de seksuele gezondheid doen we door na te gaan in welke mate deze samengaat met psychologische, sociologische en biologische correlaten.

3.1. *Het beschrijven en verklaren van seksuele gezondheid*

Om seksuele gezondheid te kunnen meten maken we de keuze voor een aantal van elkaar te onderscheiden groepen van indicatoren. We motiveren hier de keuze voor bepaalde indicatoren en geven een overzicht van de verschillende niveaus waarop we deze indicatoren meten.

3.1.1.1. *Welke indicatoren voor seksuele gezondheid meten we in deze studie?*

In deze studie willen we een foto nemen van de seksuele gezondheid van Vlamingen. We willen immers een antwoord kunnen formuleren op de vraag ‘Hoe is het gesteld met de seksuele gezondheid van Vlamingen?’. Dit doen we door verschillende indicatoren voor seksuele gezondheid te meten. Met indicatoren verwijzen we naar specifieke metingen die in belangrijke mate een graadmeter of weerspiegeling zijn van seksuele gezondheid. We meten in deze studie indicatoren met betrekking tot de volgende thema's: (1) zwangerschap, kinderen en kindervens, (2) anticonceptiegebruik (i.e. AC), (3) SOA/HIV en testgedrag (4) seksuele praktijken en -beleving, (5) partnerrelatie (6) grensoverschrijdend seksueel gedrag, (7) seksuele disfuncties, (8) gebruik en toegang tot informatie (i.e. RSV), (9) genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Waarom kiezen we net deze thema's?

Indicatoren met betrekking tot zwangerschap, kinderen en kindervens weerspiegelen een belangrijk aspect van seksuele gezondheid. Ze moeten ons zicht geven op kindersterfte, het verloop van bevallingen, foetale sterfte enzovoort. Ook het in kaart brengen van het aantal geplande en gewenste zwangerschappen en het aantal abortussen geeft weer in welke mate een kindervens al dan niet tot een geboorte leidt. Het in kaart brengen van tienerzwangerschappen is dan weer belangrijk om de grootte van een mogelijk kwetsbare groep individuen te kunnen inschatten. Ten slotte horen ook cijfergegevens met betrekking tot fertiliteit hier thuis.

In Vlaanderen is er weinig recent grootschalig representatief onderzoek dat peilt naar het gebruik van anticonceptie. Aangezien kennis over en gebruik van anticonceptie een belangrijk middel zijn tot een bewuste en efficiënte gezinsplanning, brengen we ook deze gegevens in kaart. Daarnaast is gebruik van anticonceptie ook belangrijk in het kader van ‘veilig vrijen’. Dit laatste begrijpen we als het zichzelf beschermen tegen soa's en hiv evenals het kunnen vermijden van een ongewenste zwangerschap.

In 2000 ging een soa-peilnetwerk van start. Het omvat een samenwerkingsverband tussen gynaecologen, dermatologen, huisartsen, internisten, urologen, soa klinici en medische centra voor studenten. Al deze partners delen hun verzamelde gegevens met betrekking tot de incidentie van soa. Nieuwe voorvallen van soa worden door de artsen geregistreerd en maandelijks gecommuniceerd aan de afdeling epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Deze registratie blijft echter relatief kleinschalig en geeft ook geen inzicht in het relatief voorkomen van een specifieke soa in de totale Vlaamse populatie. De metingen zijn immers enkel

gebaseerd op besmette patiënten. Daarom meten we in deze studie het testgedrag van de respondenten, of ze al dan niet besmet zijn met soa/hiv en of ze hiervoor eventueel een behandeling ondergingen/ondergaan.

Een uitgebreid onderdeel van onze bevraging is gericht op indicatoren met betrekking tot seksuele praktijken en -beleving. De term 'seksuele praktijken' hanteren we als een verzamelnaam voor allerlei seksuele ervaringen doorheen de levensloop. De beschikbare data in Vlaanderen met betrekking tot seksueel gedrag beperken zich voornamelijk tot gedrag dat een risico zoals besmetting met een soa of een ongewenste zwangerschap inhoudt. Er gaat veel minder aandacht naar de 'niet-risicovolle' seksuele handelingen hoewel ook deze handelingen een belangrijk deel uitmaken van de seksuele gezondheid. In deze studie onderzoeken we onder andere de seksuele in- en uittrede, seksuele handelingen, frequentie van seksueel contact, aantal en kenmerken van sekspartners en seks met anderen dan de vaste partner (vreemdgaan). Binnen deze studie bevragen we verder ook verschillende aspecten van seksuele beleving. We kijken daarbij zowel naar de beleving van specifieke seksuele contacten, als naar de meer globale tevredenheid met het seksleven. Ook aan mensen die niet (meer) seksueel actief zijn, besteden we aandacht aan de beleving daarvan. Dit past binnen de idee dat seksuele gezondheid iedereen aanbelangt. Ten slotte meten we het gebruik van pornografisch materiaal en prostitutiebezoek. Wat betreft prostitutie is er in Vlaanderen reeds heel wat informatie bij de 'aanbodzijde' – bij mannelijke en vrouwelijke prostitué(e)s. Er is echter totnogtoe geen informatie over de 'vraagzijde' van prostitutie – de prostitué(e)bezoekers. We weten niet hoeveel Vlamingen ooit een prostitué(e) hebben bezocht en hoe vaak zij dat doen.

Gegevens met betrekking tot de burgerlijke staat van personen (en dus ook met betrekking tot het al dan niet hebben van een vaste partner) zijn in Vlaanderen beschikbaar via ambtelijke gegevens die de overheid verzamelt. In deze studie hebben we daarnaast ook aandacht voor het beleven van seksualiteit binnen een vaste partnerrelatie. Naast de kenmerken van de partner (zoals geslacht, leeftijd,...), brengen we de relatietevredenheid, kenmerken van de seks met de partner (bv. de frequentie) en het hebben van seks buiten de vaste relatie.

Onderzoek toont aan dat grensoverschrijdend seksueel gedrag wereldwijd een veel voorkomend probleem is en dat dit zowel op korte als op lange termijn ernstige gevolgen kan hebben voor de fysieke, mentale en seksuele gezondheid (Coker, 2007). In Vlaanderen zijn cijfers over seksueel misbruik bij minderjarigen beschikbaar via de vertrouwenscentra voor kindermishandeling. Slachtoffers rapporteren echter niet alle gevallen van misbruik en deze gegevens hebben in die zin dan ook hun beperking. Ook onderzoeken naar de ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen zijn zeldzaam (zie bv. Pieters, Italiano, Offermans & Hellemans, 2010). We brengen in deze studie het ervaren van partnergeweld, het moeten stellen van seksuele handelingen tegen zijn/haar zin met diens partner, en het ervaren van grensoverschrijdend seksueel gedrag (voor en na de leeftijd van 18 jaar) in kaart.

Seksuele disfuncties verwijzen naar stoornissen in het seksueel functioneren van

mannen en vrouwen. Masters en Johnson (1966) beschreven disfuncties in termen van seksueel verlangen, seksuele opwinding, en orgasme. Alleen wanneer een seksuele functiestoornis gepaard gaat met persoonlijk lijden en/of wanneer er daardoor relationele problemen ontstaan, is er sprake van een seksuele disfunctie. In Vlaanderen zijn heden geen representatieve data beschikbaar over het voorkomen van seksuele disfuncties. Daarom meten we in deze studie het voorkomen van specifieke seksuele disfuncties, het vermijden van seks omwille van deze disfuncties en het zoeken van hulp met betrekking tot een bepaalde disfunctie.

Gebruik en toegang tot informatie over seksuele gezondheid kan samengaan met het nemen van beslissingen die de seksuele gezondheid van individuen al dan niet ten goede komt. Bij jongeren verwijzen we naar het begrip ‘Relationele en Seksuele Vorming’ of RSV om aan te duiden hoe het aanleren van specifieke kennis instrumenteel kan zijn voor het beleven van een positieve en gezonde seksualiteit. We meten de behoefte aan informatie over seksuele gezondheid, de informatie die jongeren op school hebben gekregen, de openheid van het gezinsklimaat en de beschikbaarheid van ouders als bron van informatie met betrekking tot seksuele gezondheid.

Ten slotte meten we ook een aantal gegevens met betrekking tot genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Genderidentiteit verwijst naar de innerlijke overtuiging van een individu dat hij of zij zichzelf als man of vrouw ziet (i.e. het ‘psychologisch geslacht’). Meestal gaat dit samen met het biologisch geslacht van het individu maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Er zijn weinig of geen accurate gegevens beschikbaar met betrekking tot de prevalentie van transseksualiteit of ‘genderidentiteitsstoornissen’ (i.e. personen bij wie de genderidentiteit niet overeenstemt met het geboortegeslacht) in Vlaanderen. Daarnaast meten we ook de ‘genderrol’ van respondenten. Die verwijst naar de gedragingen, attitudes en persoonlijkheidstrekken die op een bepaald moment in een bepaalde maatschappij als mannelijk of vrouwelijk worden beschouwd (Money & Ehrhardt, 1972). Onder seksuele oriëntatie verstaan we een seksuele gerichtheid naar mannen, vrouwen, allebei of naar geen van beide. Een homo- of biseksuele gerichtheid blijkt samen te gaan met specifieke gezondheidsrisico’s (bv. een hoger risico op hiv-besmetting bij homomannen, een hoger risico op gynaecologische aandoeningen bij lesbische en biseksuele vrouwen). Daarom zullen we ook de seksuele oriëntatie van onze respondenten in kaart brengen.

Natuurlijk meten we daarmee niet alle indicatoren van seksuele gezondheid. Zelfs in een omvangrijk populatieonderzoek moeten keuzes gemaakt worden. We nemen bijvoorbeeld geen items op die meten naar parafilieën (i.e. seksuele gedragingen of fantasieën die over het algemeen als afwijkend van de heersende normen worden beschouwd of schadelijk zijn). Het aantal seksuele praktijken die we bevragen bij respondenten is ook beperkt, we stellen geen vragen naar of de respondent zich ooit liet betalen voor seks en hoe vaak hij/zij dat deed enzovoort. De thema’s die we in kaart brengen weerspiegelen dus geen exhaustieve lijst. De keuze is wel een gevolg van een zorgvuldig proces waarbij we nationale en internationale experts en een uitgebreid aantal stakeholders (i.e. beleidsactoren, klinici, actoren uit het verenigingsleven en praktijkwerkers) uitgebreid bevragen (zie ook 2.3). Daarbij zoeken we steeds naar

een evenwicht tussen het bewaken van de wetenschappelijke kwaliteitseisen en maatschappelijk relevante vragen.

We meten de huidige seksuele gezondheid van respondenten over een periode van de voorbije zes maanden. Dit geeft immers de huidige toestand van de respondent weer op vlak van seksuele gezondheid. Voor sommige indicatoren volstaat het echter niet om deze enkel voor de huidige situatie in kaart te brengen. Daarom verzamelen we soms ook gegevens die ‘de voorbije zes maanden’ overstijgen en/of over de hele levensloop heen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor alles wat gerelateerd is aan het thema zwangerschap, kinderen en kindervens (bv. het gehad hebben van miskramen, zwangerschapsafbrekingen,...), het gebruik van anticonceptie (bv. het ooit gebruikt hebben van condooms), soa/hiv en testgedrag (bv. soort en aantal soa-diagnoses die bij de respondent doorheen het leven werden gesteld), seksuele praktijken en -beleving (bv. het totaal aantal partners over de levensloop heen), partnerrelatie (bv. ooit seks gehad hebben met een andere partner dan de vaste partner), ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag (bv. alle ervaringen zowel voor als na 18 jaar), gebruik en toegang tot informatie (bv. welke informatie jongeren ooit kregen op school over seksuele gezondheid). Ten slotte brengen we een aantal belangrijke seksuele contacten, en de contextfactoren of omstandigheden waarbinnen deze contacten plaatsvinden, in kaart. We gaan dieper in op (1) de eerste keer dat de respondent geslachtsgemeenschap had, (2) de laatste keer dat de respondent seks had de voorbije zes maanden, (3) het meest ingrijpende grensoverschrijdende seksuele contact dat de respondent had (voor en/of na 18 jaar) en (4) het laatste als disfunctioneel ervaren seksueel contact dat de respondent de voorbije zes maanden had. Naargelang de ervaring van een specifiek individu bevragen we uitgebreide informatie over deze contacten (bv. ‘hoe beleefde je de eerste keer geslachtsgemeenschap?’ of ‘wie was de dader van het meest ingrijpende grensoverschrijdende contact dat je meemaakte?’). Al deze informatie vatten we samen in Tabel 2. Deze laatste geeft een overzicht van de indicatoren die we opnemen in deze studie en de manier of het niveau waarop we deze meten.

Tabel 2: Indicatoren en de aard van de te bevragen gegevens.

	Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld 6 maanden)	Levensloop	Specifieke seksuele contacten
· Zwangerschap, kinderen en kindervuens	Kindervuens Respondent / partner probeert nu zwanger te worden + hoe lang proberen ze al?	Aantal zwangerschappen en verloop huidige zwangerschap zelf/partner: gepland, gewenst?	Specifieke seksuele contacten
	Respondent / partner is momenteel zwanger	voorgaande zwangerschappen zelf/partner: Voor elke zwangerschap: gepland, gewenst, verloop (miskraam, abortus, geboorte)	
· Zwangerschap, kinderen en kindervuens		Verloop bevallingen vaginaal/keizersnede periode tussen bevalling en eerste keer opnieuw geslachtsgemeenschap + pijn ervaren?	
		Kindervuens gevraagd aan mensen die nog geen kinderen hebben aan mensen die al kinderen hebben of ze nog kinderen willen Vruchtbaarheidproblemen oort gebad hulpverlening (uitgebreid) Welke vruchtbaarheidsbehandeling ondergaan?	
Anticonceptiegebruik (i.e. AC)	Huidig gebruik AC en de laatste 6 maanden Reden (geen) AC Hoe vaak AC gebruikt bij seks Hoe vaak AC correct gebruikt Gebruiksmoelijkheid AC Pil vergeen Reden gebruik hormonale AC Condomgebruik bij prostitue(e) praktische problemen	Gebruik van anticonceptie welke AC oort hoe vaak morning after pil gebruikt Condomgebruik oort (ja/nee) wilde niet of omgekeerd + wat is er toen beslist?	Gebruik anticonceptie bij eerste geslachtsgemeenschap Condomgebruik bij eerste geslachtsgemeenschap

	Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld: 6 maanden)	Levensloop	Specifieke seksuele contacten
Anticonceptiegebruik (i.e. AC)	Communicatie over condoom & anticonceptie bij een nieuwe partner in de afgelopen 6 maanden		Laatste partner seks, binnen de laatste 6 maanden We vragen naar condoomgebruik. Bij een onveilig seksueel contact verzamelen we info over: - wie: vaste partner/ex/vriend/vriende/meerdere personen; - geslacht en leeftijd persoon waarmee men seks had - plaats seks - beleving van dit seksueel contact - alcohol/drugs - mentaal welbevinden toen - gevoelens bij het seksueel contact - communicatie over AC/condooms - veilig vrijen: condoom/AC/zeiker dat sekspartner geen SOA had/zeikerheid geen zwangerschap
SOA/HIV en testgedrag		Preventie van SOA/HIV Zie condoomgebruik Testgedrag HIV Ooit onderzocht HIV (ja/nee) Reden (geen) onderzoek Diagnose Besmettingswijze SOA Ooit onderzocht SOA (ja/nee) Hoe vaak onderzocht SOA? Gestelde diagnoses ooit (SOA's benoemen en wanneer gehad?) Behandeling Bij laatste keer SOA	Info laatste partner Weten mensen met zekerheid welke 'SOA-status' hun laatste partner had waarmee ze onveilige seks hadden?

	Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld 6 maanden)	Levensloop	Specifieke seksuele contacten
Seksuele praktijken en -beleving	Tongzoeken laatste 6 maanden	Tongzoeken ooit (iedereen)	Eerste keer geslachtsgemeenschap
	Seksuele handelingen (knuffelen, strelen boven en onder de kleren, naakt bij elkaar liggen, elkaars naakte lichaam strelen, droog vrijen, geslachtsdelen aanraken of stimuleren, orale seks en gebruik van seksspeeljes)	ooit getongzoend (ja/nee) Eerste tongzoen (iedereen) leeftijd eerste keer leeftijd partner geslacht partner	- leeftijd zelf en partner - pijn - bloeden - hoe beleefd? - was je er klaar voor? - Condoomgebruik - Gebruik van AC
	Masturbatie laatste 6 maanden	Masturbatie ooit (iedereen) ooit gemasturbeerd (ja/nee)	
	(iedereen)	Eerste keer masturbatie (iedereen) leeftijd eerste keer masturbatie	
	frequentie masturbatie laatste 6 maanden		
	tijdstip laatste masturbatie		
	Totaal aantal partners		
	Seks de laatste 6 maanden		
	Geslacht partner(s)		
	Frequentie seks de afgelopen 6 maanden	Ooit seks (iedereen)	Laatste seksueel contact binnen zes maanden
Seksuele praktijken en -beleving	Frequentie (ongeacht welke partner)	geslacht partner eerste keer	- wanneer? - met wie?
	Frequentie orgasmie tijdens seks	Ooit geslachtsgemeenschap (iedereen)	- vaste partner/ex/vriend/vreemde/meerdere personen: - geslacht & leeftijd persoon waarmee men seks had
	Frequentie geslachtsgemeenschap afgelopen 6 maanden	geslacht partner eerste keer	- plaats seks
	Frequentie geslachtsgemeenschap afgelopen 4 weken	zie prototypisch voor eerste keer	- beleving van dit seksueel contact - alcohol/ drugs - mentaal welbevinden toen - gevoelens bij het seksueel contact - communicatie over AC/ condooms - veilig vrijen: condoom/AC/zeker dat sekspartner geen SOA had/ zekerheid geen zwangerschap

	Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld: 6 maanden)	Levensloop	Specifieke seksuele contacten
Seksuele praktijken en -beleving	Andere (seksuele) handelingen gedaan? Indien geen seks laatste 6 maanden/ seksuele uitrede Wanneer was de laatste tongzoen reden geen seks wanneer was laatste keer seks wanneer was de laatste keer geslachtsgemeenschap gevoelens wens je in toekomst seks?	Indien nog nooit geslachtsgemeenschap gehad (iedereen) Andere handelingen al wel gedaan? Redenen gevoelens Totaal aantal partners waarmee men ooit seks had Geslacht sekspartners	
	Beleving seksleven laatste 6 maanden (ook voor mensen die geen seks hadden) terreidenheid met frequentie laatste 6 maanden terreidenheid met seksleven algemeen belang van seks algemeen	Porno Ooit gekeken? Prostitutie Frequentie ooit?	
Seksuele praktijken en -beleving	Gebruik van porno frequentie Prostitutie Frequentie Geslacht Condomgebruik Gebruik seksspeeltjes		

	Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld 6 maanden)	Levensloop	Specifieke seksuele contacten
Partnerrelatie	Kennmerken: Geslacht en leeftijd partner Hoe elkaar leren kennen Vrije partnerkeuze? Een tijdje uit elkaar geweest? Hoe lang? Communicatie over seksuele behoeftes en noden Relatie- en seksuele tevredenheid Seks buiten vaste relatie Afgelopen 6 maanden Met één of verschillende personen Eenmalig of herhaaldelijk seks Partner op de hoogte? Seks met partner Frequentie Frequentie orgasme Weigering seks met partner Seks door partner buiten vaste relatie? Hoe vaak?	Ooit seks met andere persoon tijdens de partnerrelatie? Met één of verschillende personen Eenmalige of herhaalde seks Was partner op de hoogte? Partner ooit seks met andere persoon tijdens partnerrelatie? Hoe vaak?	
Grensoverschrijdend seksueel gedrag		Ervaring met grensoverschrijdend gedrag Iets liever niet doen met partner Alleen voor mensen met vaste partner: Tegen je zin een seksuele handeling op aangeven van je partner? Hoe vaak?	Geweld door (laatste) partner (respondent +18) Fysiek geweld Emotioneel geweld

Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld 6 maanden)		Levensloop	Specifieke seksuele contacten
Grensoverschrijpend seksueel gedrag	Grensoverschrijpend	<u>Vóór 18 jaar</u> Welke grensoverschr. handelingen? Emotionele Impact Meest ingrijpende gebeurtenis <u>Na 18 jaar</u> Welke grensoverschr. handelingen? Emotionele Impact Meest ingrijpende gebeurtenis	Grensoverschrijpend: meest ingrijpende gebeurtenis <u>Vóór 18j</u> Welke grensoversch. handeling? Wie was dader? Geslacht dader Frequentie (één – meermals) Leeftijd slachtoffer (eerste keer & laatste keer) Nu nog steeds? al besproken met iemand + gaf deze persoon gevoel van steun? Gevoelens nu <u>Na 18j</u> Welke grensoversch. handeling? Wie was dader? Geslacht dader Frequentie (één – meermals) Nu nog steeds? Leeftijd slachtoffer (eerste keer & laatste keer) Besproken met iemand + gaf deze persoon gevoel van steun? Gevoelens nu
		Seksuele disfuncties: laatste 6 maanden verlangen + leed opwinding + leed orgasme + leed pijn/vaginisme + leed Seksuele disfunctie partner + leed Vermijding van seks door seksuele disfunctie Hulpverlening: contact gehad met hulpverlener?	Laatste keer dat men (dis)functioneren ertoe we vragen we aan mensen met seksuele disfunctie of ze de laat- ste 6 maanden een keer minder problemen ervaarden (1 vraag: masturbatie/ andere partner/ zelfde partner) Factoren die seks gemakkelijker en moeilijker maken

	Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld 6 maanden)	Levensloop	Specifieke seksuele contacten
Gebruik en toegang tot informatie	-25 jaar Behoeft informatie over bepaalde thema's afgelopen 6 maanden Dit schooljaar informatie gekregen over bepaalde thema's? Openheid gezinsklimaat - hoe vaak hebben jongeren behoefte aan een gesprek over relaties/seks met gezinsleden - op welke gezinsleden kunnen jongeren beroep doen met vragen over relaties/seks - hoe vaak hebben jongeren al gesproken over relaties/seks met iemand van het gezin - om welke reden praten jongeren niet over relaties/seks in gezin? Ouders van kinderen 4-18 jaar Op welke gezinsleden kunnen de kinderen beroep doen met vragen over relaties/seks hebben de ouders al een gesprek met de kinderen gehad over relaties/seks hoe vaak vragen kinderen naar een gesprek over relaties/seks om welke reden praten ouders niet met hun kinderen over seks?	Ooit informatie gekregen op school over bepaalde thema's (enkel voor -25) Openheid klimaat in gezin van herkomst +25 jaar op welke gezinsleden konden respondenten als jongere beroep doen met vragen over relaties/seks indien kinderen/jongeren in het gezin: Sfeer in gezin m.b.t. "praten over relaties en seksualiteit"	
Gebruik en toegang tot informatie			

	Huidige seksuele gezondheid (voorbeeld 6 maanden)	Levensloop	Specifieke seksuele contacten
Genderidentiteit en seksuele oriëntatie	Genderidentiteit Hoe mannelijk/vrouwelijk iemand zich voelt, gedraagt, eruit ziet en zou willen zijn Seksuele oriëntatie Zelfbenoeming Seksuele aantrekkings tot mannen en/ of vrouwen Seksueel contact met mannen en/of vrouwen Seksuele fantasieën over mannen en/ of vrouwen		

3.1.2. *Hoe meten we de correlaten van seksuele gezondheid in deze studie?*

Naast het in kaart brengen van seksuele gezondheid willen we ook weten wat seksuele gezondheid maakt tot wat ze is. Wat gaat samen met seksuele gezondheid en kan ze verklaren? Om deze vraag te beantwoorden, nemen we in deze studie biologische, psychologische en sociologische correlaten op. De term ‘correlaten’ verwijst dan naar het samengaan van specifieke variabelen (bv. relatietevredenheid) met indicatoren van seksuele gezondheid (bv. seksuele tevredenheid).

Op basis van literatuurstudie veronderstellen we dat de huidige seksuele gezondheid van mensen samen gaat met biologische factoren, met psychologische factoren en met sociologische factoren. Hieronder geven we een overzicht van de correlaten die we in dit onderzoek opnemen:

- Biologische correlaten: medische voorgeschiedenis, body mass index of BMI, medicatiegebruik, zelfinschatting van fysieke gezondheid, mate van fysieke activiteit, menstruele cyclus, rookgedrag, alcohol- en middelengebruik, puberteit, lichaamsbeharings, fenotype (lichaamsbouw bij mannen, taille-heupratio bij vrouwen), hormoonspiegels (testosteron).
- Psychologische correlaten: zelfinschatting van mentale gezondheid, attitudes en overtuigingen, relatietevredenheid, hechting, gezinsklimaat en lichaamsbeeld.
- Sociologische correlaten: leeftijd en generatie, gezinssituatie, etniciteit, ervaren van minderheidstress, gepercipieerde discriminatie, sociaal kapitaal (o.a. sociale steun en sociale cohesie), cultureel kapitaal (o.a. levensstijl en opleidingsniveau), economisch kapitaal (o.a. inkomen en beroep), risicogedrag, invloed vriendengroep, schoolse betrokkenheid.

We gaan hier niet uitgebreid in op de operationalisering en motivering van al deze correlaten. Dit komt immers uitgebreid aan bod in de presentatie van de vraagfiches (zie 2.2).

4. Referenties

- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: Éditions La Découverte.
- Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Rutgers Nisso groep.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso groep.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems, 3rd edition*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Buyse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2013). *Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.
- Coker, A.L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 149-177.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Gronow, J., Haavio-Mannila, E., Kivinen, M., Lonkila, M. & Rotkirch, A. (1997). *Cultural inertia and social change in Russia*. Helsinki: University of Helsinki, Department of Sociology.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (2001). *Seksin trendit meillä ja naapureissa* [Trends in sexual life at home and in the neighboring countries]. Helsinki: WSOY.
- Haavio-Mannila, E. & Purhonen, S. (2001). Slimness and self-rated sexual attractiveness: Comparisons of men and women in two cultures. *The Journal of Sex Research*, 38, 102-110.
- Hubert, M., Bajos, N. & Sandfort, T. (1998). *Sexual Behavior and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of national surveys*. London: UCL Press.
- Johnson, A., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., Wellings, K., ..., Field, J. (2001). Sexual behavior in Britain: partnerships, practices and HIV risk behaviors. *Lancet*, 358, 1835-1842.
- Laumann, E., Gagnon, J.H., Michael, R.T., & Michaels, S. (1994). *The Social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Money, J. & Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Parish, W.L., Laumann, E.O. & Mojola, S.A. (2007). Sexual behavior in China: trends and comparisons. *Population and development review*, 33(4), 729-756.
- Pieters, J., Italiano, P., Offermans, A.M. & Hellemans, S. (2010). *Ervaringen van vrouwen en mannen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld*. Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen.

- Shifren, J.L., Monz, B.U., Russo, P.A., Segreti, A. & Johannes, C.B. (2008). Sexual problems and distress in United States women. Prevalence and Correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112, 970-978.
- World Association for Sexual Health (2008). Sexual health for the millennium. A declaration and technical document. Minneapolis, MN, USA: World Association for Sexual Health. Beschikbaar op: <http://www.worldsexology.org/millennium-declaration>
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health – report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO.

Deel 2: Meetinstrumenten

1. Algemene methodologie

Om betrouwbare en kwaliteitsvolle informatie te kunnen verzamelen is constante kwaliteitsbewaking tijdens de voorbereidingen van de studie en tijdens het proces van dataverzameling cruciaal. Alle fasen in het proces van ontwerp en uitvoering dienen daartoe ook grondig te worden gedocumenteerd, gemotiveerd en geëvalueerd.

Eén van de belangrijke aandachtspunten bij deze kwaliteitsbewaking is de methodologische rigiditeit van de vragenlijst. In het volgende deel bespreken we daarom op gedetailleerde wijze het proces van vraagconstructie voor alle concepten die in de uiteindelijke vragenlijst werden opgenomen. We vertrekken hierbij van de lijst van indicatoren en correlaten van seksuele gezondheid, in het vorige deel reeds uitvoerig aangehaald. We gaven eerder ook al aan dat de vragenlijst tot stand kwam in nauwe interactie met belangrijke stakeholders in Vlaanderen met betrekking tot seksuele gezondheid, academische experts uit binnen- en buitenland en met personen en bevoorrechte getuigen uit de doelgroepen zelf (door de afname van focusgroepgesprekken).

Vooraf overlopen we enkele algemene principes die van belang zijn bij de operationalisering of de vertaalslag van een concept naar de feitelijke vraagstelling. Het gaat hierbij in de eerste plaats over de keuze om een vraag op te nemen, hetzij als onderdeel van een door de computer ondersteund mondeling, face-to-face bevraging (CAPI of Computer Assisted Personal Interviewing), hetzij als door de respondent zelf rechtstreeks op het scherm af te lezen en in te vullen vraag (CASI of Computer-Assisted Self-Interviewing). Daarnaast lichten we kort de principes toe die meespelen bij het opmaken van antwoordcategorisaties, het gebruik van aangepaste referentieperiodes, het toelaten van open versus gesloten antwoorden, het gebruik van filtervragen en het controleren voor volgorde-effecten. Voor een gedetailleerde uiteenzetting van richtlijnen voor kwaliteitsvol kwantitatief, grootschalig, onderzoek verwijzen we ook naar Billiet en Waeghe (2003) en Lievens, Waeghe en De Meulemeester (2006).

1.1. *Mondelinge bevraging in een CAPI/CASI omgeving*

Voorafgaand aan elk onderzoek is een grondige studie noodzakelijk die duidelijkheid moet brengen over de best passende techniek van dataverzameling. Gegeven het opzet van dit onderzoek bleek een face-to-face en mondelinge bevraging van meet af aan de meest logische en beste keuze. De mondelinge interviews bij de respondenten thuis worden uitgevoerd door professionele en voor dit onderzoek specifiek getrainde interviewers verbonden aan een marktonderzoeksbureau.

Ten eerste is de omvang van de vragenlijst te groot om met een volledige schriftelijke vragenlijst te werken. De maximale tijd die een respondent redelijkerwijs wil inves-

teren in een mondeling interview bedraagt tot 60 à 75 minuten, terwijl respondenten doorgaans veel minder tijd willen spenderen aan een schriftelijke bevraging (o.a. Dillman, 1978; Groves, 1989; Dillman, Sinclair & Clark, 1993; Billiet & Waage, 2003). Bovendien moedigt de aanwezigheid van een interviewer aan om mee te werken en specifieke vragen ook effectief te beantwoorden (lagere item non-respons) en leidt deze aanwezigheid tot een sterkere controle over de (interview)situatie (de Leeuw, Hox & Van der Zouwen, 1989).

Een bijkomende reden waarom de aanwezigheid van een interviewer noodzakelijk wordt geacht, heeft te maken met de complexiteit van sommige vragen voor een deel van de respondenten. Door de aanwezigheid van een interviewer in een mondelinge interviewsituatie kan, waar nodig, om bijkomende verduidelijking worden gevraagd en kan deze verduidelijking ook worden gegeven. Bijkomende voordelen van het mondelinge interview zijn daarnaast de hogere respons rate dan bij dataverzamelingen via schriftelijke vragenlijsten (wat de representativiteit van de onderzoeksresultaten maximaliseert) (Dillman, 1978; Groves, 1989) en de lagere item non-respons (minder ontbrekende informatie per vraag) (de Leeuw et al., 1989; de Leeuw, Hox & Dillman, 2008).

1.1.1. *Persoonlijk interview (CAPI)*

De keuze voor een mondeling interview binnen een CAPI-omgeving (Computer Assisted Personal Interviewing) wordt in de eerste plaats ingegeven door de snelheid en efficiëntie die gepaard gaat met het computergestuurd interviewen in het algemeen, en daarnaast en meer specifiek met de aanwezigheid van verschillende complexe filters in onze vragenlijst. Op dit laatste komen we nog terug (deel 2, paragraaf 1.2). In een schriftelijke vragenlijst is het gebruik van veel complexe filters de facto onmogelijk. Een CAPI-opzet laat daarentegen toe dat de routing van vraag naar vraag, inclusief alle verborgen opeenvolgende (soms zeer complexe) filters, automatisch gebeurt zonder dat dit het interviewproces verstoort. De interviewer krijgt alle relevante vragen onmiddellijk in de juiste volgorde te zien, kan deze meteen voorlezen en vervolgens rechtstreeks het antwoord op computerscherm ingeven. De antwoorden worden meteen en via een sterk beveiligde verbinding opgeslagen en doorgestuurd naar een centrale databank.

1.1.2. *Zelf in te vullen vragenlijst (CASI)*

Omwille van de gevoeligheid van het thema kiezen we ervoor om althans een gedeelte van de gegevens te verzamelen via een self-administered vragenlijst. Via CASI (Computer Assisted Self- Interviewing) kunnen de respondenten de vragen een deel van de vragenlijst rechtstreeks op een computerscherm aflezen en vervolgens hun antwoorden in alle vertrouwelijkheid invoeren, zonder inzage en inbreng van de interviewer.

Het belangrijkste voordeel van een CASI-opzet bestaat erin dat respondenten niet genoodzaakt zijn om intieme gegevens met de interviewer te delen. Op die manier wordt niet alleen mogelijke item non-respons (ontbrekende informatie per vraag) gereduceerd, maar worden ook meetfouten omwille van sociale wenselijkheid zoveel mogelijk voorkomen. Respondenten blijken immers veel minder geneigd tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden wanneer er geen inmenging is van een interviewer (de Leeuw, Hox & Kef, 2003; Gribble, Miller, Rogers & Turner, 1999; Tourangeau & Smith, 1998). Gezien het centrale thema van de studie en de gevoeligheid van sommige vragen lijkt dit essentieel om het respect voor de privacy en de vertrouwelijkheid gedurende het hele proces van dataverzameling te waarborgen. Zo wordt van de respondenten nooit verwacht dat ze, bijvoorbeeld, gegevens omtrent hun relaties en relatietevredenheid, seksuele ervaringen of seksuele voorkeuren, aan de interviewer toevertrouwen. Tijdens maar ook na afloop van het interview worden bovendien maatregelen genomen om te beletten dat de interviewer op één of andere wijze nog inzage kan krijgen in deze gevoelige informatie.

Een CASI-opzet biedt daarnaast alle voordelen die ook verbonden zijn aan een ‘klassieke’ CAPI-interviewsituatie. Ten eerste kan – via de programmering van het interview – de logica van de vragenlijst en de routing van vraag tot vraag worden gerespecteerd, waardoor meer complexe vragenlijsten en eventuele filtervragen toch tot de mogelijkheden behoren, terwijl de vertrouwelijkheid maximaal wordt gegarandeerd (de Leeuw et al., 2003; Gribble et al., 1999). Daarnaast blijft, ondanks dit respect voor de vertrouwelijkheid en privacy, een interviewer fysiek aanwezig. Zelfs zonder dat er sprake is van enige rechtstreekse inmenging of inzage verhoogt deze fysieke aanwezigheid van een interviewer de algemene bereidheid om deel te nemen. We verwachten met andere woorden niet alleen een hogere respons rate, maar ook een lagere item non-respons (ontbrekende informatie per vraag).

Om niet alleen de vertrouwelijkheid ten allen tijde te garanderen maar ook de bereidheid om deel te nemen en de respons op individuele vragen te maximaliseren, wordt ervoor geopteerd om alle indicatoren van seksuele gezondheid in het door de respondent zelf in te vullen gedeelte van de vragenlijst op te nemen. Wat betreft de correlaten, wordt de gevoeligheid van de vragen, of de mate waarin naar intieme gegevens werd gepeild, als criterium gehanteerd. Zo beslissen we bijvoorbeeld om ook het grootste gedeelte van de vragen met betrekking tot de medische voorgeschiedenis in CASI op te nemen. In het volgende hoofdstuk wordt, bij de bespreking van de individuele vraagfiches, telkens aangegeven of de vraag in een CASI-omgeving dan wel in een CAPI-omgeving aan de respondent wordt voorgelegd.

1.2. *Het gebruik van filtervragen*

Over seksuele voorkeuren, verlangens, ervaringen of problemen rapporteren blijft een gevoelige en complexe aangelegenheid. Individuele seksuele geschiedenissen verschillen ook zo sterk van persoon tot persoon dat een complex routingsysteem sowieso is aangewezen. Aan de hand van filtervragen creëren we zoveel mogelijk

een ‘vragenlijst op maat’ die verschillend is voor elke respondent naargelang zijn of haar persoonlijke eigenschappen (holebi of hetero, man of vrouw, jong of oud...) en naargelang zijn of haar seksuele ervaringen.

Filtervragen zijn verder een belangrijk middel ter voorkoming van sociale wenselijkheid en onbetrouwbare of ongeldige antwoorden. Wanneer men respondenten een lange lijst van activiteiten of seksuele handelingen zou aanbieden en men moet voor elke handeling aangeven of hij/zij deze in het verleden heeft gesteld, dan zijn respondenten geneigd om ook af en toe positief te antwoorden zelfs al is dit niet het geval. In combinatie met gesloten (suggestieve) antwoordcategorieën kan dit leiden tot een overschatting van bepaalde activiteiten of handelingen (Gribble et al., 1999; Lievens et al., 2006; Rogers et al., 1999).

Of en hoeveel men seks heeft, is bijvoorbeeld een fundamentele vraag in onze vragenlijst. We gaan daarom eerst en vooral na of een respondent al dan niet seks had gedurende de voorbije zes maanden. Wie negatief antwoordt, krijgt vervolgens heel wat items met betrekking tot seksuele activiteiten niet aangeboden maar wordt uitgebreider bevraagd over redenen om geen seks te hebben en het belang van seksualiteit in het leven.

Indien een respondent positief antwoordt op de vraag naar seksuele activiteit gedurende de voorbije zes maanden, stellen we de vraag of men de voorbije twee weken seks had. Wie op de laatste vraag opnieuw bevestigend antwoordt, krijgt vervolgens een vraag over de frequentie van seks tijdens de voorbije twee weken. Bij een negatief antwoord op de vraag naar seksuele activiteit gedurende de voorbije twee weken gaan we na of de respondent wel seksueel actief was tijdens de voorbije vier weken, en bij een positief antwoord op deze laatste vraag peilen we ook naar de frequentie. Wie negatief antwoordt op de vraag naar seks gedurende de voorbije vier weken krijgt tot slot de vraag naar de frequentie waarmee men seks had gedurende de voorbije zes maanden.

Bij elke bevraagde referentieperiode (twee weken – vier weken – zes maanden) hoort ook telkens de vraag of dit een uitzonderlijke periode betrof en zo ja, hoe men de frequentie van seks voor een gewone periode inschat. Via deze trapsgewijze vraagstelling slagen we er in om erg gedetailleerde informatie te verkrijgen, en dit zonder respondenten nodeloos lastig te vallen met vragen die mogelijk sociaal wenselijke antwoorden zouden kunnen uitlokken. Dit leidt daarenboven tot een efficiënt gebruik van de beschikbare tijd.

Het gebruik van een filter is echter niet zonder gevaar. De respondent moet meteen een correcte indruk krijgen van welke activiteiten/handelingen er onder begrepen worden. Anders is de kans reëel dat iemand onterecht negatief antwoordt en vervolgens een hele reeks van relevante vragen overslaat. Binnen het CASI-gedeelte is daarbij nog grotere waakzaamheid aangewezen, aangezien een interviewer daar geen verdere verduidelijking kan geven (Gribble et al., 1999). De filtervragen stellen we dan ook met de grootste zorg samen. Voor sommige activiteiten of handelingen die zo specifiek zijn dat ze niet onder een brede algemene noemer te vatten zijn, gebrui-

ken we liever ook geen algemene filtervraag. Als dat het geval is, documenteren we dit verder in de betreffende vraagfiche.

1.3. *Volgorde-effecten*

Antwoorden op vragen kunnen mee beïnvloed worden door de volgorde waarin vragen aan een respondent worden voorgelegd (Billiet & Waage, 2003). Om het effect van sociale wenselijkheid maar daarnaast ook item non-respons (het niet beantwoorden van specifieke vragen) zoveel mogelijk te voorkomen, wisselen we in de vragenlijst naar Seksuele Gezondheid de modules die peilen naar meer gevoelige en intieme gegevens zoveel mogelijk af met meer luchtige, of althans minder intieme, vragen.

Door vragen die voor vrijwel elke respondent relevant zijn en waarop nagenoeg iedereen een zinvol antwoord kan geven (bijvoorbeeld wat betreft gezinssamenstelling, vrijetijdsbesteding,...) af te wisselen met vragen omtrent specifieke seksuele ervaringen, trachten we te vermijden dat respondenten sociaal wenselijk antwoorden. Zo zullen sommigen misschien geneigd zijn om meer seksuele ervaringen te rapporteren dan ze feitelijk hebben gehad. Anderzijds moet het afwisselen van meer delicate met minder gevoelige onderwerpen ook vermijden dat bepaalde respondenten na verloop van tijd verveeld geraken of het gevoel krijgen dat de vragenlijst ‘niet aan hen besteed is’. Dit laatste zou zorgen voor een grotere non-respons op vragen die meer aan het einde van de vragenlijst werden opgenomen.

Anderzijds brengt de Sexpert-vragenlijst en de keuze voor een mix van thema's, met gevoelige en minder intieme vragen, ook beperkingen met zich mee. Door de vele complexe filters en de combinatie van een CAPI- en CASI-opzet zijn we genoodzaakt langere reeksen met vragen betreffende de seksuele voorgeschiedenis, voorkeur en gezondheid in één ononderbroken vragenblok op te nemen. Op die manier slagen we er immers niet alleen in om (via de algemene filters) het aantal irrelevante en te gedetailleerde vragen over seksuele praktijken en ervaringen te vermijden, maar reduceren we ook het aantal instructies voor schermwissels (“Draai nu het scherm terug naar de interviewer”,...). Deze laatste werden immers in de verschillende pilootstudies als erg vermoeiend voor zowel respondent als interviewer ervaren.

1.4. *Gesloten antwoordcategorieën*

De Sexpert-vragenlijst omvat een uitgebreid aantal meetinstrumenten die gebruikmaken van gesloten antwoordcategorieën. In veel gevallen wordt hierbij gepeild naar de intensiteit van een emotie of attitude ('in welke mate'). Hierbij is de keuze van het aantal schaalpunten cruciaal. Het gebruik van 7-puntenschalen geeft respondenten een grotere antwoordvrijheid en levert ook meer genuanceerde data op dan het gebruik van 5-puntenschalen. Echter, omdat onze vragenlijst uiteindelijk al erg uitgebreid is, kiezen we toch voor 5-puntenschalen, wat het invullen eenvoudiger en minder vermoeiend voor de respondenten moet maken. Het consistente gebruik

van 5-puntenschalen moet de toegankelijkheid van en de vertrouwddheid van de respondenten met de vragenlijst en het vraag- en antwoordproces bevorderen. Een bijkomend voordeel is ook het feit dat we de antwoordmogelijkheden van labels kunnen voorzien, daar waar dit in het geval van 7-puntenschalen te vermoeiend en onoverzichtelijk zou worden.

In een beperkt aantal gevallen wordt toch afgeweken van het principe, en wordt een schaal met 4, 6 of 7 punten vooropgesteld. Dit is het geval voor een aantal (internationaal) reeds vaak gehanteerde en getoetste meetinstrumenten. Indien dit het geval is, verwijzen we hiernaar in de motiveringen in de individuele vraagfiches (zie verder).

Daarnaast wordt ook een uitzondering gemaakt voor het meten van de regelmaat van activiteiten die naar verwachting met een grotere frequentie terugkomen, zoals bijvoorbeeld het aantal keer dat men heeft gemasturbeerd, de regelmaat waarmee men buitenshuis aan culturele activiteiten deelnam, of de regelmaat waarmee men sociale contacten onderhield met burens, vrienden, familieleden. We voorzien hier zeven antwoordmogelijkheden, telkens met een referentieperiode van zes maanden: 'niet', 'een uitzonderlijke keer', 'maandelijks', 'meermaals per maand', 'wekelijks', 'meermaals per week' en 'dagelijks'.

Ten slotte opteren we er voor om de geen mening en weet niet/geen antwoordcategorie niet expliciet aan te bieden. Dit wil zeggen dat deze niet zichtbaar zijn op de antwoordkaarten die we aan de respondenten voorleggen. Wel heeft de interviewer binnen het CAPI-gedeelte de mogelijkheid om in te geven indien de respondent een dergelijk antwoord geeft.

In het CASI-gedeelte moet een andere strategie worden gevolgd. Ook hier is het de bedoeling het aantal onbeantwoorde vragen, zelfs wat betreft de meest gevoelige thema's, tot een absoluut minimum te beperken. Anderzijds is het niet zinvol om respondenten te verplichten tot het geven van een (eventueel ongeldig) antwoord. Daarom bieden we de mogelijkheid tot het geven van geen antwoord, of het uitdrukken van geen mening, hier enkel impliciet aan. De respondent kan doorgaan naar een volgende vraag zonder een antwoord te geven door een resterende, onbenoemde, antwoordcategorie aan te vinken. Tijdens de training hebben interviewers de instructie gekregen om respondenten die duidelijk te kennen geven op één of meerdere vragen in het CASI-gedeelte niet te willen of niet te kunnen antwoorden, hiernaar door te verwijzen. Voor een erg beperkt aantal cruciale vragen waarop verder vaak wordt gefilterd (bijvoorbeeld 'Al dan niet seks gehad gedurende de voorbije zes maanden') wordt deze optie echter niet voorzien, omdat dit de verdere routing ernstig in het gedrang zou brengen.

1.5. *Opmaak van de categorisaties*

Een logische en systematische opbouw van de categorisatie staat centraal. In de volgende paragrafen gaan we in op de belangrijkste criteria waaraan een goede categorisatielijst moet voldoen.

1.5.1. *Eéndimensionaliteit*

Een basis criterium bij het opmaken van zinvolle categorisatielijsten is het feit dat deze telkens gebaseerd zijn op slechts één dimensie. Gezien de diversiteit aan (sub) thema's is het in de Sexpert-survey moeilijk om ons te beperken tot slechts één richtinggevende dimensie. Toch trachten we zoveel mogelijk te vertrekken van identieke categorisatielijsten. Gecombineerd met de standaard keuze voor 5-puntenschalen (zie boven) moet dit niet alleen het gebruiksgemak voor de respondent en de interviewer, maar ook de betrouwbaarheid van de antwoorden verhogen.

Voor vragen waarin gepeild wordt naar de regelmaat van een handeling of ervaring ('Hoe vaak heb je deze handeling gesteld?' of 'Hoe vaak heb je dit ervaren?') gebruiken we niet alleen zo vaak als mogelijk dezelfde referentieperiode (zie verder), maar ook zo vaak als mogelijk en relevant volgende vijf categorieën:

1. (Nog) nooit
2. Zelden
3. Soms
4. Vaak
5. Altijd (variant: heel vaak)

We illustreren dit met een voorbeeld uit de vragenlijst:

RSV1c. Hoe vaak zijn er in jouw gezin conflicten tussen gezinsleden ?

Er zijn nooit conflicten tussen gezinsleden

Er zijn zelden conflicten tussen gezinsleden

Er zijn soms conflicten tussen gezinsleden

Er zijn vaak conflicten tussen gezinsleden

Er zijn heel vaak conflicten tussen gezinsleden

Bij vragen waar gepeild wordt naar de intensiteit van een emotie of attitude, worden volgende vijf antwoordcategorieën voorgesteld:

1. Helemaal oneens (met als variant: voor mij helemaal niet van toepassing)
2. Eerder oneens (met als variant: voor mij eerder niet van toepassing)
3. Noch eens, noch oneens (met als variant: voor mij noch wel, noch niet van toepassing)
4. Eerder eens (met als variant: voor mij eerder wel van toepassing)
5. Helemaal eens (met als variant: voor mij helemaal van toepassing)

Een voorbeeld uit de vragenlijst verduidelijkt dit:

SV4. Geef aan in hoeverre je wel of niet akkoord gaat met volgende stellingen:

“Ik vind dat mijn seksuele geaardheid een belangrijk deel van mezelf is.”

1. Helemaal oneens
2. Eerder oneens
3. Noch eens, noch oneens
4. Eerder eens
5. Helemaal eens

1.5.2. *Beperkt aantal categorieën*

Lange categorisatielijsten vragen onnodig veel tijd van de respondenten, vervelen hen en leiden mogelijk tot repetitieve en onbetrouwbare antwoordpatronen. De gebruikte categorieën moeten daarnaast voldoende specifiek zijn om de diverse inhoudelijke categorieën van elkaar te kunnen onderscheiden. Tegelijkertijd moeten de categorieën breed genoeg zijn om het gemeenschappelijk geheel van onderliggende subcategorieën onder één noemer te vatten.

1.5.3. *Wederzijdse exclusiviteit*

Categorieën dienen wederzijds exclusief te zijn. Als een respondent een specifieke (seksuele) handeling voor ogen heeft, moeten de categorieën zo opgebouwd zijn dat hij die specifieke handeling in slechts één van de categorieën kan onderbrengen, en dit om dubbeltellingen te vermijden.

Een voorbeeld uit de vragenlijst:

CJ8. Heb je toen iets gedaan om zwangerschap of besmetting met een soa/hiv te voorkomen? Duid alles aan wat van toepassing is.

Instructie: Meerdere antwoorden zijn mogelijk

1. een condoom
2. hormonale contraceptie (zoals de pil, het spiraal, hormoonpleister, ...)
3. periodieke onthouding of een andere ritmemethode (niet vrijen tijdens vruchtbare periode)
4. coïtus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)
5. geen van bovenstaande

1.5.4. Exhaustiviteit en het gebruik van de restcategorie ‘andere’

Bij het opstellen van de vragenlijst letten we er bovendien op dat de antwoordcategorieën alle mogelijke relevante handelingen, ervaringen of items omvatten die onder een meer algemene noemer vallen.

Om de nodige flexibiliteit en vrijheid bij het antwoorden toe te laten, en omdat het steeds denkbaar is dat de specifieke ervaring of situatie van de respondent niet kan worden ondergebracht in één van de gesloten antwoordcategorieën, wordt daarnaast vaak nog een restcategorie, met mogelijkheid tot het geven van een open antwoord, aangeboden. Zeker voor weinig gedocumenteerde handelingen of ervaringen is dit aangewezen. De restcategorie dient niettemin steeds de minst aangeduide categorie te zijn. Een hoog aantal antwoorden in deze categorie impliceert immers dat de categorisatie lacunes vertoont, en vraagt bovendien om veel extra hercodeerwerk. Daarom is het belangrijk om zich bij het opstellen van de vragen en antwoordmogelijkheden goed te informeren op basis van bestaande populatiegegevens, resultaten uit andere studies en panelgesprekken met experts en stakeholders (zie boven). Voor erg delicate, en relatief weinig gedocumenteerde ervaringen (bijvoorbeeld vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag), blijft dit echter een moeilijke oefening.

Zo wordt in vraag ACV2 (“Welke anticonceptiemethoden heb je ooit gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.”) een lijst van 13 mogelijke anticonceptiemiddelen aangeboden. In de lijst nemen we ook ruimere categorieën op, zoals “de pil”, of “periodieke onthouding of andere ‘ritme’ methoden: niet vrijen tijdens de vruchtbare periode”. Hierbij is het belangrijk dat elk voorkomend middel in slechts één categorie valt en dat respondenten weten in welke categorie dat is. Bovendien streven we ernaar dat zo weinig mogelijk respondenten de restcategorie ‘andere’ aanduiden.

1.5.5. *Toekomstgericht*

Het Sexpert-onderzoeksproject wil niet alleen de huidige seksuele gezondheid in Vlaanderen in kaart brengen, maar ook een meetinstrument opleveren dat in de toekomst, al dan niet elders ter wereld, nog kan worden gebruikt. Bij de ontwikkeling van de hier gebruikte categorisaties dienen we dan ook voor ogen te houden dat ze over vele jaren dienstig en zinvol moeten blijven.

1.5.6. *Begrijpelijk en niet moreel geladen*

Binnen elk populatieonderzoek, en zo ook in dit onderzoek naar seksuele gezondheid in Vlaanderen, is het noodzakelijk dat de elke respondent elke categorie begrijpt, en er ook dezelfde inhoudelijke betekenis aan geeft. In dit onderzoek hebben we specifieke terminologieën of centrale concepten (zoals het begrip ‘seks’ en ‘geslachtsgemeenschap’) ook zoveel mogelijk trachten af te toetsten bij de doelgroep zelf, om zo tot een eenduidige en bevattelijke omschrijving te komen. De benaming van categorieën mag verder geen enkele indicatie geven van een waardeoordeel over relaties en relatievormen, over seksuele ervaringen of seksuele gezondheid. Daarom gebruiken we voor het benoemen van categorieën zo neutraal mogelijke termen.

1.6. *Referentieperiodes*

Als we een respondent de vraag stellen of en hoe vaak hij of zij een handeling heeft gesteld, of een seksueel of ander medisch probleem ervaren heeft, is het strikt noodzakelijk om aan te geven over welke periode de vraag handelt. Anders verkrijgen we enkel zeer ruwe grootte-ordeschattingen die bovendien weinig betrouwbaar zijn.

De referentieperiode die wordt gehanteerd in studies die op een retrospectieve manier peilen naar seksuele ervaringen en seksueel gedrag, varieert naargelang de doelgroep, de specifieke context en voornamelijk naargelang de aspecten van seksuele gezondheid en types van seksueel gedrag of ervaringen die worden onderzocht. In de meeste studies varieert dit tussen heel korte periodes van enkele weken (2, 3 weken), over een periode van 12 maanden, tot de volledige levensloop (Laumann et al., 1994; Fenton, Johnson, McManus & Erens, 2001; Napper, Fisher, Reynolds & Johnson, 2010). Problematisch aan langere referentieperiodes is dat ze te lang kunnen zijn voor respondenten om een betrouwbaar antwoord te kunnen geven. Vooral voor frequent voorkomende gedragingen of ervaringen, zoals de frequentie waarmee men seks heeft, is dit een probleem, zo blijkt uit verschillende methodologische studies. Voor éénmalig of incidenteel voorkomende (seksuele) ervaringen, en zeker ingrijpende ervaringen, stelt het probleem van een falend geheugen zich minder (o.a. Fenton et al., 2001; Graham, Catania, Brand, Duong & Canchola, 2003; Napper et al., 2010).

Naast te verwachten meetfouten door een falend geheugen is in een persoonlijk in-

terview bovendien het gevaar zeer reëel dat, omwille van sociale wenselijkheid, een respondent een overschatting geeft van bepaalde seksuele gedragingen (o.a. Catania et al., 1990; Turner et al., 1997; Fenton et al., 2001).

Om betrouwbare en valide informatie te verkrijgen, is het bijgevolg noodzakelijk een kortere referentieperiode te gebruiken om seksuele gezondheid in kaart te brengen. Als standaardreferentieperiode voor het meten van zowel indicatoren als correlaten van seksuele gezondheid schuiven wij daarom een periode van zes maanden voorop. Deze referentieperiode vermijdt aan de ene kant geheugeneffecten die tot onbetrouwbare en dus weinig kwaliteitsvolle antwoorden zouden leiden, maar laat aan de andere kant toe ook de seksuele gezondheid in kaart te brengen van personen die met een lagere frequentie seksueel actief zijn geweest gedurende de periode die voorafging aan het interview.

Door het gebruik van een standaardreferentieperiode (zes maanden) die soms verschilt van degene die in ander onderzoek wordt naar voor geschoven, zijn we er ons van bewust dat de resultaten van dit onderzoek niet altijd vergelijkbaar zijn met resultaten uit andere studies naar seksualiteit en seksuele gezondheid. De betrouwbaarheid en geldigheid van de verkregen gegevens krijgt dan ook een hogere prioriteit dan deze (internationale) vergelijkbaarheid.

Hier en daar wijken we echter af van deze standaardreferentieperiode. Een kortere referentieperiode wordt zo voorbehouden voor het meten van zeer frequent voorkomende activiteiten en gedragingen, en met name deze die als correlaat van seksuele gezondheid in de vragenlijst worden opgenomen. Die kortere referentieperiode varieert dan van een week (voor het meten van de frequentie van matige of zwaardere fysieke activiteit) tot een maand (frequentie van televisiekijken, medicatiegebruik). Wat betreft de medische voorgeschiedenis en zeer ingrijpende gebeurtenissen zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt de hele levensloop ('ooit ervaren') beschouwd, en dit vanuit het idee dat fouten als gevolg van een falend geheugen in deze gevallen niet, of zeer weinig, aan de orde zijn (Fenton et al., 2001; Graham et al., 2003). In de vraagfiches zullen we afwijkingen van de standaardreferentieperiode verder uitvoerig motiveren.

1.7. *Open antwoorden*

Het hanteren van gesloten antwoordcategorieën om een frequentie aan te geven (zoals 'nooit', 'één keer per jaar' enzovoort) is problematisch om twee redenen. Een eerste heeft te maken met het feit dat het voorleggen van gesloten antwoordcategorieën voor een participatievraag onbedoeld de suggestie kan wekken dat de antwoordschaal de werkelijke verdeling in de populatie weergeeft met de middengroep als het 'gemiddelde' en de extremen als eerder uitzonderlijk (Billiet & Waage, 2003). Hierdoor kan een respondent die weinig of niet een bepaald seksueel gedrag stelt geneigd zijn om zich in een hogere categorie te plaatsen dan feitelijk het geval is, aangezien dit als meer sociaal wenselijk wordt ingeschat. Dit effect wordt bovendien versterkt omdat

we vele gedragingen kort na elkaar op dezelfde manier bevragen, wat bijgevolg tot een overschatting van seksueel gedrag kan leiden. Een bijkomend probleem met het gebruik van gesloten antwoordcategorieën is dat deze de respondent gemakkelijk in verwarring brengen. Zo zullen veel respondenten het moeilijk hebben om de intensiteit/frequentie en de regelmaat van een bepaalde handeling uit elkaar te houden. Het absolute aantal keer dat men seks had gedurende de voorbije zes maanden zegt namelijk niet noodzakelijk iets over de regelmaat waarmee men seks had, en daarom is het voor iemand die, bijvoorbeeld, enkele maanden terug veel seks had maar de voorbije maand een pak minder, allesbehalve duidelijk welke de meest geschikte antwoordcategorie is. In dit onderzoek opteren we er daarom voor om de respondent te vragen naar het absolute aantal keer dat hij of zij seks had. Naast het reduceren van het probleem van sociale wenselijkheid levert een dergelijke vraagstelling bijkomend als voordeel dat het meer gedetailleerde informatie oplevert.

2. Vraagfiches : motivering van de vraagverwoording en univariate verdelingen

In dit deel geven we een systematisch overzicht van alle meetinstrumenten die werden gebruikt in de vragenlijst ‘Seksuele Gezondheid in Vlaanderen’.

De vragenlijst omvat, zoals reeds aangehaald in deel I, enerzijds een zeer brede range aan indicatoren van seksuele gezondheid (reproductieve gezondheid en reproductief welzijn, anticonceptie en condoomgebruik, soa's, gegevens over de seksuele start, seksueel gedrag, seksuele beleving en seksuele praktijken tijdens de levensloop en tijdens de laatste zes maanden, vragen met betrekking tot grensoverschrijdend seksueel gedrag, seksuele disfuncties, toegang tot en gebruik van informatie, seksuele oriëntatie en genderidentiteit) en anderzijds een uitgebreide reeks vragen die peilen naar uiteenlopende demografische, biologische, psychologische en sociologische correlaten van de seksuele gezondheid.

Voor elk meetinstrument overlopen we achtereenvolgens de wijze waarop een concept werd opgenomen in de vragenlijst, de precieze vraagverwoording, de achtergrond en de reden waarom het werd opgenomen in de vragenlijst, met waar relevant verwijzingen naar alternatieven die werden overwogen, en tot slot de univariate verdeling van de antwoorden zoals ze werden verzameld in de Sexpert-studie.

Aangezien seksualiteit en seksuele gezondheid een belangrijk aspect zijn in het leven van zowel jongeren als ouderen, werden respondenten tussen 14 en 80 jaar oud opgenomen in de steekproef.

Om de statistische power in elk van de drie vooraf gedefinieerde leeftijdsgroepen te verhogen, maakten we gebruik van een gestratificeerde toevalssteekproef die inhoudt dat één derde van de steekproef bestaat uit jongeren (14 tot 25 jaar oud), één derde uit 26- tot 49-jarigen en één derde uit 50- tot 80-jarigen.

We hanteerden een tweetraps steekproefdesign. In een eerste fase werden geografische eenheden toevallig geselecteerd (met teruglegging). De trekkingskans was daarbij proportioneel aan het inwonersaantal. In de tweede fase werd een naar leeftijd gestratificeerde toevalssteekproef van individuen getrokken, binnen de in de eerste stap geselecteerde geografische eenheden. Een dergelijk steekproefdesign zorgt voor een maximale rol van het toeval, terwijl de kosten en de praktische organisatie van de dataverzameling onder controle kunnen worden gehouden (zie ook verdere bespreking in deel 3, paragraaf 3).

Het marktonderzoeksbureau Significant stond in voor de feitelijke uitvoering van de dataverzameling: de organisatie van het veldwerk en de algemene opvolging, de supervisie en de bijsturing van de interviewers. De kwaliteit van het geleverde werk werd ondertussen permanent en systematisch opgevolgd en waar nodig bijgestuurd door Sexpert-medewerkers (de Sexpert-surveycoördinatie). De lijn van integrale kwaliteitszorg in het surveyproces werd hiermee consequent doorgetrokken naar de fase van dataverzameling. Deze investering in kwaliteitsbewaking bij het verzamelen van de gegevens in deze studie vormde het sluitstuk van de inbedding in een proces van integrale kwaliteitszorg, en moest leiden tot gegevens die beantwoorden aan de meest strikte eisen van methodologische kwaliteit en rigiditeit (zie ook verdere bespreking in deel 3, paragraaf 8).

De gegevens werden verzameld van februari 2011 tot februari 2012, en in totaal leverde dit 1832 bruikbare (geldige) interviews op. De data werden achteraf gewogen zodat de verdeling in de steekproef naar geslacht, opleidingsniveau en leeftijd (gecombineerd) de verdeling naar geslacht, opleidingsniveau en leeftijd zou weer spiegelen. Na weging telt de (gewogen) dataset 1825 geldige interviews (zie ook deel 3, paragrafen 9, 10 en 11).

Alle gegevens werden verzameld via face-to-face mondelinge en computergestuurde interviews, noodzakelijk omwille van de inhoud, omvang en opbouw van de vragenlijst (onder andere het gebruik van complexe filters, zie voorgaande paragraaf). CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) en CASI (Computer Assisted Self-Interviewing) werden daarbij gecombineerd. Meer specifiek werden alle gevoelige of meer delicate vragen over de seksuele gezondheid, mentale gezondheid en fysieke gezondheid van een respondent via CASI gesteld, terwijl de rest van de vragenlijst werd afgenomen via een mondeling interview (CAPI) (zie ook voorgaande paragraaf 1.1 en deel 3, paragraaf 4).

Op het einde van het interview werd ook tijd voorzien voor het afstaan van een speekselstaal door de respondent, om op basis daarvan hormoonwaarden (testosteron en cortisol) en daarnaast ook hormoongevoeligheid aan testosteron (via de CAG-Repeat Length) te kunnen bepalen (zie verder, paragraaf 2.3.2.7 en ook deel 3, paragraaf 7.2). We kozen voor de afname van speekselstalen, aangezien dit een eenvoudige en voor de respondenten weinig invasieve methode is in vergelijking met, bijvoorbeeld, de afname van bloedstalen (zie verdere bespreking van de methode in deel 2, paragraaf 2.3.2. 7 en in deel 3, paragraaf 7.2).

In de onderstaande vraagfiches besteden we eerst aandacht aan de indicatoren van seksuele gezondheid (paragraaf), om verder te gaan met een bespreking van de in de vragenlijst opgenomen demografische, biologische, psychologische en sociologische correlaten.

2.1. *Statistische leeswijzer*

De weergegeven steekproefresultaten geven weliswaar een goede inschatting van de cijfers in de populatie, maar zijn steeds onderhevig aan toevallige steekproeffluctuaties. Door gebruik te maken van betrouwbaarheidsintervallen, kunnen we echter rekening houden met deze toevallige fluctuaties. Betrouwbaarheidsintervallen geven weer tussen welke twee grenzen, met 95% betrouwbaarheid, het werkelijke gemiddelde in de Vlaamse populatie zal liggen of tussen welke twee percentages, met 95% betrouwbaarheid, het werkelijke percentage in de Vlaamse populatie ligt.

Deze betrouwbaarheidsintervallen zijn, wat betreft de gerapporteerde percentages, afhankelijk van de omvang van de bestudeerde steekproef of subgroep. Wat betreft de gerapporteerde steekproefgemiddelden moeten we ook rekening houden met de standaardafwijking, vastgesteld in de steekproef.

Voor percentages verkregen op basis van de volledige steekproef, gegeven de steekproefomvang ($N=1825$), bekomen we dit betrouwbaarheidsinterval door van elk verkregen percentage twee percentagepunten af te trekken en twee percentagepunten op te tellen. Bijvoorbeeld: als het percentage in de steekproef 35% is, ligt het percentage in de populatie met 95% betrouwbaarheid tussen 33% en 37%. Voor percentages van 10% of kleiner volstaat het één percentagepunt op te tellen en af te trekken, en voor percentages van 1% of 99% is dit een half percentagepunt⁴.

Voor gemiddelden verkregen op basis van de volledige steekproef, moeten we rekening houden met een foutenmarge van 0.5 standaardafwijkingen. Dat betekent bijvoorbeeld dat we, bij een steekproefgemiddelde van 2.2 en een standaardafwijking van 0.8, een foutenmarge van 0.4 moeten optellen en aftrekken. Het populatiege-

4 De breedte van dit interval, of de grootte van de foutenmarge, is afhankelijk van de omvang van de groep die wordt besproken. Indien de percentages apart werden berekend voor alle mannen en vrouwen in de steekproef, is de foutmarge overall drie in plaats van twee percentagepunten. Indien een percentage van 1% van 99% werd bekomen, moeten we één percentagepunt optellen en aftrekken. Indien enkel de seksueel ervaren subgroep ($N=1691$) wordt bekeken, zijn de foutenmarges dezelfde als deze voor de volledige steekproef. Indien het enkel gaat over de groep die de voorbije zes maanden seksueel actief was ($N=1332$), dienen we drie percentagepunten op te tellen en af te trekken voor percentages groter dan 30% (of kleiner dan 70%), twee percentagepunten voor percentages kleiner dan 30% (of groter dan 70%), en een half percentagepunt voor 1% en 99%.

middelste ligt in dit geval met 95% betrouwbaarheid tussen 1.8 en 2.6⁵.

Wanneer de steekproefomvang waarop een bepaald resultaat (percentage, gemiddelde,...) werd berekend echter klein is, kunnen hiertegenover echter sterke statistische (en intuïtieve) reserves worden geplaatst.

Zo wordt, bij een steekproefresultaat van 50%, de foutenmarge 5 percentagepunten indien $N=400$, ongeveer 10 percentagepunten indien $N=100$, en maar liefst 14 percentagepunten indien $N=50$. Aangezien dergelijke brede betrouwbaarheidsintervallen impliceren dat het erg moeilijk wordt om nog gerichte uitspraken te kunnen doen, laat staan statistisch significante verbanden te vinden (met bijvoorbeeld leeftijd of geslacht), kiezen we ervoor om in de verdere bespreking alle resultaten gebaseerd op steekproeven van $N=50$ of kleiner niet weer te geven. Resultaten gebaseerd op (sub)steekproeven met een omvang tussen $N=50$ en $N=100$ worden wel weergegeven, maar dienen ook met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

2.2. *Indicatoren*

2.2.1. *Zwangerschap, kinderen en kinderwens*

2.2.1.1. *Zwangerschappen tijdens de levensloop en kinderwens*

Vraag ZS1 t.e.m. ZS23 peilt naar de ervaringen die vrouwen en mannen gedurende hun leven hebben met zwangerschap, geboorte, miskraam en abortus, het plannen van zwangerschap, gewenste zwangerschap, seksualiteitsbeleving na de bevalling en kinderwens. Alle respondenten ongeacht leeftijd of geslacht doorlopen deze module. Ervaring met seks gehad hebben is daarbij wel een criterium voor alle vrouwelijke respondenten bij de vraag naar huidige (pogingen tot) zwangerschap (ZS1 en ZS2). Voor de groep 'jongeren' (de -26-jarigen) is dit criterium van ooit seksueel actief te zijn geweest, er ook bij de vraag naar aantal meegemaakte zwangerschappen bij vrouwen (ZS4). Dit 'seks'-criterium is er bij deze vraag echter niet voor alle andere vrouwen (de +26-jarigen) gezien zij ook op alternatieve manieren zwanger geweest kunnen zijn. Hetzelfde geldt voor alle vragen aan de mannelijke respondenten (ZS7, ZS8, ZS10): ook bij hen was het criterium van ooit seks te hebben gehad afwezig omwille van dezelfde reden. Alle vragen omtrent zwangerschap en kinderwens worden bevraagd in CASI-stijl.

Vragen ZS1, ZS5 en ZS7 peilen dan naar een mogelijke zwangerschap op het moment van de bevraging, respectievelijk bij vrouwelijke respondenten van vruchtbare leeftijd (niet-menopausaal), vrouwelijke respondenten met een lesbische partner van vruchtbare leeftijd (-50 jaar) en mannelijke respondenten met een heteroseksuele

5 Voor gemiddelden berekend op de seksueel ervaren ($N=1691$) of seksueel actieve subgroep ($N=1332$) is de foutenmarge eveneens 0.5 standaardafwijkingen. Indien mannen en vrouwen apart worden bekeken, is deze foutenmarge voor het gemiddelde (bij een betrouwbaarheid van 95%) 0.7 in plaats van 0.5 standaardafwijkingen.

partner van vruchtbare leeftijd (-50 jaar). Vragen ZS2, ZS5b en ZS8 peilen bij diezelfde groepen van respondenten naar pogingen om tot een zwangerschap te komen. Wanneer een respondent aangeeft aan het proberen te zijn om tot een zwangerschap te komen, peilt vraag ZS3, ZS6 of ZS9 (afhankelijk van het geslacht van respondent en partner) naar de periode waarin men reeds pogingen aan het ondernemen is.

Vraag ZS4 en ZS10, respectievelijk voorgelegd aan de vrouwelijke en mannelijke respondenten, peilen naar het aantal zwangerschappen die iemand reeds heeft meegemaakt, miskramen en abortussen inclusief. De vragen ZS11 tot en met ZS19 vormen dan een 'lus' waarbij elke vraag opnieuw wordt gesteld voor iedere zwangerschap die de respondent ooit heeft meegemaakt.

Vraag ZS11 be vraagt het jaar waarin men wist dat men zwanger was teneinde de leeftijd van de respondent op het moment van de zwangerschap te kunnen berekenen. Vraag ZS12 en ZS13 peilen naar de retrospectieve intentie en beleving van een zwangerschap (de planning en de wens). Vraag ZS20 en ZS21 bevragen hetzelfde, maar voor de huidige zwangerschap (en behoren dus niet meer tot de 'lus'). Vragen ZS14 tot en met ZS19 bevragen het verloop van de zwangerschap. Zo peilt vraag ZS14 naar de uitkomst van de zwangerschap (uitgedragen, miskraam, abortus of afgebroken om medische redenen) terwijl vragen ZS15 en ZS16 peilen naar het moment waarop die uitkomst plaatsvond (aantal weken zwangerschap bij miskramen of datum geboorte kind bij uitgedragen zwangerschappen). Vraag ZS17 peilt naar het verloop van de bevalling (vaginaal versus keizersnede) en vraag ZS18 en ZS19 naar de periode tussen de bevalling en de eerste keer opnieuw geslachtsgemeenschap en de eventuele pijn die daarmee gepaard ging respectievelijk. Vragen ZS17, ZS18 en ZS19 worden enkel gesteld aan de vrouwelijke respondenten omwille van de lichamelijke betrokkenheid bij de zwangerschap. Bij vraag ZS18 en ZS19 is er het bijkomende criterium dat de zwangerschap maximum 4 jaar geleden mag zijn, om mogelijke herinneringsbias te minimaliseren.

Vraag ZS22 en ZS23 peilen naar de ooit ervaren, de toekomstige en de huidige kinderwens. ZS22 be vraagt dan de kinderwens bij diegenen die reeds ooit een zwangerschap meemaakten terwijl ZS23 de kinderwens be vraagt bij diegenen die nog nooit een zwangerschap hebben meegemaakt.

Vraag

ZS1. Ben je momenteel zwanger?

1. *ja*
2. *nee*

ZS2. Probeer je momenteel zwanger te worden?

(Indien vrouw met vrouwelijke partner) Probeer jij zelf, niet jouw partner, momenteel zwanger te worden ?

1. *ja*
2. *nee*

ZS3. Hoe lang probeer je al zwanger te worden?

1. *minder dan drie maanden*
2. *tussen drie en zes maanden*
3. *tussen zes en twaalf maanden*
4. *langer dan twaalf maanden*
5. *langer dan 24 maanden*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS4. Hoe vaak ben je al zwanger geweest? Reken hier ook eventuele miskramen en abortussen bij.

(Indien vrouw met huidige zwangerschap) Afgezien van je huidige zwangerschap, hoe vaak ben je hiervoor al zwanger geweest? Reken hier ook eventuele miskramen en abortussen bij.

1. *nog nooit*
2. *..... keer*

ZS5a. Is jouw partner momenteel zwanger?

1. *ja*
2. *nee*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS5b. Probeert jouw partner momenteel zwanger te worden?

1. *Ja*
2. *nee*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS6. Hoe lang probeert jouw partner al zwanger te worden?

1. *minder dan drie maanden*
2. *tussen drie en zes maanden*
3. *tussen zes en twaalf maanden*
4. *langer dan twaalf maanden*
5. *langer dan 24 maanden*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS7. *Is jouw partner momenteel zwanger van jou?*

1. *ja*
2. *nee*

ZS8. *Probeer je jouw partner momenteel zwanger te worden?*

1. *ja*
2. *nee*

ZS9. *Hoe lang probeer je jouw partner al zwanger te worden?*

1. *minder dan drie maanden*
2. *tussen drie en zes maanden*
3. *tussen zes en twaalf maanden*
4. *langer dan twaalf maanden*
5. *langer dan 24 maanden*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS10. *Hoe vaak is er al iemand van jou zwanger geweest? Reken hier ook eventuele miskramen en abortussen bij.*

[Indien partner nu zwanger] Afgezien van de huidige zwangerschap van jouw partner, hoe vaak is er al iemand van jou zwanger geweest? Reken hier ook eventuele miskramen en abortussen bij.

..... keer (0=nooit)

ZS11. *In welk jaar wist je dat je de (eerste) (tweede) (...) keer zwanger was?*

In welk jaar wist je dat iemand van jou de (eerste) (tweede) (...) keer zwanger was?
in

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Immers leveren enkel herberekeningen van de antwoorden op deze vraag relevante resultaten op (bijvoorbeeld leeftijd van de respondent op het moment van de zwangerschap).

ZS12. *[Per zwangerschap] Was deze zwangerschap gepland?*

1. *ja*
2. *nee*

ZS13. *[Per zwangerschap] Was deze zwangerschap gewenst?*

1. *ja, meteen vanaf het begin*
2. *aanvankelijk niet, maar daarna wel*
3. *nee*

ZS14. *[Per zwangerschap] Is deze zwangerschap tot het einde uitgedragen?*

1. *ja*
2. *nee, ik heb een miskraam gehad (spontane of ingeleide miskraam)*
nee, mijn partner heeft een miskraam gehad (spontane of ingeleide miskraam)
3. *nee, ik heb de zwangerschap laten afbreken*
nee, mijn partner heeft de zwangerschap laten afbreken
4. *nee, de zwangerschap werd afgebroken om medische redenen*

ZS15. *Na hoeveel weken zwangerschap vond de miskraam plaats?*

1. *na weken*
2. *weet het niet meer*

ZS16. *Kan je aangeven in welk jaar en in welke maand dit kind geboren is?*

- (maand)
..... (jaar)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Immers leveren enkel herberekeningen van de antwoorden op deze vraag relevante resultaten op (bijvoorbeeld leeftijd van de respondent op het moment van de geboorte van het kind).

ZS17. *Hoe is deze bevalling verlopen?*

1. *vaginale bevalling (op natuurlijke wijze zowel met als zonder epidurale verdoving)*
2. *via een keizersnede*

ZS18. *Hoe lang heeft het na de laatste bevalling geduurd alvorens jullie geslachtsgemeenschap hebben gehad?*

1. *we hebben sinds de laatste bevalling nog geen geslachtsgemeenschap gehad*
2. *minder dan zes weken*
3. *tussen zes weken en drie maanden*
4. *tussen drie maand en zes maanden*
5. *langer dan zes maanden*
6. *dat weet ik niet meer*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS19. *Heb je toen lichamelijke last of pijn ondervonden?*

1. *heel veel last of pijn*
2. *veel last of pijn*
3. *redelijk wat last of pijn*
4. *weinig last of pijn*
5. *heel weinig tot geen last of pijn*
6. *dat weet ik niet meer*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS20. [Indien vrouw] Je gaf aan dat je momenteel zwanger bent. Was deze zwangerschap gepland?

[Indien man] Je gaf aan dat jouw partner momenteel zwanger is. Was deze zwangerschap gepland?

1. ja
2. nee

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS21. Was deze zwangerschap wat jou betreft, gewenst?

1. ja, meteen vanaf het begin
2. nee, aanvankelijk niet maar daarna wel
3. nee

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS22. Wens je kinderen of heb je ooit kinderen gewenst?

1. nee, ik heb geen kinderwens
2. ja, vroeger wel maar nu niet meer
3. ja, ik wens nu kinderen
4. ja, ik wil in de toekomst kinderen
5. ik weet nog niet of ik kinderen wil
6. er mogen kinderen komen maar het hoeft niet
7. ik heb adoptie- of pleegkinderen

ZS23. Zou je in de toekomst nog kinderen willen?

1. ja
2. nee
3. ik weet het nog niet

Motivering

Bovenstaande vragen meten de reproductieve gezondheid. Vooreerst willen we de populatie in kaart brengen die een zwangerschap (meerdere zwangerschappen) heeft meegemaakt. Meestal worden deze vragen enkel voorgelegd aan vrouwen omdat zij lichamelijk direct betrokken zijn maar het bevragen van perspectieven op “zwanger-

schap” bij mannen is eveneens van groot belang. Zo blijkt uit de bevolkingssurvey ‘Seksuele gezondheid in Nederland’ (Bakker et al., 2009) dat er een opmerkelijk verschil gerapporteerd werd tussen het aantal vrouwen en het aantal mannen die een ervaring hadden met zwangerschap terwijl er min of meer gelijkaardige rapportages verwacht werden. Vervolgens willen we meten in welke mate deze zwangerschap(pen) al dan niet gepland (ja, neen) en gewenst (vanaf het begin gewenst, aanvankelijk niet gewenst maar later wel, niet gewenst) waren. Een ongeplande zwangerschap is namelijk niet per sé ongewenst (Fischer, Stanford, Jameson & DeWitt, 1999). Dit belangrijke onderscheid moet gemaakt worden omdat de twee dimensies van een ‘onbedoelde zwangerschap’ differentieel gerelateerd zijn aan het verdere verloop van een zwangerschap (de zwangerschap afbreken of uitdragen) (Fischer et al., 1999). Nederlands onderzoek geeft aan dat ongeveer 20% van de huidige zwangerschappen als ongepland wordt beschouwd en dat 6 tot 11% wordt beschouwd als ongewenst (Bakker et al., 2009).

Er wordt eveneens gepeild naar de leeftijd waarop deze zwangerschap(pen) plaatsvond(en). De leeftijd van toekomstige ouders bij een eerste zwangerschap fluctueert namelijk sterk naargelang de het maatschappelijk tijds kader waarin koppels zich bevinden (van Bavel & De Wachter, 20007). Deze leeftijd blijkt uit onderzoek ook gerelateerd te zijn aan de seksuele levensloop. De kans dat een meisje voor de eerste keer zwanger is op de leeftijd van 18 jaar is groter wanneer ze al meerdere seksuele partners had voor de leeftijd van 18 dan wanneer ze slechts 1 of geen seksuele partners had (Laumann et al, 1994).

Niet alle zwangerschappen worden uitgedragen. Miskraam (spontaan of ingeleid) en abortus zijn geen zeldzame fenomenen. De grootschalige Amerikaanse bevolkingsstudie (NHSLs) van Laumann (1994) heeft aangetoond dat in de Verenigde Staten 75% van alle zwangerschappen wordt uitgedragen. Ongeveer 12% van de zwangerschappen eindigt in een miskraam en ongeveer 10% van de zwangerschappen wordt beëindigd door een abortus. Gelijkaardige cijfers werden gevonden voor vrouwen en mannen. Het abortus cijfer ligt ongetwijfeld hoger in de realiteit daar deze cijfers heel gevoelig zijn voor onderrapportage (Laumann et al., 1994). Cijfers in Nederland tonen aan dat ruim een kwart van de vrouwen en bijna een vijfde van de mannen ooit wel eens een miskraam heeft meegemaakt. Tien procent van de vrouwen en acht procent van de mannen rapporteerde ooit een abortus te hebben meegemaakt (Bakker et al., 2009).

Resultaten

Tabel 3. Huidige zwangerschap, bij niet-menopauzale vrouwelijke respondenten die ooit seks hadden (ZS1) (N=522).

	Percentage
1. Ja	2.8%
2. Nee	97.2%
N	522

Tabel 4. Nu proberen om zwanger te worden, bij niet-zwangere vrouwelijke respondenten die ooit seks hadden (ZS2) (N=509) .

	Percentage
1. Ja	4.3%
2. Nee	95.7%
N	509

Tabel 5. Aantal meegemaakte zwangerschappen, bij vrouwelijke +26-jarige respondenten en vrouwelijke -26-jarige respondenten die ooit seks hadden (ZS4) (N=867).

Percentielen	
Min	0
P25	0
P50	2
P75	3
Max	9
N	866

Tabel 6. Huidige zwangerschap bij partner, bij mannelijke respondenten met een vrouwelijke partner van vruchtbare leeftijd (-50 jaar) (ZS7) (N=422).

	Percentage
1. Ja	3.8%
2. Nee	96.2%
N	419

Tabel 7. Partner probeert nu zwanger te worden , bij mannelijke respondenten met een vrouwelijke, niet zwangere partner van vruchtbare leeftijd (-50 jaar) (ZS8) (N=404).

	Percentage
1. Ja	3.9%
2. Nee	96.1%
N	403

Tabel 8. Aantal meegemaakte zwangerschappen, bij mannelijke respondenten met een huidige partner⁶ (ZS10) (N=704).

	Aantal zwangerschappen
<i>Min</i>	0
<i>P25</i>	0
<i>P50</i>	2
<i>P75</i>	3
<i>Max</i>	13
<i>N</i>	678*

* 15 mannelijke respondenten hebben het antwoord “weet niet” aangeduid.

Tabel 9. Planning van zwangerschappen, per meegemaakte zwangerschap (ZS12_1 tot en met ZS12_5) (N=1102, 848, 449, 212 en 99 respectievelijk).

	Eerste	Tweede	Derde	Vierde	Vijfde
1. <i>Ja</i>	73.7%	78.5%	64.9%	63.1%	61.6%
2. <i>Nee</i>	26.3%	21.5%	35.1%	36.9%	38.4%
<i>N</i>	1102	844	443	205	92

De resultaten voor zwangerschap zes tot en met tien, worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Tabel 10. Gewenstheid van zwangerschappen, per meegemaakte zwangerschap (ZS13_1 tot en met ZS13_5) (N=1102, 848, 449, 212 en 99 respectievelijk).

	Eerste	Tweede	Derde	Vierde	Vijfde
1. <i>Ja, meteen vanaf het begin</i>	85.8%	90.6%	80.4%	77.3%	75.5%
2. <i>Aanvankelijk niet, maar daarna wel</i>	8.7%	6.8%	12.5%	13.2%	17.1%
3. <i>Nee</i>	5.5%	2.6%	7.1%	9.5%	7.4%
<i>N</i>	1100	846	441	205	92

De resultaten voor zwangerschap zes tot en met tien, worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

6 Op deze filter zit een fout. Door een foutieve filter in de vragenlijst is deze vraag enkel gesteld aan ‘mannen met een huidige partner’ in plaats van aan alle mannen met een vrouwelijke partner en alle mannen die ooit heteroseksuele contacten hadden. Met deze filterfout moet rekening gehouden worden in de interpretatie van de resultaten omtrent zwangerschap bij mannen.

Tabel 11. Uitdragen van zwangerschappen, per meegemaakte zwangerschap (ZS14_1 tot en met ZS14_5) (N=1102, 848, 449, 212 en 99 respectievelijk).

	Eerste	Tweede	Derde	Vierde	Vijfde
1. Ja	87.6%	89.6%	81.3%	74.3%	80.5%
2. Nee, een miskraam	8.2%	8.1%	12.5%	16.8%	13.5%
3. Nee, zwangerschap laten afbreken	3.9%	1.7%	4.3%	6.1%	2.5%
4. Nee, zwangerschap werd afgebroken om medische redenen	0.3%	0.5%	1.8%	2.8%	3.5%
N	1096	845	437	202	90

De resultaten voor zwangerschap zes tot en met tien, worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Tabel 12. Aantal zwangerschapsweken bij miskraam, per meegemaakte zwangerschap die eindigde in een miskraam (ZS15_1 en ZS15_2) (N=90 en 68 respectievelijk).

Percentielen	Eerste zwangerschap	Tweede zwangerschap
Min	2	4
P25	6	6
P50	8	8,29
P75	11,45	12
Max	37	26
N	70*	50**

* 19 respondenten hebben het antwoord “weet niet” aangeduid.

** 18 respondenten hebben het antwoord “weet niet” aangeduid.

De resultaten voor zwangerschap drie tot en met tien, worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Tabel 13. Verloop bevalling, per meegemaakte zwangerschap die door een vrouwelijke respondent werd gerapporteerd (ZS17_1 tot en met ZS17_5) (N=541, 420, 212, 99 en 51 respectievelijk).

	Eerste	Tweede	Derde	Vierde	Vijfde
1. Vaginale bevalling	87.7%	91.0%	95.7%	96.2%	91.6%
2. Via een keizersnede	12.3%	9.0%	4.3%	3.8%	8.4%
N	539	420	212	99	51

De resultaten voor zwangerschap zes tot en met tien, worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven

(zie deel 2, paragraaf 2.1).

**Tabel 14. Kinderwens, bij respondenten die nog nooit een zwangerschap hebben meege-
maakt en nu niet aan het proberen zijn (ZS22) (N=437).**

	Percentage
1. Nee, ik heb geen kinderwens	16.6%
2. Ja, vroeger wel maar nu niet meer	10.4%
3. Ja, ik wens nu kinderen	3.3%
4. Ja, ik wil in de toekomst kinderen	57.2%
5. Ik weet nog niet of ik kinderen wil	8.3%
6. Er mogen kinderen komen maar het hoeft niet	4.0%
7. Ik heb adoptie- of pleegkinderen	0.3%
N	425

**Tabel 15. Kinderwens, bij respondenten die ooit minimum één zwangerschap hebben mee-
gemaakt en nu niet zwanger zijn (ZS23) (N=1129).**

	Percentage
1. Ja	7.9%
2. Nee	86.2%
3. Ik weet het nog niet	5.9%
N	1110

2.1.1.2. Verminderde vruchtbaarheid en hulpverlening

Vraagomschrijving

Vragen ZS24 tot en met ZS33 peilen naar de aanwezigheid van vruchtbaarheidsproblemen, contact met een hulpverlener, zorgbehoefte en mogelijke vruchtbaarheidsbehandelingen. Zo peilt vraag ZS24 naar het ooit gehad hebben van problemen om tot een zwangerschap te komen, zowel bij mannelijke als bij vrouwelijke respondenten. Diegenen die deze problemen ooit hadden of niet weten of ze deze ooit hadden, krijgen ook vraag ZS25, met betrekking tot het contact dat men ooit had met professionele hulpverleners in verband met een mogelijk vruchtbaarheidsprobleem. Vraag ZS26 gaat hierop verder door te peilen naar het soort hulpverlener waarmee men contact had (ZS26_a) en hoe vaak men met dit deed (ZS26_b). Vraag ZS27 peilt naar de mate van tevredenheid over de hulp die men kreeg van deze hulpverleners. Aan respondenten die ooit een vruchtbaarheidsprobleem hadden of niet weten of ze dit ooit hadden, werd vraag ZS28 voorgelegd, met betrekking tot het ooit gehad hebben van een behoefte om een hulpverlener hieromtrent te contacteren. Wie hier positief op antwoordt en bij vraag ZS24 ook aangaf ooit problemen te hebben gehad, werd vraag ZS29 voorgelegd. Deze vraag peilt naar de redenen voor het niet zoeken van hulp voor het vruchtbaarheidsprobleem.

Vraag ZS30 gaat verder door op de hulp die men zoekt bij een professionele hulpverlener, door te vragen naar het ooit gekregen hebben van een diagnose ‘subfertiliteit’ door een arts. Vraag ZS31 peilt dan naar de factoren die aan de basis liggen van die diagnose.

Vraag ZS32 tenslotte peilt naar de ervaring die een respondent had met vruchtbaarheidsbehandelingen. Wie hier positief antwoordt, krijgt ook vraag ZS33 omtrent het soort vruchtbaarheidsbehandeling (ZS33_a), de frequentie waarmee men deze behandelingen onderging (ZS33_b) en het volgen van huidige vruchtbaarheidsbehandelingen (ZS33_c).

Alle vragen omtrent vruchtbaarheid en hulpverlening worden in CASI-stijl bevraagd.

Vraag

ZS24. (Voor vrouwelijke respondenten) Voor sommige vrouwen is het moeilijk of onmogelijk om zwanger te worden. Heb jij problemen met je vruchtbaarheid of had jij deze problemen vroeger?

(Voor mannelijke respondenten) Voor sommige mannen is het moeilijk of onmogelijk om een vrouw zwanger te maken. Heb jij problemen met je vruchtbaarheid of had jij deze problemen vroeger?

1. Ja
2. Nee
3. Ik weet het niet

ZS25. Heb je ooit contact gehad met een professionele hulpverlener in verband met een vruchtbaarheidsprobleem? Dit contact kan verschillende redenen hebben, bijvoorbeeld informatie krijgen of een behandeling starten.

1. Ja
2. Nee

ZS26_a. Met welke hulpverlener of arts heb je ooit contact gehad in verband met dit probleem? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. Huisarts
2. Gynaecoloog
3. Uroloog
4. Psychiater
5. Psycholoog of psychotherapeut
6. Seksuoloog
7. Maatschappelijk werker
8. Kinesist
9. Andere

ZS26_b. Hoe vaak heb je met elk van deze hulpverleners of artsen contact gehad?

ZS26_b. Frequentie contact met hulpverlener of arts	Eenmalig	Enkele keren	Vaak	Heel vaak
1. Huisarts	1	2	3	4
2. Gynaecoloog	1	2	3	4
3. Uroloog	1	2	3	4
4. Psychiater	1	2	3	4
5. Psycholoog of psychotherapeut	1	2	3	4
6. Seksuoloog	1	2	3	4
7. Maatschappelijk werker	1	2	3	4
8. Kinesist	1	2	3	4
9. Andere	1	2	3	4

ZS27. [Voor respondenten die slechts één iemand contacteerden] In welke mate heeft deze arts of hulpverlener jou kunnen helpen?

[Voor respondenten die meerdere personen contacteerde] In welke mate hebben deze artsen of hulpverleners jou kunnen helpen?

1. helemaal niet
2. eerder niet
3. noch wel, noch niet
4. eerder wel
5. helemaal wel

ZS28. Heb je ooit in jouw leven behoefte gehad aan professionele hulp in verband met dit probleem?

1. nooit
2. een enkele keer
3. meerdere keren
4. vaak
5. heel vaak

ZS29. Waarom heb je toen geen hulp gezocht? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. ik los mijn problemen liever zelf op
2. ik vind dat moeilijk of durf niet goed
3. ik vind het probleem niet ernstig genoeg
4. ik heb geen of weinig vertrouwen in hulpverleners
5. ik weet niet waar ik naartoe kan gaan
6. ik vind het te duur
7. ik kon geen geschikte hulpverlener vinden
8. ik kon nergens terecht met mijn vraag of probleem
9. de hulpverlener zou me toch niet begrijpen
10. de hulpverlener heeft geen voeling met mijn cultuur
11. mijn partner wilde niet dat ik hulp zocht

12. *mijn partner wilde niet mee*
13. *er bleek een lange wachttijd voor te zijn*
14. *andere reden, namelijk: (ENQ: preciseer – open vraag)*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS30. Heeft een arts bij jou of jouw partner ooit de diagnose van subfertiliteit (verminderde vruchtbaarheid) gesteld?

1. *ja*
2. *nee*

ZS31. Met welke factoren heeft de diagnose van verminderde vruchtbaarheid te maken? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *met factoren bij mezelf*
2. *met factoren bij mijn partner*
3. *met factoren bij mezelf en mijn partner*
4. *met ongekende factoren*

ZS32. Hebben jij en/of jouw partner vruchtbaarheidsbehandelingen ondergaan?

1. *ja*
2. *nee*

ZS33_a. Kan je in de volgende lijst aanduiden welk van de onderstaande vruchtbaarheidsbehandeling(en) jij en/of jouw partner hebben ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Hormoonbehandeling*
2. *Intra-uteriene inseminatie*
3. *In vitro fertilisatie (IVF)*
4. *In vitro fertilisatie (IVF) na intracytoplasmatische injectie (ICSI)*
5. *In vitro fertilisatie (IVF) na intracytoplasmatische injectie in combinatie met MESA/PESA (zaad uit testikels man halen)*
6. *Andere, namelijk:*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS33_b. We zouden je ook nog willen vragen om telkens aan te geven hoeveel keer je elke behandeling hebt gevolgd.

ZS33. Frequentie gevolgte vruchtbaarheidsbehandelingen	Aantal keer
1. Hormoonbehandeling	... (ZS33_1_freq)
2. Intra-uteriene inseminatie	... (ZS33_2_freq)
3. In vitro fertilisatie (IVF)	... (ZS33_3_freq)
4. In vitro fertilisatie (IVF) na intracytoplasmatische injectie (ICSI)	... (ZS33_4_freq)
5. In vitro fertilisatie (IVF) na intracytoplasmatische injectie in combinatie met MESA/PESA (zaad uit testikels man halen)	... (ZS33_5_freq)
6. Andere, namelijk:	... (ZS33_6_freq)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

ZS33_c. Kan je ook aangeven welke behandeling(en) je momenteel volgt?

1. *Hormoonbehandeling*
2. *Intra-uteriene inseminatie*
3. *In vitro fertilisatie (IVF)*
4. *In vitro fertilisatie (IVF) na intracytoplasmatische injectie (ICSI)*
5. *In vitro fertilisatie (IVF) na intracytoplasmatische injectie in combinatie met MESA/PESA (zaad uit testikels man halen)*
6. *Andere, namelijk:*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Motivering

Zwanger worden is niet voor iedereen even vanzelfsprekend. Met bovenstaande vragen beogen we te meten in welke mate respondenten ooit contact hadden met een professionele hulpverlener in verband met vruchtbaarheidsproblemen. Zo kunnen we nagaan of koppels die al geruime tijd tevergeefs proberen zwanger te worden, beroep doen op de bestaande hulpverlening. Onderzoek toont namelijk aan dat slechts ongeveer de helft van de koppels medische hulp zoekt voor de aanwezige vruchtbaarheidsproblemen (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007). Indien er geen hulp gezocht werd is het naar hulpverlening toe interessant om te weten waarom er geen contact was. Koppels die een vruchtbaarheidsbehandeling gevolgd hebben worden bevraagd over het soort behandeling en het aantal keer deze behandeling doorlopen werd. Deze vragen zijn belangrijk omdat vruchtbaarheidsproblemen en behandeling(en) een grote invloed hebben op zowel de seksuele relatie (de betekenis van seksueel contact verandert) als op de relatietevredenheid (dikwijls gaat

dit gepaard met veel spanningen binnen het koppel)(Bakker et al., 2006; Monga, Alexandresku, Katz, Stein & Ganiats, 2004). Daarnaast werd ook nog gevraagd naar de factoren waaraan de diagnose van verminderde vruchtbaarheid gerelateerd is. Dit omdat de gepercipieerde oorzaak voor de subfertiliteit (factoren bij de man versus factoren bij de vrouw) samen zou hangen met de impact van de vruchtbaarheidsproblemen op persoonlijk en seksueel vlak (Smith et al., 2009).

Resultaten

Tabel 16. Ervaring met vruchtbaarheidsproblemen, bij respondenten die ooit heteroseksuele contacten hadden (ZS24) (N=1745).

	Percentage
1. Ja	8.6%
2. Nee	72.4%
3. Ik weet het niet	19.0%
N	1745

Tabel 17. Contact met professionele hulpverlener, bij respondenten met aanwezige of onbekende vruchtbaarheidsproblemen (ZS25) (N=482).

	Percentage
1. Ja	24.9%
2. Nee	75.1%
N	471

Tabel 18. Hulpverleners of artsen waarmee men contact had bij aanwezige vruchtbaarheidsproblemen (ZS26_a) (N=117).

	Percentage
1. Huisarts	65.2%
2. Gynaecoloog	88.0%
3. Uroloog	16.6%
4. Psychiater	3.7%
5. Psycholoog of psychotherapeut	6.2%
6. Seksuoloog	8.3%
7. Maatschappelijk werker	0.8%
8. Kinesist	3.9%
9. Andere	11.0%
N	117

Tabel 19. Frequentie van contact met huisarts en gynaecoloog in verband met vruchtbaarheidsproblemen (ZS26_1b en ZS26_2b) ($N=76$ en 103 respectievelijk).

	Eenmalig	Enkele keren	Vaak	Heel vaak	<i>N</i>
1. Huisarts	32.8%	34.8%	20.8%	11.6%	76
2. Gynaecoloog	10.7%	37.7%	18.2%	33.4%	103

De resultaten voor contacten met uroloog, psychiater, psycholoog of psychotherapeut, seksuoloog, maatschappelijk werker, kinesist en ‘andere’ worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Tabel 20. Ervaren hulp van contacten met professionele hulpverlener in verband met vruchtbaarheidsproblemen (ZS27) ($N=117$).

	Percentage
1. helemaal niet	17.5%
2. eerder niet	10.2%
3. noch wel, noch niet	9.6%
4. eerder wel	27.3%
5. helemaal wel	35.4%
<i>N</i>	117

Tabel 21. Behoeftte aan contact met een professionele hulpverlener in verband met een mogelijk vruchtbaarheidsprobleem, bij respondenten die hiervoor (nog) nooit een hulpverlener of arts consulteerden (ZS28) ($N=353$).

	Percentage
1. nooit	94.1%
2. een enkele keer	5.0%
3. meerdere keren	0.7%
4. vaak	0.1%
5. heel vaak	0.0%
<i>N</i>	353

Tabel 22. Diagnose subfertiliteit, bij respondenten die ooit een professionele hulpverlener consulteerden in verband met een aanwezig vruchtbaarheidsprobleem (ZS30) ($N=107$).

	Percentage
1. Ja	69.2%
2. Nee	30.8%
<i>N</i>	107

Tabel 23. Oorzaak diagnose, bij respondenten die ooit een diagnose van subfertiliteit kregen (ZS31) (N=73).

	Percentage
1. Met factoren bij mezelf	58.0%
2. Met factoren bij mijn partner	12.5%
3. Met factoren bij mezelf en mijn partner	21.5%
4. Met ongekende factoren	8.0%
N	72

Tabel 24. Ervaring met vruchtbaarheidsbehandelingen, bij respondenten die ooit een diagnose van subfertiliteit kregen (ZS32) (N=74).

	Percentage
1. Ja	63.0%
2. Nee	37.0%
N	74

2.2.2. *Anticonceptie*

Vraagomschrijving

Mannelijke en vrouwelijke respondenten krijgen elk een aangepaste set van vragen die peilt naar verschillende aspecten van anticonceptiegebruik (ACV1 t.e.m. ACV18 voor vrouwelijke respondenten en ACM1 t.e.m. ACM10 voor mannelijke respondenten). Vooreerst wordt er bij alle seksueel ervaren respondenten gevraagd naar de ervaringen met anticonceptie (ACV1 – ACV6 en ACM1 – ACM6), het (al dan niet) correct gebruik en de gebruiksmoeilijkheid (ACV7-8 en ACM7-8). De vragen naar de ervaringen betreffen zowel de levensloop als de afgelopen zes maanden. Respondenten die enkel seks hadden met partners van hetzelfde geslacht, krijgen deze vragen niet. Indien pre-menopauzale vrouwen (of de partners van de mannelijke respondenten) de voorbije zes maanden geen anticonceptie hebben gebruikt, vraagt ACV4 (of ACM5) naar de redenen voor niet-gebruik. Vrouwen die aanduiden dat ze de voorbije zes maanden wél anticonceptie hebben gebruikt, krijgen de vragen naar correct gebruik en moeilijkheidsgraad (ACV7 – ACV8).

Voorts volgen vragen –enkel voor vrouwelijke respondenten die orale anticonceptie, de transdermale pleister of de anticonceptiering gebruiken- naar moment in de anticonceptieve (ACV9) of menstruele cyclus (ACV14) op het moment van bevraging, naar vergeten pillen (ACV10) en methode van hormonale anticonceptie en de redenen voor gebruik daarvan (ACV11-ACV13). Vrouwen in een natuurlijke menstruele cyclus krijgen vragen naar de regelmaat en de duur van hun cyclus (ACV14 – ACV16).

Tot slot zijn er nog vragen voor zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten naar de kennis en het gebruik van de morning-afterpil (bij mannen wordt gepeild naar

gebruik door een partner) (ACV17 – 18 en ACM9 – ACM10). De vraag naar gebruik van de morning-afterpil is enkel zichtbaar voor seksueel actieve vrouwen die ooit contacten hebben gehad met mannen. Het deel anticonceptie wordt volledig in CASI bevraagd.

Vraag (vrouwen)

De volgende vragen gaan over anticonceptie, de methoden die jij in je leven al gebruikt hebt om te voorkomen dat je zwanger werd of om andere redenen.

ACV1. Ben je gesteriliseerd?

1. ja
2. nee

ACV2.

Niet gesteriliseerde, pre-menopauzale vrouwen: Welke anticonceptiemethode(n) heb je ooit gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Gesteriliseerde, pre-menopauzale vrouwen: Welke anticonceptiemethode(n) heb je ooit gebruikt voordat je werd gesteriliseerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk..

(Post-)menopauzale vrouwen: Welke anticonceptiemethode(n) heb je ooit gebruikt voordat je in de menopauze terecht kwam? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Vrouwen onwetend rond menopauzale status: Welke anticonceptiemethode(n) heb je ooit gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk..

1. ik heb nog nooit een anticonceptiemethode gebruikt
2. de pil
3. de minipil
4. de prikpil
5. de anticonceptiepleister: Evra
6. anticonceptiering: nuvaring
7. hormonaal implantaat : implanon
8. hormoonspiraaltje: mirena
9. koperspiraaltje
10. condoom
11. pessarium: rubber koepeltje
12. periodieke onthouding of andere 'ritme' methoden: niet vrijen tijdens vruchtbare periode
13. coïtus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)
14. andere, namelijk: (.....) (open vraag ACV2_14)

ACV3. Welke anticonceptiemethode(n) heb je de laatste 6 maanden gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. *ik gebruikte de laatste zes maanden geen anticonceptiemethode*
2. *de pil*
3. *de minipil*
4. *de prikpil*
5. *de anticonceptiepleister: Evra*
6. *anticonceptiering: nuvaring*
7. *hormonaal implantaat: implanon*
8. *hormoonspiraaltje: mirena*
9. *koperspiraaltje*
10. *condoom*
11. *pessarium: rubber koepeltje*
12. *periodieke onthouding of andere 'ritme' methoden: niet vrijen tijdens vruchtbare periode*
13. *coïtus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)*
14. *andere, namelijk: (..... open vraag ACV3_14)*

ACV4. Je gebruikte de laatste 6 maanden geen anticonceptiemethode, wat is de reden daarvoor? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. *ik had geen seks*
2. *ik had geen seks waarvan ik zwanger kon worden (bijvoorbeeld enkel orale seks)*
3. *ik had altijd seks met een persoon waarvan ik zeker was dat die geen soa's of hiv had*
4. *ik ben onvruchtbaar of verminderd vruchtbaar*
5. *ik wil graag zwanger worden*
6. *ik ben zwanger*
7. *anticonceptie is te duur*
8. *mijn partner is onvruchtbaar of verminderd vruchtbaar*
9. *mijn partner gebruikt al anticonceptie*
10. *het is de taak van mijn partner om anticonceptie te gebruiken*
11. *mijn partner is gesteriliseerd*
12. *ik vind het niet leuk om dit te gebruiken*
13. *mijn partner wil niet dat we anticonceptiemethoden gebruiken*
14. *het gebruik van anticonceptie is ongewoon in mijn cultuur*
15. *uit geloofsovertuigingen*
16. *andere, namelijk:(open vraag ACV4_17)*

ACV5. Welke anticonceptiemethode(n) gebruik je momenteel? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. *ik gebruik nu geen anticonceptiemethode*
2. *de pil*
3. *de minipil*
4. *de prikpil*
5. *de anticonceptiepleister: Evra*
6. *anticonceptivering: nuvaring*
7. *hormonaal implantaat: implanon*
8. *hormoonspiraaltje: mirena*
9. *koperspiraaltje*
10. *condoom*
11. *pessarium: rubber koepeltje*
12. *periodieke onthouding of andere 'ritme' methoden: niet vrijen tijdens vruchtbare periode*
13. *coïtus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)*
14. *andere, namelijk.....(open vraag ACV5_14)*

ACV6. Wanneer je de afgelopen 6 maanden seks had, hoe vaak was je toen beschermd door een anticonceptiemiddel?

1. *nooit*
2. *zelden*
3. *soms*
4. *vaak*
5. *altijd of bijna altijd*

ACV7. Hoe vaak is het je in de afgelopen 6 maanden gelukt om jouw anticonceptiemethode correct te gebruiken?

1. *nooit*
2. *zelden*
3. *soms*
4. *vaak*
5. *altijd of bijna altijd*

ACV8. Vind je het moeilijk om jouw anticonceptiemethode correct te gebruiken?

1. *heel moeilijk*
2. *eerder moeilijk*
3. *noch gemakkelijk, noch moeilijk*
4. *eerder gemakkelijk*
5. *heel gemakkelijk*

ACV9. Zit je momenteel in een behandelingsweek of in de pil/pleister/ringvrije week?
eerste week

1. tweede week
2. derde week
3. pilvrije week
4. ik neem geen pil/pleister/ringvrije week en gebruik meerdere pilstrips/pleisters/
ringen onafgebroken na elkaar
5. weet ik niet (Code 9998)

ACV10. Ben je in de afgelopen 6 maanden wel eens vergeten om de pil te nemen? Kan je ongeveer aangeven hoeveel pillen je vergat per pilstrip?

1. nooit
2. gemiddeld per pilstrip: pil(len) vergeten (numeriek open
antwoord in ACV10_2)

ACV11. Gebruik je momenteel hormonale anticonceptie?

Hoewel je gesteriliseerd bent, gebruik je momenteel hormonale anticonceptie om een andere reden dan om zwangerschap te vermijden?

1. ja
2. nee

ACV12. Wat gebruik je dan momenteel?

1. de pil
2. de minipil
3. de prikpil
4. de anticonceptiepleister: Evra
5. anticonceptiering: nuvaring
6. hormonaal implantaat: implanon
7. hormoonspiraaltje: mirena
8. iets anders, namelijk:(open vraag ACV12_8)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

ACV13. Waarom gebruik je momenteel hormonale anticonceptie? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk..

1= aangeduid, 0= niet aangeduid

1. om te voorkomen dat ik zwanger wordt als ik seks zou hebben
2. om pijnlijke maandstonden te verminderen
3. om de menstruele bloedingen minder hevig te maken
4. om premenstruele klachten te verminderen
5. om acne te verminderen
6. om overbeharing te verminderen
7. om een onregelmatige cyclus beter te controleren

8. omdat ik polycystisch ovarieel syndroom (PCO) heb
9. omdat ik endometriose heb
10. omwille van een andere medische aandoening
11. andere reden, namelijk.....(open vraag ACV13_11)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

ACV14. Wanneer was de eerste dag van jouw laatste menstruatie? Als je dit niet goed meer weet, probeer je te herinneren waar je was toen je je regels had (bijvoorbeeld een feestje op het werk, een uitstap...) --/--/--

1. dat weet ik niet (Code 9998)
2. niet van toepassing

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Immers leveren enkel herberekeningen van de antwoorden op deze vraag relevante resultaten op (bijvoorbeeld de fase in de menstruele cyclus).

ACV15. Heb je een regelmatige menstruele cyclus?

1. ja
2. nee
3. weet ik niet (code 9998)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

ACV16. Hoe lang duurt jouw menstruele cyclus gemiddeld? Om de duur van je menstruele cyclus te weten, start je met tellen op de eerste dag van het bloedverlies en stop je met tellen op de eerste dag van het volgende bloedverlies
 ____ dagen (open antwoord)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

ACV17. Weet jij wat de morning-afterpil (of noodpil) is?

1. ja
2. nee

ACV18. Hoe vaak heb je de morning-afterpil gebruikt? Indien je het niet meer exact weet, mag je een schatting geven.

1. nog nooit
2. keer (numeriek) = ACV18_freq

Vraag (mannen)

De volgende vragen gaan over anticonceptie, de methoden die jij in je leven al gebruikt hebt om te voorkomen dat je iemand zwanger maakte.

ACM1. Ben je gesteriliseerd?

1. ja
2. nee

ACM2. Heb jij ooit anticonceptie gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk
 Heb je, voordat je gesteriliseerd was, ooit nog andere anticonceptiemethoden gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. ja
2. ik gebruikte nooit anticonceptie, maar degene(n) waarmee ik seks had wel
3. ik gebruikte geen anticonceptiemethode, en ik weet niet of degene(n) waarmee ik seks had wel iets gebruikte(n)
4. ik noch degene(n) waarmee ik seks had, gebruikten ooit een anticonceptiemethode

ACM3. Welke anticonceptiemethoden heb je ooit gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. condoom
2. periodieke onthouding of andere ritme methoden (niet vrijen tijdens vruchtbare periode)
3. coïtus interruptus, terugtrekken (man trekt de penis terug voordat hij klaarkomt)
4. een andere methode, namelijk.....: (open vraag ACM3_4)

ACM4. Welke anticonceptiemethode heb je de laatste 6 maanden gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

1. ik gebruikte geen anticonceptiemethode, maar degene(n) waarmee ik seks had wel
2. ik gebruikte geen anticonceptiemethode, en ik weet niet of degene(n) waarmee ik seks had wel iets gebruikte(n)
3. ik noch degene(n) waarmee ik seks had, gebruikte een anticonceptiemethode
4. condoom
5. periodieke onthouding of andere ritme methoden (niet vrijen tijdens vruchtbare periode)
6. coïtus interruptus, terugtrekken (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)
7. een andere methode, namelijk:(open vraag ACM3_7)

ACM5. Om welke reden heb je de laatste 6 maanden geen anticonceptiemethode gebruikt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk

1. *ik had geen seks waar een partner zwanger van kan worden (bijvoorbeeld enkel orale seks)*
2. *ik had seks met een persoon waarvan ik zeker was dat die geen soa's of hiv had*
3. *ik ben gesteriliseerd*
4. *ik ben onvruchtbaar of minder vruchtbaar*
5. *ik wil graag iemand zwanger maken*
6. *ik vind het niet erg als ik iemand zwanger maak*
7. *het is de taak van de vrouw om anticonceptie te gebruiken*
8. *mijn partner gebruikt al anticonceptie*
9. *mijn partner is zwanger*
10. *mijn partner is gesteriliseerd*
11. *mijn partner is onvruchtbaar of minder vruchtbaar*
12. *ik vind het niet leuk om dit te gebruiken*
13. *mijn partner wil niet dat we anticonceptiemethoden gebruiken*
14. *uit geloofsovertuiging*
15. *het gebruik van anticonceptie is ongewoon in mijn cultuur*
16. *omwille van een andere reden, namelijk:(open vraag ACM5_15)*

ACM6. Wanneer je de afgelopen 6 maanden seks had, hoe vaak gebruikte je dan een anticonceptiemethode?

1. *nooit*
2. *zelden*
3. *soms*
4. *vaak*
5. *altijd of bijna altijd*

ACM7. Hoe vaak is het je in de afgelopen 6 maanden gelukt om jouw anticonceptiemethode correct te gebruiken?

1. *nooit*
2. *zelden*
3. *soms*
4. *vaak*
5. *altijd of bijna altijd*

ACM8. Vind je het moeilijk om jouw anticonceptiemethode correct te gebruiken?

1. *heel moeilijk*
2. *eerder moeilijk*
3. *noch gemakkelijk, noch moeilijk*
4. *eerder gemakkelijk*
5. *heel gemakkelijk*

ACM9. Weet jij wat de morning-afterpil (of noodpil) is?

1. *ja*
2. *nee*

ACM10. Heeft een partner van jou ooit de morning-afterpil gebruikt?

1. *ja*
2. *nee*
3. *weet ik niet (Code 9998)*

Motivering

Uit Nederlands onderzoek (De Graaf et al., 2005; De Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012; Picavet, 2012) blijkt dat er demografische verschillen bestaan tussen vrouwen die wel en geen anticonceptie gebruiken. Voor tieners geldt dat andere anticonceptiemethoden dan de pil of het condoom nauwelijks worden gebruikt, ze gebruiken ook vaker geen anticonceptie dan vrouwen uit andere leeftijdsgroepen. Onder autochtone jonge vrouwen is het pilgebruik hoger dan onder seksueel ervaren allochtone meisjes. Turkse en Marokkaanse vrouwen uit Nederland gebruiken ook minder vaak anticonceptie dan autochtone vrouwen. De gekozen methode verschilt weinig van die van autochtone vrouwen. Analooq aan de allochtone vrouwen gebruiken ook gelovige vrouwen ook minder vaak anticonceptie dan niet-gelovige vrouwen (De Graaf et al., 2005; De Graaf et al., 2012).

Uit literatuur blijkt dat anticonceptiegebruik bij jongeren verder samenhangt met een aantal niet-demografische factoren: het klimaat in het gezin van herkomst (betrokkenheid van ouders), communicatie over seks met ouders en vrienden, perceptie dat vrienden zich beschermen, waargenomen ernst van een zwangerschap, geanticipeerde spijt, permissieve opvattingen t.a.v. seks, interactiecompetentie, beschermingsgedrag bij eerste geslachtsgemeenschap, een positief seksueel zelfbeeld (bij meisjes), de bespreekbaarheid van anticonceptie met partner, onaangename eerste seksuele ervaringen, een niet-stapsgewijze seksuele carrière en kennis (bijv. geloof in bijwerkingen) (De Graaf et al., 2005).

Door de ervaren gebruiksmoeilijkheid van anticonceptie en het (al dan niet) correct gebruik van anticonceptie te meten, kunnen we de samenhang onderzoeken met ongeplande zwangerschap en abortus (De Graaf et al., 2005). Uit een vergelijking van gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie (2010) en de Gezondheidsenquête van 2004 (Bayingana et al., 2004), blijkt namelijk dat het anticonceptiepatroon van abortuscliënten grondig verschilt van het patroon van de algemene bevolking: abortuscliënten gebruiken minder vaak anticonceptie. De Nationale Evaluatiecommissie (2010) stelt bovendien een daling van het condoomgebruik vast ten voordele van een stijgend –maar weliswaar falend– pilgebruik.

Door te peilen naar het gebruik en kennis van de morning-afterpil, kunnen we meer kennis vergaren over de determinanten van noodanticonceptie. Het gebruik van noodanticonceptie is opvallend hoger in de jongste leeftijdscategorie dan in de ande-

re leeftijdscategorieën. Het aantal ongeplande zwangerschappen blijft namelijk hoog ondanks het bestaan van effectieve noodanticonceptie (Goulard, Moreau, Gilbert, Job-Spira & Bajos, 2006). We weten verder dat vele vrouwen die ongepland zwanger zijn, weten dat er iets misgegaan is met hun anticonceptie maar dat ze geen noodanticonceptie gebruiken (Moreau, Boyer, Goulard & Bajos, 2005). Voor België missen we gegevens over het gebruik van noodanticonceptie maar internationaal onderzoek toont aan dat het gebruik ervan (te) laag is (Goulard et al., 2006).

Resultaten

Tabel 25. Sterilisatie, bij seksueel ervaren, heteroseksuele vrouwen (ACV1) (N=836)

	Percentage
1. Ja	15.60%
2. Nee	84.4%
N	832

Tabel 26. Ooit gebruikte anticonceptiemethoden, bij seksueel ervaren vrouwen (ACV2) (N=834)

	Percentage
1. ik heb nog nooit een anticonceptiemethode gebruikt	7.3%
2. de pil	82.0%
3. de minipil	5.9%
4. de prikpil	2.9%
5. anticonceptiepleister: Evra	1.4%
6. anticonceptiering: Nuvaring	5.%
7. hormonaal implantaat: Implanon	1.8%
8. hormonaal spiraaltje: Mirena	13.9%
9. koperspiraaltje	7.5%
10. condoom	43.5%
11. pessarium: rubberen koepeltje	0.8%
12. periodieke onthouding of andere 'ritme'methoden: niet vrijen tijdens vruchtbare periode	8.1%
13. coitus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)	14.6%
14. andere	1.0%
N	833

Tabel 27. Anticonceptiemethoden gedurende de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd (ACV3) (N=450)

	Percentage
1. ik gebruikte de laatste zes maanden geen anticonceptie	25.1%
2. de pil	42.4%
3. de minipil	2.8%
4. de prikpil	1.2%
5. anticonceptiepleister: Evra	0.3%
6. anticonceptiering: Nuvaring	4.8%
7. hormonaal implantaat: Implanon	1.0%
8. hormonaal spiraaltje: Mirena	15.1%
9. koperspiraaltje	1.6%
10. condoom	15.7%
11. pessarium: rubberen koepeltje	0.0%
12. periodieke onthouding of andere ‘ritme’ methoden: niet vrijen tijdens vruchtbare periode	1.6%
13. coïtus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)	4.0%
14. andere	0.5%
N	450

Tabel 28. Reden geen anticonceptiegebruik laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd die geen anticonceptie gebruikten de laatste zes maanden (ACV4) (N=114)

	Percentage
1. ik had geen seks	18.0%
2. ik had geen seks waarvan ik zwanger kon worden (bijvoorbeeld enkel orale seks)	3.9%
3. ik had altijd seks met een persoon waarvan ik zeker weet dat die geen soa’s of hiv had	5.7%
4. ik ben onvruchtbaar of verminderd vruchtbaar	7.4%
5. ik wil graag zwanger worden	15.3%
6. ik ben zwanger	13.3%
7. anticonceptie is te duur	1.4%
8. mijn partner is onvruchtbaar of verminderd vruchtbaar	11.0%
9. mijn partner gebruikt al anticonceptie	0.0%
10. het is de taak van mijn partner om anticonceptie te gebruiken	2.1%
11. mijn partner is gesteriliseerd	29.4%
12. ik vind het niet leuk om dit te gebruiken	2.6%
13. mijn partner wil niet dat we anticonceptie gebruiken	2.5%
14. het gebruik van anticonceptie is ongewoon in mijn cultuur	0.0%
15. uit geloofsovertuigingen	0.0%
16. andere	3.0%
N	110

Tabel 29. Huidige anticonceptiemethode, bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd die anticonceptie gebruikten de laatste zes maanden (ACV5) (N=343)

	Percentage
1. ik gebruik nu geen anticonceptiemethode	6.7%
2. de pil	53.1%
3. de minipil	2.7%
4. de prikpil	1.3%
5. anticonceptiepleister: Evra	0.4%
6. anticonceptiering: Nuvaring	5.2%
7. hormonaal implantaat: Implanon	0.7%
8. hormonaal spiraaltje: Mirena	19.4%
9. koperspiraaltje	1.9%
10. condoom	11.5%
11. pessarium: rubberen koepeltje	0.0%
12. periodieke onthouding of andere 'ritme'methoden: niet vrijen tijdens vruchtbare periode	2.4%
13. coitus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)	3.0%
14. andere	0.3%
N	343

Tabel 30. Frequentie beschermde seksuele contacten, bij heteroseksueel actieve vrouwen die de laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACV6) (N=314)

	Percentage
1. nooit	5.2%
2. zelden	1.1%
3. soms	4.7%
4. vaak	5.5%
5. altijd of bijna altijd	83.3%
N	313

Tabel 31. Frequentie correct anticonceptiegebruik, bij heteroseksueel actieve vrouwen die laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACV7) (N=313)

	Percentage
1. nooit	1.3%
2. zelden	1.7%
3. soms	3.9%
4. vaak	15.0%
5. altijd of bijna altijd	78.0%
N	306

Tabel 32. Gebruiksmoeilijkheid huidige anticonceptiemethode, bij heteroseksueel actieve vrouwen die laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACV8) (N=350)

	Percentage
1. heel moeilijk	0.6%
2. eerder moeilijk	7.8%
3. noch gemakkelijk, noch moeilijk	6.1%
4. eerder gemakkelijk	19.0%
5. heel gemakkelijk	66.4%
N	337

Tabel 33. Plaats in anticonceptieve cyclus, bij heteroseksueel actieve vrouwen die op moment van bevraging de pil, anticonceptiering of -pleister gebruiken (ACV9) (N=199)

	Percentage
1. eerste week	21.3%
2. tweede week	21.1%
3. derde week	25.8%
4. pilvrije week	23.4%
5. ik neem geen pil/pleister/ringvrije week en gebruik meerdere pilstrips/pleisters/ringen onafgebroken na elkaar	3.2%
N	199

Tabel 34. Vergeten pillen de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve vrouwen die op moment van bevraging de pil gebruiken (ACV10) (N=189)

	Percentage
nooit	56.5%
gemiddeld per pilstrip: 1 pil vergeten	23.0%
gemiddeld per pilstrip: 2 pillen vergeten	9.0%
gemiddeld per pilstrip: 3 pillen vergeten	3.5%
gemiddeld per pilstrip: 4 pillen vergeten	4.2%
gemiddeld per pilstrip: 5 pillen vergeten	2.8%
gemiddeld per pilstrip: 6 pillen vergeten	0.4%
gemiddeld per pilstrip: 7 pillen vergeten	0.2%
gemiddeld per pilstrip: 10 pillen vergeten	0.6%
N	185

Tabel 35. Gebruik van hormonale anticonceptie op moment bevraging, bij seksueel onervaren vrouwen, menopauzale vrouwen, gesteriliseerde of lesbische vrouwen (ACV11) (N=109)

	Percentage
1. Ja	23.1%
2. Nee	76.9%
N	109

Tabel 36. Kennis morning-afterpil, bij alle vrouwen (ACV17) (N=916)

	Percentage
1. Ja	88.8%
2. Nee	11.2%
N	910

Tabel 37. Aantal keer ooit morning-afterpil gebruikt, bij heteroseksueel ervaren vrouwen die morning-afterpil kennen (ACV18) (N=728)

	Percentage
nog nooit	82.1%
1 keer	11.4%
2 keer	3.5%
3 keer	1.6%
4 keer of meer	0.1%
N	724

Tabel 38. Sterilisatie, bij heteroseksueel ervaren mannen (ACM1) (N=810)

	Percentage
1. Ja	11.2%
2. Nee	88.8%
N	805

Tabel 39. Ooit anticonceptie gebruikt, bij heteroseksueel ervaren mannen (ACM2) (N=810)

	Percentage
1. ja	47.3%
2. ik gebruikte nooit anticonceptie, maar degene(n) waarmee ik seks had wel	38.1%
3. ik gebruikte geen anticonceptie, en ik weet niet of degene(n) waarmee ik seks had wel iets gebruikte(n)	3.2%
4. ik noch degene(n) waarmee ik seks had, gebruikte(n) ooit anticonceptie	11.4%
N	770

Tabel 40. Ooit gebruikte anticonceptiemethoden, bij heteroseksueel ervaren mannen die ooit anticonceptie gebruikten (ACM3) (N=364)

	Percentage
1. condoom	98.2%
2. periodieke onthouding of andere ritmemethoden (niet vrijen tijdens vruchtbare periode)	13.3%
3. coïtus interruptus, terugtrekken (man trekt de penis terug voordat hij klaarkomt)	22.1%
4. een andere methode	0.0%
N	364

Tabel 41. Anticonceptiemethoden gebruikt de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve mannen die de laatste zes maanden anticonceptie gebruikten (ACM4) (N=277)

	Percentage
1. ik gebruikte geen anticonceptiemethode, maar degene(n) waarmee ik seks had wel	51.2%
2. ik gebruikte geen anticonceptiemethode, en ik weet niet of degene(n) waarmee ik seks had wel iets gebruikte(n)	2.5%
3. ik noch degene(n) waarmee ik seks had, gebruikte een anticonceptiemethode	17.5%
4. condoom	32.7%
5. periodieke onthouding of andere ritmemethoden (niet vrijen tijdens vruchtbare periode)	1.4%
6. coitus interruptus, terugtrekken (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)	7.1%
7. een andere methode	0.0%
N	277

Tabel 42. Reden(en) geen anticonceptie de laatste zes maanden, bij heteroseksueel actieve mannen die zelf en/of waarbij de partner geen anticonceptie gebruik(en)t (ACM5) (N=193)

	Percentage
1. ik had geen seks waar een partner zwanger van kan worden (bijvoorbeeld orale seks)	6.3%
2. ik had seks met een persoon waarvan ik zeker was dat die geen soa's of hiv had	45.9%
3. ik ben gesteriliseerd	0.0%
4. ik ben onvruchtbaar of minder vruchtbaar	4.2%
5. ik wil graag iemand zwanger maken	5.1%
6. ik vind het niet erg als ik iemand zwanger maak	1.9%
7. het is de taak van devrouw om anticonceptie te gebruiken	1.9%
8. mijn partner gebruikt al anticonceptie	55.2%
9. mijn partner is zwanger	3.1%
10. mijn partner is gesteriliseerd	10.3%
11. mijn partner is onvruchtbaar of minder vruchtbaar	11.1%
12. ik vind het niet leuk om dit te gebruiken	6.4%
13. mijn partner wil niet dat we anticonceptiemethoden gebruiken	0.0%
14. uit geloofsovertuiging	0.0%
15. het gebruik van anticonceptie is ongewoon in mijn cultuur	0.0%
16. omwille van een andere reden	1.9%
N	193

Tabel 43. Frequentie beschermde seksuele contacten, bij heteroseksueel actieve mannen die de laatste zes maanden condoom, periodieke onthouding, ritmemethoden of coïtus interruptus gebruikten (ACM6) (N=102)

	Percentage
1. nooit	4.2%
2. zelden	13.7%
3. soms	17.6%
4. vaak	11.5%
5. altijd of bijna altijd	53.1%
N	102

Tabel 44. Frequentie correct anticonceptiegebruik, bij heteroseksueel actieve mannen die de laatste zes maanden condoom, periodieke onthouding, ritmemethoden of coïtus interruptus gebruikten (ACM7) (N=102)

	Percentage
1. nooit	2.5%
2. zelden	2.0%
3. soms	1.2%
4. vaak	10.8%
5. altijd of bijna altijd	83.4%
N	99

Tabel 45. Gebruiksmoeilijkheid huidige anticonceptiemethode, bij heteroseksueel actieve mannen die op moment bevraging condoom, periodieke onthouding, ritmemethoden of coïtus interruptus gebruikten (ACM8) (N=102)

	Percentage
1. heel moeilijk	0.8%
2. eerder moeilijk	5.4%
3. noch gemakkelijk, noch moeilijk	10.8%
4. eerder gemakkelijk	31.4%
5. heel gemakkelijk	51.6%
N	100

Tabel 46. Kennis morning-afterpil, bij alle heteroseksuele mannen (ACM9) (N=811)

	Percentage
1. Ja	88.3%
2. Nee	11.7%
N	808

Tabel 47. Partner ooit morning-afterpil gebruikt, bij heteroseksueel ervaren mannen die de morning-afterpil kennen (ACM10) (N=713)

	Percentage
1. Ja	19.3%
2. Nee	70.4%
3. Weet niet	10.3%
N	711

2.2.3. Condoomgebruik

Vraagomschrijving

In deze module brengen we volgende aspecten van condoomgebruik in kaart:

- de houding van respondenten ten opzichte van condoomgebruik;
- het ooit gebruikt hebben van condooms/beflapje en de frequentie van condoomgebruik/beflapje de voorbije zes maanden;
- de redenen waarom men de voorbije zes maanden geen condooms heeft gebruikt;
- of men condooms gebruikt in een situatie wanneer men dat zelf of de seks-partner dat niet wil;
- de frequentie van het ervaren van praktische problemen bij het gebruik van condooms de afgelopen zes maanden;
- de mate waarin men al dan niet met een sekspartner communiceert over het gebruiken van condooms en dit over de periode van de voorbije zes maanden.

Deze vragen stellen we via CASI. We leggen ze niet voor aan respondenten ouder dan 50 jaar en niet aan respondenten die de voorbije zes maanden geen seks hadden. We geven hieronder een overzicht van de items die we daarnaast ook aan een beperkt aantal respondenten voorlegden:

Cond2 en Cond3: enkel aan homomannen en lesbische vrouwen;

Cond4: enkel aan homomannen die nog nooit condooms gebruikt hebben;

Cond6: enkel zij die ooit een beflapje gebruikten;

Cond7 en Cond9: enkel zij die ooit een condoom gebruikten;

Cond8: enkel zij die de situatie ervoeren dat zij een condoom wilden gebruiken maar hun partner niet;

Cond10: enkel zij die de situatie ervoeren dat de partner een condoom wilde gebruiken maar zij zelf niet;

Cond11: enkel zij die de laatste zes maanden condooms gebruikten;

Cond12: niet aan respondenten die de voorbije twee weken geen seks hadden, die slechts met één persoon seks hadden de voorbije zes maanden en niet aan respondenten die meer dan 5 maanden samen zijn met een vaste partner.

Vraag

Cond1. Ik zou je enkele vragen willen stellen over jouw houding ten opzichte van condoomgebruik. In welke mate ben je het eens of oneens met elk van de volgende stellingen? Als je vindt dat een bepaalde stelling voor jou niet van toepassing is, kan je dit ook aangeven.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	Niet van toepassing
1. Een condoom gebruiken is een onderbreking van het voorspel.	1	2	3	4	5	6
2. Condooms helpen de seksuele act om zeep.	1	2	3	4	5	6
3. Condooms gebruiken is zeer leuk.	1	2	3	4	5	6
4. Condooms zijn oncomfortabel voor beide partijen.	1	2	3	4	5	6
5. Het gebruik van condooms kan seks meer stimulerend maken.	1	2	3	4	5	6

Cond2. Heb je ooit condooms gebruikt bij het vrijen?

1. ja
2. nee

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie ook paragraaf XX in deel 2 'Kleine aantallen').

Cond3. Hoe vaak heb je de afgelopen 6 maanden condooms gebruikt bij het vrijen?

1. nooit
2. zelden
3. soms
4. vaak
5. altijd of bijna altijd

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie ook paragraaf XX in deel 2 'Kleine aantallen').

Cond5. Heb je ooit een beflapje of een soortgelijk hulpmiddel gebruikt? Een beflapje is een latex voorbehoedsmiddel dat op de vagina of anus wordt gelegd tijdens orale seks om bescherming te bieden tegen soa's.

1. ja
2. nee

Cond6. Hoe vaak heb je in de afgelopen 6 maanden een beflapje gebruikt als je seks had?

1. nooit
2. zelden
3. soms
4. vaak
5. altijd of bijna altijd

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie ook paragraaf XX in deel 2 'Kleine aantallen').

Cond4. Om welke reden heb je de laatste 6 maanden geen condooms gebruikt? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1= aangeduid, 0= niet aangeduid

1. ik had uitsluitend seks met een persoon (personen) waarvan ik zeker was dat die geen soa's of hiv had (hadden)
2. ik vind dit niet leuk
3. de persoon (personen) waarmee ik seks had, vind(en) dit niet leuk
4. omwille van een andere reden, namelijk: (Cond4_4and)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie ook paragraaf XX in deel 2 'Kleine aantallen').

Cond7. Is het jou al overkomen dat jij een condoom wou gebruiken, maar jouw partner niet?

1. ja
2. nee

Cond8. Wat is er toen gebeurd, de laatste keer dat deze situatie zich voordeed?

1. we hebben toch een condoom gebruikt
2. we hebben gevrijd zonder condoom en zonder penetratie
3. we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) maar we hebben het eerst eventjes besproken en het bleek volledig veilig te zijn
4. we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) zonder echt zeker te zijn van de risico's die we liepen
5. we zijn onmiddellijk gestopt met vrijen

Cond9. Is het jou al overkomen dat jij geen condoom wou gebruiken, maar jouw partner wel?

1. ja
2. nee

Cond10. Wat is er toen gebeurd, de laatste keer dat deze situatie zich voordeed?

1. we hebben toch een condoom gebruikt
2. we hebben gevrijd zonder condoom en zonder penetratie
3. we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) maar we hebben het eerst eventjes besproken en het bleek volledig veilig te zijn
4. we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) zonder echt zeker te zijn van de risico's die we liepen
5. we zijn onmiddellijk gestopt met vrijen

Cond11. Heb je in de afgelopen 6 maanden wel eens praktische problemen gehad bij het gebruik van condooms? We bedoelen problemen als afglijden, scheuren, aan de verkeerde kant afrollen.

1. nooit
2. zelden
3. soms
4. vaak
5. altijd of bijna altijd

Cond12. De volgende lijst bevat allemaal zaken waarover mensen kunnen praten voor ze voor de eerste keer seks hebben. Hoe vaak heb jij de voorbije 6 maanden...

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd of bijna Altijd	Weet niet	Geen antwoord
1. Een nieuwe sekspartner gevraagd hoe hij/zij stond tegenover het gebruiken van condooms of een beflapje voor jullie seks hadden?	1	2	3	4	5	6	7
2. Een nieuwe sekspartner gevraagd naar het aantal partners dat hij/zij in het verleden had.	1	2	3	4	5	6	7
3. Een nieuwe sekspartner verteld over het aantal sekspartner dat jij hebt gehad.	1	2	3	4	5	6	7
4. Een nieuwe sekspartner verteld dat je geen seks wilde, tenzij een condoom of beflapje werd gebruikt.	1	2	3	4	5	6	7
5. Met een nieuwe sekspartner gediscussieerd over de noodzaak dat jullie beiden een hiv/aids test ondergaan alvorens seks te hebben?	1	2	3	4	5	6	7
6. Met een nieuwe sekspartner gepraat over het niet hebben van seks tot jullie elkaar langer kennen.	1	2	3	4	5	6	7

7. Een nieuwe sekspartner gevraagd of hij/zij ooit een soa heeft gehad, zoals herpes, chlamydia, syfilis of gonorrroe.	1	2	3	4	5	6	7
8. Een nieuwe sekspartner gevraagd of hij/zij ooit drugs injecteerde, zoals heroïne, cocaïne of speed.	1	2	3	4	5	6	7
9. Gepraat over het feit dat jij of je nieuwe sekspartner ooit homoseksuele ervaringen had.	1	2	3	4	5	6	7
10. Met een nieuwe sekspartner gepraat over anticonceptie (middel om zwangerschap te vermijden) voor jullie voor de eerste keer seks hadden.	1	2	3	4	5	6	7

Motivering

Verskillende determinanten beïnvloeden het stellen van een bepaald (on)veilig seksueel gedrag. Het ‘Integrated Change Model’ (de Vries, Mesters, van de Steeg & Honing, 2005) gaat ervan uit dat gedrag het resultaat is van intenties en mogelijkheden (die het plannen van actie en de vaardigheden om een intentie te vertalen in gedrag omvatten). Fysische barrières kunnen het stellen van een bepaald gedrag alsnog verhinderen (bv. de winkel met condooms is gesloten). Ook motivatie speelt een belangrijke rol in het stellen van bepaald gedrag en wordt bepaald door attitudes, sociale invloeden en zelfeffectiviteit. Motivatie wordt opnieuw bepaald door andere bewustzijnsfactoren zoals de risico-inschatting en de kennis van een persoon. Een aantal achterliggende factoren spelen vervolgens op dit geheel in: gedragsaspecten (levensstijl), psychologische factoren (persoonlijkheid, psychiatrische problematieken), biologische factoren (geslacht), sociale en culturele factoren (beschikbaarheid condooms...) en informatiefactoren (bv. de kwaliteit en de bron van een preventieboodschap).

De frequentie van condoomgebruik brengen we hier in kaart door te vragen of respondenten ooit condooms hebben gebruikt, en daarna of en hoe frequent (van ‘nooit’ tot ‘(bijna) altijd’) ze de voorbije zes maanden condooms hebben gebruikt. De houding van respondenten ten aanzien van condoomgebruik is belangrijk omdat het de motivatie tot condoomgebruik kan bepalen. De redenen waarom men al dan niet condooms gebruikt evenals het ervaren van praktische problemen bij het gebruik van condooms, geven tevens inzicht tot de motivatie voor het al dan niet gebruiken van condooms. Praktische problemen bij condoomgebruik kunnen daarnaast vaardigheden in gebruik van condooms weerspiegelen. Het al dan niet communiceren over condoomgebruik met (mogelijke) sekspartners verwijst dan weer naar de vaardigheden van respondenten om veilig vrijen bespreekbaar te maken met mogelijke partners. Voor het item ‘ervaren van praktische problemen bij het gebruik van condooms’ baseren we ons op het onderzoek ‘Seks in Nederland 2006’ (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006).

Alle items met betrekking tot condoomgebruik leggen we niet voor aan respondenten ouder dan 50 jaar of aan respondenten die de voorbije zes maanden geen seks hebben gehad. Voor de oudste leeftijdsgroep is condoomgebruik weinig relevant gezien het vermijden van een zwangerschap meestal niet aan de orde is door de lage vruchtbaarheid of het niet kunnen of willen vervullen van een kinderwens. Seksueel risicogedrag met betrekking tot besmet geraken met soa en hiv komt ook erg weinig voor in deze leeftijdsgroep. Personen die de voorbije zes maanden geen seks hebben gehad willen we deze items met betrekking tot condoomgebruik niet voorleggen omdat het mogelijk moeilijk is voor deze respondenten om zich dergelijke informatie nog te herinneren. Daarnaast gelden er per specifiek item specifieke filters. Met andere woorden ze worden enkel aan een specifieke subgroep van respondenten aangeboden. Let daarvoor op de melding die tussen haakjes staat bij elke titel van een tabel.

Resultaten

Tabel 48. Houding ten opzichte van condoomgebruik, rijpercentages. (Cond1) (N=1577)

Cond1. Houding ten opzichte van condoomgebruik	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Een condoom gebruiken is een onderbreking van het voorspel.	20.1%	18.1%	18.2%	26.3%	16.6%	1361
2. Condooms helpen de seksuele act om zeep.	22.3%	24.4%	20.8%	21.4%	11.1%	1364
3. Condooms gebruiken is zeer leuk.	29.6%	32.5%	29.2%	6.3%	2.5%	1330
4. Condooms zijn oncomfortabel voor beide partijen.	15.4%	24.6%	26.5%	21.2%	12.3%	1336
5. Het gebruik van condooms kan seks meer stimulerend maken.	29%	29.4%	29.5%	9%	3%	1334

Tabel 49. Ooit beflapje/hulpmiddel gebruikt? (Cond5) (N=1442)

	percentage
Ja	1.4%
Nee	98.6%
N	1432

Tabel 50. Is het jou al overkomen dat jij een condoom wou gebruiken, maar jouw partner niet? (Cond7) (N=678)

	percentage
Ja	14.7%
Nee	85.3%
N	676

Tabel 51. Wat is er toen gebeurd, de laatste keer dat deze situatie zich voordeed? (Cond8) (N=100)

	percentage
1 we hebben toch een condoom gebruikt	42.9%
2 we hebben gevrijd zonder condoom en zonder penetratie	7.4%
3 we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) maar we hebben het eerst eventjes besproken en het bleek volledig veilig te zijn	19.9%
4 we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) zonder echt zeker te zijn van de risico's die we liepen	20.1%
5 we zijn onmiddellijk gestopt met vrijen	9.7%
N	99

Tabel 52. Is het jou al overkomen dat jij geen condoom wou gebruiken, maar jouw partner wel? (Cond9) (N=677)

	percentage
Ja	13.8%
Nee	86.2%
N	675

Tabel 53. Wat is er toen gebeurd, de laatste keer dat deze situatie zich voordeed?
(Cond10) (N=93)

	percentage
<i>1 we hebben toch een condoom gebruikt</i>	68.8%
<i>2 we hebben gevrijd zonder condoom en zonder penetratie</i>	8.1%
<i>3 we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) maar we hebben het eerst eventjes besproken en het bleek volledig veilig te zijn</i>	13.5%
<i>4 we hebben gevrijd zonder condoom (met penetratie) zonder echt zeker te zijn van de risico's die we liepen</i>	5.8%
<i>5 we zijn onmiddellijk gestopt met vrijen</i>	3.8%
N	93

Tabel 54. Frequentie praktische problemen bij condoomgebruik de afgelopen 6 maanden.
(Cond11) (N=163)

	percentage
<i>1 nooit</i>	64.6%
<i>2 zelden</i>	23,4%
<i>3 soms</i>	11%
<i>4 vaak</i>	1%
<i>5 altijd of bijna altijd</i>	0%
N	160

Tabel 55. Frequentie, gedurende de voorbije zes maanden, van communicatie alvorens men een eerste keer seks heeft met iemand; rijpercentages. (Cond12) (N=181)

Cond 12. Frequentie van communicatie alvorens men een eerste keer seks heeft met iemand. Niet voorgelegd aan respondenten die de voorbije twee weken geen seks hadden, die slechts met één persoon seks hadden de voorbije zes maanden en niet aan respondenten die meer dan 5 maanden samen zijn met een vaste partner.	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd of bijna Altijd	Weet niet	N
1. Een nieuwe sekspartner gevraagd hoe hij/zij stond tegenover het gebruiken van condooms of een beflapje voor jullie seks hadden?	55.2%	16.4%	14.5%	5.3%	8.2%	0.4%	170
2. Een nieuwe sekspartner gevraagd naar het aantal partners dat hij/zij in het verleden had.	42.9%	16.7%	15.8%	13.2%	11.1%	0.4%	170
3. Een nieuwe sekspartner verteld over het aantal sekspartner dat jij hebt gehad.	42.4%	22.3%	18.2%	9.2%	7.7%	0.2%	170
4. Een nieuwe sekspartner verteld dat je geen seks wilde, tenzij een condoom of beflapje werd gebruikt.	59.1%	14.2%	11.8%	6.8%	6.9%	1.3%	169
5. Met een nieuwe sekspartner gediscussieerd over de noodzaak dat jullie beiden een hiv/aids test ondergaan alvorens seks te hebben?	72.3%	9.9%	9.7%	3.1%	3.3%	1.8%	169
6. Met een nieuwe sekspartner gepraat over het niet hebben van seks tot jullie elkaar langer kennen.	56.3%	17.9%	11.1%	8.6%	3.8%	2.4%	169
7. Een nieuwe sekspartner gevraagd of hij/zij ooit een soa heeft gehad, zoals herpes, chlamydia, syfilis of gonorroe.	71.5%	11.2%	8.9%	2.9%	4.1%	1.4%	168
8. Een nieuwe sekspartner gevraagd of hij/zij ooit drugs injecteerde, zoals heroïne, cocaïne of speed.	68%	11.7%	9.5%	3.8%	5.3%	1.8%	169
9. Gepraat over het feit dat jij of je nieuwe sekspartner ooit homoseksuele ervaringen had.	76.4%	10.2%	8.1%	1.2%	2.7%	1.4%	162
10. Met een nieuwe sekspartner gepraat over anticonceptie (middel om zwangerschap te vermijden) voor jullie voor de eerste keer seks hadden.	40.5%	10.5%	13.6%	12.9%	20.5%	2%	164

2.2.4. Soa/hiv

Vraagomschrijving

Respondenten die eerder in de vragenlijst aangeven dat ze ooit al seks hebben gehad, krijgen vragen over hiv, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en hun testgedrag hierop (Hivsoa1-9). De vraag over testgedrag zijn overgenomen uit internationaal onderzoek (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006) Hivsoa1&2, Hivsoa5&6 peilen naar het testgedrag en de frequentie van het testgedrag voor hiv en soa's gedurende de volledige levensloop. Respondenten die zich reeds hebben laten testen op hiv geven ook aan hoe vaak ze dit reeds lieten doen (Hivsoa2) en of ze seropositief zijn (Hivsoa3). Respondenten die seropositief zijn geven aan hoe ze besmet raakten (Hivsoa4).

Analoog aan de vraagstelling voor hiv, ontvangen alle seksueel ervaren respondenten vragen over hun testgedrag voor soa's en de frequentie daarvan (Hivsoa5&6) Respondenten die een of meerdere soa's hebben doorgemaakt, duiden in een lijst (Hivsoa8) de bewuste soa's aan en de leeftijd toen ze die laatst doormaakten. Tevens heeft deze groep respondenten de mogelijkheid om andere soa te vermelden die niet in de lijst vermeld staan (Hivsoa9). Brits, Amerikaans en Frans onderzoek (Bakker & Vanwesenbeeck, 2002; Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Brug et al, 2010) diende als basis voor de lijst met soa. Het deel HIV en seksueel overdraagbare aandoeningen wordt volledig in CASI bevraagd.

Vraag

Seksueel contact kan bepaalde risico's met zich meebrengen. Één hiervan is het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en hiv (het virus dat aids veroorzaakt).

Hivsoa1. Heb jij je ooit al laten testen op hiv?

1. Ja
2. Nee

Hivsoa2. Hoe vaak heb jij je al laten testen op hiv?

1. keer
2. Ik weet het niet (code 9998)

Hivsoa3. Heb jij hiv?

1. ja
2. nee
3. ik weet het niet (Code 9998)

Hivsoa4. Hoe ben je met hiv besmet geraakt?

1. Door een seksueel contact
2. Niet door een seksueel contact (bv. Bloedtransfusie, intraveneus druggebruik)
3. Ik weet het niet (code 9998)

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd gezien geen van de respondenten vraag Hivsoa3 positief beantwoordde.

Hivsoa5. Heb jij je ooit al laten testen op andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) dan hiv?

1. Ja
2. Nee

Hivsoa6. Hoe vaak heb jij je al laten testen op soa's?

1. keer
2. Ik weet het niet (code 9998)

Hivsoa7. Heb jij ooit een andere soa dan hiv gehad?

1. ja
2. nee

Hivsoa8. Er volgt nu een lijstje met aandoeningen die soms via seksueel contact worden doorgegeven, maar dit is niet altijd het geval. Kan je in de volgende lijst aanduiden welke aandoeningen je ooit gehad hebt en hoe oud je toen ongeveer was? Als je eenzelfde aandoening meerdere keren gehad hebt, vragen we je naar de leeftijd waarop je het laatst deze aandoening hebt gehad.

	Gehad	Leeftijd
1. chlamydia	1	.....
2. gonorroe ('druiper')	1	.....
3. herpes ter hoogte van de geslachtsdelen	1	.....
4. genitale wratten	1	.....
5. trichomonas	1	.....
6. syfilis	1	.....
7. bacteriële vaginose	1	.....
8. candida (schimmelinfectie)	1	.....
9. hepatitis A	1	.....
10. hepatitis B	1	.....
11. hepatitis C	1	.....
12. niet-specifieke urethritis (ontsteking van de plasbuis zonder duidelijke oorzaak)	1	.....
13. schaamluis	1	.....
14. schurft	1	.....
15. andere seksueel overdraagbare aandoening	1	.....
16. dat weet ik niet	1	.....

De resultaten voor het deel van deze vraag naar leeftijd worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Hivsoa9. Je gaf aan dat je ook nog een andere soa hebt gehad. Welke was dat?
 (open vraag)

Motivering

Soa's worden voornamelijk overgedragen via (onbeschermd) seksueel contact: orale, vaginale of anale seks. Sommige soa's (hiv, syfilis, hepatitis B) kunnen ook worden overgedragen via contact met bloed: van moeder op kind, via intraveneus druggebruik, bloedtransfusies, prikaccidenten of onhygiënisch aangebrachte tatoeages/piercings. Ook 'traumatische' seksuele activiteiten zoals 'fisting' kunnen via bloedcontact leiden tot overdracht van bepaalde soa's (hepatitis C). Daarnaast zijn sommige soa's ook overdraagbaar via speeksel (hepatitis B, herpes, syfilis) of via huidcontact of het gezamenlijk gebruik van handdoeken (schaamluizen, schurft, genitale wratten) (Beaujean, Taal & van Bergen, 2011).

De vragenlijst bevat een aantal vragen rond **testgedrag voor hiv/soa**. Het Health Belief Model (Rosenstock, 1974) verklaart in dit opzicht waarom mensen bepaalde gezondheidsgedragingen (zoals zich laten testen op hiv/soa) stellen. Het model bevat variabelen zoals de waargenomen gezondheidsdreiging (risicoperceptie), vatbaarheid en ernst enerzijds en waargenomen voordelen van en barrières voor het gedrag anderzijds. De Protectie Motivatie Theorie (Rogers, 1975; 1983) deelt gedrag op in 'adaptieve respons' (gezond gedrag) en 'maladaptieve respons' (ongezond gedrag). Twee processen worden daarbij onderscheiden: een proces gericht op het inschatten van de dreiging en een proces gericht op het inschatten van de eigen *coping*-strategieën. (Brug e.a., 2010)

Door het stellen van deze vragen kunnen we de impact van een hiv- of soa-diagnose op (on)beschermd seksueel gedrag, seksualiteitsbeleving en het voorkomen van seksuele disfuncties nagaan. Wat betreft de **impact van een diagnose** op seksueel gedrag stelt zowel het Health Belief Model (Janz & Becker, 1984) als het Informatie Motivatie Gedragsmodel (Fisher & Fisher, 1992) dat een soa-diagnose zal leiden tot een hogere waargenomen eigen kwetsbaarheid en dus een vermijding van toekomstig risicogedrag. Een onderzoek bij adolescente meisjes (Kershaw et al., 2004) toont echter aan dat een recente soa-diagnose geen gedragsverandering op lange termijn met zich meebrengt.

Samengevat kunnen we determinanten van gedrag dus opdelen in verschillende niveaus (Brug, van Assema & Lechner, 2010). Ten eerste spelen **persoonlijke (psychosociale) determinanten** een rol. Het gaat om zaken als kennis (over hiv/soa en preventiemiddelen) (De Graaf, Meijer, Poelman, Van Wesenbeeck, 2005); attitudes

en intenties (over condoomgebruik) (Bakker, 2005); risico-inschatting – vooral jongvolwassenen schatten hun risico op soa laag in – (Verhoogen, 2007); inschatting van de ernst van het probleem (Bakker & Vanwesenbeeck, 2002); seksueel zelfbeeld en eigen-effectiviteit (vaardigheden en bespreekbaarheid condoomgebruik). Uit onderzoek (Hospers et al., 2003) blijkt dat de eigen-effectiviteit beïnvloed wordt door de omstandigheden van het seksueel contact: alcohol- of druggebruik, motivatie voor seks, verliefd zijn, de partner mooi vinden, seksuele opwindings... Verder wijst literatuur uit dat bij MSM (mannen die seks hebben met mannen) stigmabewustzijn, seksuele compulsiviteit (seksverslaving), seksuele disfuncties (erectieproblemen) en depressie verband kunnen houden met seksueel risicogedrag (De Wit & Adam, 2004; Adam, Husbands, Murray & Maxwell, 2003). Ten tweede beschrijft de literatuur een aantal **contextuele determinanten** die verband houden met de fysieke, sociale, economische en politieke omgeving: onder meer opvattingen over seksualiteit in de samenleving en onder leeftijdsgenoten –vooral bij jongeren een belangrijke factor – (Verhoogen, 2007); een open gesprekscultuur over seksualiteit (met onder meer de ouders) en beschikbaarheid van preventiemiddelen.

Resultaten

Tabel 56. Ooit getest op hiv, bij seksueel ervaren respondenten (Hivsoa1) (N=1691)

	Percentage
1. Ja	29.9%
2. Nee	70.1%
N	1690

Tabel 57. Frequentie testgedrag op hiv, bij seksueel ervaren respondenten die zich ooit lieten testen op hiv (Hivsoa2) (N=506)

	Percentage
1 keer	52.5%
2 keer	13.3%
3 keer	4.7%
Tussen 4 en 10 keer	9.7%
Tussen 15 en 50 keer	1.2%
Ik weet het niet	18.5%
N	496

Tabel 58. Seropositieve status, bij seksueel ervaren respondenten die zich ooit lieten testen op hiv (Hivsoa3) (N=506)

	Percentage
1. Ja	0.0%
2. Nee	98.5%
Ik weet het niet	1.5%
N	504

Tabel 59. Ooit getest op soa, bij seksueel ervaren respondenten (Hivsoa5) (N=1691)

	Percentage
1. Ja	13.1%
2. Nee	86.9%
N	1690

Tabel 60. Frequentie testgedrag soa, bij seksueel ervaren respondenten die zich ooit lieten testen op soa (Hivsoa6) (N=221)

	Percentage
1 keer	37.1%
2 keer	17.4%
3 keer	6.0%
Tussen 4 en 10 keer	9.9%
Tussen 15 en 50 keer	1.7%
Ik weet het niet	26.0%
N	221

Tabel 61. Ooit soa diagnose, bij seksueel ervaren respondenten (Hivsoa7) (N=1691)

	Percentage
1. Ja	3.8%
2. Nee	96.2%
N	1690

Tabel 62. Prevalentie en leeftijd waarop laatst soa, bij seksueel ervaren respondenten die aangeven ooit met soa te zijn gediagnosticeerd (Hivsoa8) (N=65)

	Prevalentie	Gemiddelde leeftijd ± standaarddeviatie
1. <i>chlamydia</i>	2.6%	
2. <i>gonorroe</i> ('druiper')	1.2%	
3. <i>herpes</i> ter hoogte van de geslachtsdelen	1.2%	
4. <i>genitale wratten</i>	4.0%	
5. <i>trichomonas</i>	0.3%	
6. <i>syfilis</i>	0.0%	
7. <i>bacteriële vaginose</i>	0.0%	
8. <i>candida</i> (<i>schimmelinfectie</i>)	2.9%	
9. <i>hepatitis A</i>	0.0%	
10. <i>hepatitis B</i>	0.0%	
11. <i>hepatitis C</i>	0.0%	
12. <i>niet-specifieke urethritis</i> (<i>ontsteking van de plasbuis zonder duidelijke oorzaak</i>)	0.3%	
13. <i>schaamluis</i>	1.1%	
14. <i>schurft</i>	0.3%	
15. <i>andere seksueel overdraagbare aandoening</i>	0.3%	
16. <i>dat weet ik niet</i>	1.2%	
N		65

Gezien de resultaten in deze tabel gebaseerd zijn op een substeekproef tussen N=50 en N=100, moet deze tabel met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd (zie deel 2, paragraaf 2.1).

2.2.5. Seksuele intrede

We bevragen verschillende aspecten van de seksuele intrede. Vooreerst dient het gebruik van de termen ‘seks’ en ‘geslachtsgemeenschap’ te worden verduidelijkt. De term ‘seks’ definieerden we op een ruime manier als volgt: *‘allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is, dus het aanraken van de geslachtsdelen van iemand anders’*. Geslachtsgemeenschap definiëren we op een engere manier, namelijk: *‘penetratie van de penis in de vagina of anus’*. De klemtoon ligt op de bevraging van ‘seks’, dus in de ruimere betekenis van het woord. Echter, waar relevant bevragen we ook ‘geslachtsgemeenschap’.

2.2.5.1. Eerste tongzoen

Vraagomschrijving

De eerste ervaring met tongzoenen brengen we in kaart aan de hand van vier indicatoren: al ooit ervaring met tongzoenen gehad; het geslacht van de persoon waarmee die eerste tongzoen plaatsvond; de leeftijd waarop de eerste tongzoen plaatsvond;

en de leeftijd van degene waarmee de respondent voor het eerst tongzoende. Deze vragen werden opgenomen in het CASI deel.

Vraag

ST6. Heb je ooit met iemand getongzoend?

- 1. *ja*
- 2. *nee*

ST7. Was die eerste tongzoen met een:

- 1. *Jongen/Man*
- 2. *Meisjes/Vrouw*

ST8. Hoe oud was je ongeveer toen je voor de eerste keer met iemand tongzoende?
 *Jaar oud*

ST9. Hoe oud was degene waarmee je voor het eerst tongzoende ongeveer?
 *Jaar oud*

Motivering

De eerste tongzoen kan gezien worden als de start van het seksuele traject. Na de eerste tongzoen gaan jongeren doorgaans evolueren naar meer en meer intiem seksueel gedrag, alvorens uiteindelijk de eerste ervaring met geslachtsgemeenschap te hebben. De totale duur van dit traject tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap, kan belangrijke informatie geven over de mate waarin men er toen klaar was, en een kort seksueel traject werd eerder al gecorreleerd aan seksueel risicogedrag. Een jongere die het seksueel traject snel doorloopt, zou minder zijn voorbereid op de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het stellen van seksueel intiem gedrag dan een jongere die dit traject meer gradueel doorloopt (de Graaf, Vanwesenbeeck, Meijer, Woertman & Meeus, 2009). De gemiddelde duur tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap bedraagt in Vlaanderen vier jaar (Beyers, 2010). Zowel Nederlands als Vlaams onderzoek toont aan dat de overgrote meerderheid van de jongeren een graduele seksuele ontwikkeling doormaken, maar bij degenen die het traject snel doorlopen wordt ook meer seksueel risicogedrag (de Graaf et al., 2009) en andere vormen van probleemgedrag gerapporteerd (Beyers, 2010).

Resultaten

Tabel 63. Ooit getongzoend (ST6) (N=1825).

	Percentage
<i>Ja</i>	95.8%
<i>Nee</i>	4.2%
<i>N</i>	1825

Tabel 64. Geslacht van de persoon waarmee de eerste tongzoen plaatsvond (ST7) (N=1748).

	Mannelijke respondenten	Vrouwelijke respondenten
Eerste keer met een jongen/man	1.7%	98%
Eerste keer met een meisje/vrouw	98.3%	2%
N	871	877

Tabel 65. Leeftijd bij de eerste tongzoen (ST8) (N=1748).

	Percentage	Cumulatief percentage
Jonger dan 12 jaar	3.6%	3.6%
12 jaar oud	8.2%	11.8%
13 jaar oud	10.2%	21.9%
14 jaar oud	16.9%	38.6%
15 jaar oud	14.8%	53.2%
16 jaar oud	17.1%	70.1%
17 jaar oud	8.8%	78.8%
18 jaar oud	8.1%	86.8%
19 jaar oud	2.4%	89.1%
Ouder dan 19 jaar	10.9%	100%
N	1531	

Tabel 66. Leeftijd partner bij de eerste tongzoen (ST9) (N=1748).

	Percentage	Cumulatief percentage
Jonger dan 12 jaar	3.3%	3.3%
12 jaar oud	5.2%	8.6%
13 jaar oud	7.3%	15.9%
14 jaar oud	13.0%	28.8%
15 jaar oud	15.4%	44.2%
16 jaar oud	16.7%	61.0%
17 jaar oud	12.1%	73.1%
18 jaar oud	9.2%	82.3%
19 jaar oud	4.1%	86.3%
Ouder dan 19 jaar	13.7%	100%
N	1472	

2.2.5.2. Masturbatie

Vraagomschrijving

Deze vragen peilen naar de ervaring met masturbatie. We gaan na of men ooit al gemasturbeerd heeft. Indien men hierop bevestigend antwoordt vragen we bijkomend hoe oud men was toen men voor het eerst masturbeerde. Deze vragen werden opgenomen in het CASI deel.

Vraag

ST5. *Heb je ooit gemasturbeerd?*

1. *ja*
2. *nee*

ST6. *Hoe oud was je toen je dit voor de eerste keer deed?*

1. jaar oud (*open antwoord*)
2. *dat weet ik niet meer*

Motivering

Onderzoek toont aan dat masturbatie een normaal onderdeel is van de seksuele ontwikkeling van kinderen (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2004). Retrospectief onderzoek naar het begin van masturbatie toonde aan dat het gemiddelde rond 12 jaar ligt, maar vele kinderen zeggen ook dat ze dit veel eerder deden. Jongens beginnen vaak met masturberen rond het begin van de puberteit, terwijl bij meisjes de spreiding over de leeftijd veel groter is (Larsson en Svedin, 2002; Bancroft, Herbenick & Reynolds, 2003). Over het algemeen zien we dat meer jongens dan meisjes masturberen. Onderzoek bij 14- tot 15-jarigen vond bij jongens een percentage van 68% dat aangaf te masturberen, terwijl dit percentage bij meisjes 31% bedroeg (Brugman, Goedhart, Van Zessen & Vogels, 1995).

Bij volwassenen wordt masturbatie beschouwd als een veilige seksuele activiteit. Het wordt aangeraden als een manier om meer vertrouwd te raken met het eigen lichaam en de eigen seksuele responsen (Zamboni & Crawford, 2002). In een Brits bevolkingsonderzoek vond men dat 95% van de mannen en 71.2% van de vrouwen tussen 16 en 44 jaar ooit gemasturbeerd heeft (Gerressu, Mercer, Graham, Wellings, Johnson, 2008).

Resultaten

Tabel 67. Ooit gemasturbeerd (ST3) ($N=1825$).

	Percentage
<i>Ja</i>	82.1%
<i>Nee</i>	17.9%
<i>N</i>	1825

Tabel 68. Leeftijd eerste keer masturbatie (ST3_Leeftijd) (N=1498).

	Percentage	Cumulatief percentage
<i>Jonger dan 12 jaar</i>	8.1%	8.1%
<i>12 jaar</i>	11.9%	20.0%
<i>13 jaar</i>	13.6%	33.6%
<i>14 jaar</i>	18.0%	51.7%
<i>15 jaar</i>	15.1%	66.7%
<i>16 jaar</i>	10.5%	77.2%
<i>17 jaar</i>	6.3%	83.5%
<i>18 jaar</i>	5.8%	89.3%
<i>19 jaar</i>	2.2%	91.6%
<i>Ouder dan 19 jaar</i>	8.4%	100%
<i>N</i>	994	

2.2.5.3. Eerste keer seks en geslachtsgemeenschap

Vraagomschrijving

Aan de hand van vier vragen willen we weten of de respondent al seks of geslachtsgemeenschap heeft gehad en wat het geslacht was van die eerste seksuele partner. We bevragen daarbij zowel het eerste seksuele contact in de ruimere betekenis van het woord, als de eerste keer geslachtsgemeenschap. Aangezien ‘geslachtsgemeenschap’ verwijst naar penetratie van de penis in de vagina of anus, is deze term niet van toepassing op lesbische seksuele contacten. Voor deze contacten wordt daarom uitsluitend ‘de eerste keer seks’ bevroegd.

Om te beginnen vragen we of de respondent al ervaring heeft met seks in de ruime betekenis van het woord. Indien de respondent aangeeft al eens seks te hebben gehad, vragen we naar het geslacht van de persoon waarmee dat eerste seksuele contact plaatsvond. Indien het ging om een lesbisch seksueel contact, wordt onmiddellijk doorgeslagen naar de bevraging van de context waarin dat eerste seksuele contact plaatsvond en de beleving ervan. Indien het eerste seksuele contact hetero- of homoseksueel was, vragen we of de respondent ook al ervaring heeft met geslachtsgemeenschap, dus penetratie van de penis in de vagina of anus. Deze vragen werden opgenomen in het CASI deel.

Vraag

ST10. Heb je al ooit seks gehad? Met seks bedoelen we allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is, dus het aanraken van de geslachtsdelen van iemand anders. We hebben het hier uitsluitend over seks die door jou gewenst was/die je zelf graag wou.

1. *Ja*
2. *Nee*

ST11a-ST11b. (ST11a voor mannen en ST11b voor vrouwen) Wat was het geslacht van de persoon waarmee je voor de eerste keer seks had?

1. *Man*
2. *Vrouw*

ST12. Heb je al ooit geslachtsgemeenschap gehad (penetratie van de penis in de vagina of anus)?

1. *Ja*
2. *Nee*

ST13. Wat was het geslacht van de persoon waarmee je voor de eerste keer geslachtsgemeenschap had?

1. *Man*
2. *Vrouw*

Motivering

Deze vragen zijn noodzakelijke filtervragen voor het verdere verloop van de vragenlijst. Afhankelijk van de seksuele ervaringen van de respondent, krijgt deze andere vragen.

Resultaten

Tabel 69. Ooit seks gehad (ST10) (N=1825).

	Percentage
<i>Ja</i>	92.7%
<i>Nee</i>	7.3%
<i>N</i>	1825

Tabel 70. Geslacht van de persoon waarmee men de eerste keer seks had (ST11a – ST11b) (N=1691).

	Mannelijke respondenten	Vrouwelijke respondenten
Eerste keer met een man	3.5%	98.4%
Eerste keer met een vrouw	96.5%	1.6%
N	840	850

Tabel 71. Ooit geslachtsgemeenschap gehad, bij respondenten die al seks hebben gehad met uitzondering van vrouwen voor wie de eerste keer seks met een vrouw was (ST12) (N=1678).

	Percentage
Ja	97.3%
Nee	2.7%
N	1677

Tabel 72. Geslacht van de persoon waarmee men voor het eerst geslachtsgemeenschap had, bij mannelijke respondenten die al geslachtsgemeenschap hebben gehad (ST13) (N=814).

	Percentage
Man	2.0%
Vrouw	98.0%
N	814

2.2.5.4. Context en beleving bij de eerste keer seks/geslachtsgemeenschap

Vraagomschrijving

De respondenten die al eens geslachtsgemeenschap hebben gehad (of seks indien het ging om een eerste lesbisch contact), bevragen we verder over de context waarin deze eerste keer plaatsvond en de beleving ervan. We bevragen de volgende context- en belevingsfactoren: leeftijd waarop de respondent voor het eerst geslachtsgemeenschap/seks had; leeftijd van degene waarmee de respondent voor het eerst geslachtsgemeenschap/seks had; de ervaring van pijn; het voorkomen van bloedverlies; de beleving van de eerste keer; en het gevoel er toen klaar voor te zijn. Deze vragen werden opgenomen in het CASI deel.

Vraag

- C1. Hoe oud was je toen je voor het eerst met iemand geslachtsgemeenschap/ seks had?
1. Jaar oud
 2. Dat weet ik niet meer

C2. *Hoe oud was degene waarmee je toen voor het eerst geslachtsgemeenschap/ seks had?*

1. Jaar oud
2. *Dat weet ik niet meer*

C3. *Had je pijn bij die eerste keer geslachtsgemeenschap/ seks?*

1. *Ja*
2. *Nee*
3. *Dat weet ik niet meer*

C4. *Had je bloedverlies tijdens of nadat je de eerste keer geslachtsgemeenschap had/seks had?*

1. *Ja*
2. *Nee*
3. *Dat weet ik niet meer*

C5.	Hoe heb je deze eerste keer beleefd?
<i>Heel negatief</i>	1
<i>Eerder negatief</i>	2
<i>Noch negatief noch positief</i>	3
<i>Eerder positief</i>	4
<i>Heel positief</i>	5

C6.	Achteraf gezien, in welke mate denk je dan nu dat je er toen klaar voor was?
<i>Helemaal niet</i>	1
<i>Eerder niet</i>	2
<i>Noch wel, noch niet</i>	3
<i>Eerder wel</i>	4
<i>Helemaal wel</i>	5

Motivering

We kozen ervoor om een aantal contextfactoren te bevragen waarvan uit onderzoek blijkt dat zij belangrijk zijn bij de seksuele intrede, en dan voornamelijk factoren die van die seksuele intrede een positieve ervaring maken. Een eerste evidente en vaak onderzochte factor, is de leeftijd waarop de seksuele intrede plaatsvond. In onderzoek ligt de klemtoon op vroege seksuele initiatie. Dit kan deels te verklaren zijn vanuit een normatieve insteek, maar ook vanuit de vermeende negatieve gevolgen van een vroege seksuele intrede voor zowel de fysieke als de mentale gezondheid van de jongere (O'Donnell, O'Donnell & Stueve, 2001; Armour & Haynie, 2007). Anderzijds worden ook negatieve gevolgen van een laattijdige seksuele intrede vastgesteld, zoals vroegtijdige ejaculatie bij mannen (Sandfort, Orr, Hirsch & Santelli, 2008).

Een andere vaak bestudeerde contextuele factor bij de seksuele intrede, is de leeftijd van de partner. Een groot leeftijdsverschil wordt vaak als een risico beschouwd

omwille van het vermeende machtsverschil in de relatie; zeker indien één van beide partners nog erg jong is (Abma, Driscoll & Moore, 1998). Zowel bij jongens als bij meisjes, wordt vaker een gevoel van spijt over de eerste keer gerapporteerd naarmate de partner ouder was. Bij jongens worden ook vaker gevoelens van spijt vastgesteld naarmate de partner jonger was (Mercer et al., 2006).

De ervaring van pijn bij het eerste seksuele contact (voornamelijk gerapporteerd door vrouwen), kan de emotionele beleving van dat eerste contact sterk kleuren (Weiss, 1983). Daarom is het een belangrijke factor om mee op te nemen bij de beleving van de eerste keer.

Rond bloedverlies bij de ontmaagding bestaan heel wat taboes. In tegenstelling tot wat velen denken, bloedt niet iedere vrouw bij de ontmaagding. Bloedverlies kan ook voorkomen bij mannen, indien het gaat om anale penetratie bij een homoseksueel contact of indien er een probleem is met de voorhuid. Aan de hand van deze vraag, kan hier meer duidelijkheid over komen.

Resultaten

Tabel 73. Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C1) (N=1645).

	Percentage	Cumulatief percentage
<i>Jonger dan 12 jaar</i>	0.1%	0.1%
<i>12 jaar oud</i>	0.3%	0.5%
<i>13 jaar oud</i>	1.6%	2.1%
<i>14 jaar oud</i>	5.2%	7.2%
<i>15 jaar oud</i>	8.8%	16.0%
<i>16 jaar oud</i>	11.5%	27.5%
<i>17 jaar oud</i>	15.1%	42.6%
<i>18 jaar oud</i>	19.4%	62.0%
<i>19 jaar oud</i>	8.9%	70.9%
<i>20 jaar oud</i>	8.5%	79.4%
<i>21 jaar oud</i>	5.0%	84.4%
<i>22 jaar oud</i>	4.1%	88.5%
<i>23 jaar oud</i>	4.0%	92.5%
<i>24 jaar oud</i>	2.5%	95.1%
<i>25 jaar of ouder</i>	4.9%	100%
N	1502	

Tabel 74. Leeftijd van de partner bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C2) (N=1645).

	Percentage	Cumulatief percentage
<i>Jonger dan 12 jaar</i>	0.4%	0.4%
<i>12 jaar oud</i>	0.3%	0.7%
<i>13 jaar oud</i>	0.9%	1.7%
<i>14 jaar oud</i>	2.2%	3.9%
<i>15 jaar oud</i>	5.7%	9.6%
<i>16 jaar oud</i>	11.3%	20.9%
<i>17 jaar oud</i>	11.6%	32.6%
<i>18 jaar oud</i>	16.7%	49.3%
<i>19 jaar oud</i>	10.8%	60.0%
<i>20 jaar oud</i>	11.8%	71.9%
<i>21 jaar oud</i>	6.4%	78.3%
<i>22 jaar oud</i>	4.7%	83.0%
<i>23 jaar oud</i>	5.1%	88.1%
<i>24 jaar oud</i>	3.0%	91.0%
<i>25 jaar of ouder</i>	9%	100%
N	1478	

Tabel 75. Pijn bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C3) (N=1645).

	Mannen	Vrouwen
<i>Ja</i>	6.0%	53.9%
<i>Nee</i>	94.0%	46.1%
N	764	725

Tabel 76. Bloedverlies bij de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C4) (N=1645).

	Mannen	Vrouwen
<i>Ja</i>	2.6%	58.9%
<i>Nee</i>	97.4%	41.1%
N	785	728

Tabel 77. Beleving van de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C5) (N=1645).

	Percentage
<i>Heel negatief</i>	3.3%
<i>Eerder negatief</i>	11.5%
<i>Noch negatief noch positief</i>	28.1%
<i>Eerder positief</i>	40.8%
<i>Heel positief</i>	16.3%
N	1640

Tabel 78. Het gevoel klaar te zijn voor de eerste geslachtsgemeenschap/eerste keer seks indien dit een lesbisch contact was (C6) (N=1645).

	Percentage
Helemaal niet	6.5%
Eerder niet	11.9%
Noch wel, noch niet	14.5%
Eerder wel	36.8%
Helemaal wel	30.2%
N	1642

2.2.5.5. Bescherming tegen soa en zwangerschap bij de eerste keer seks of geslachtsgemeenschap

Vraagomschrijving

We bevragen het gebruik van een condoom en andere anticonceptie bij de eerste geslachtsgemeenschap, of het eerste seksuele contact indien het gaat om een lesbisch contact. Bij een homoseksueel of lesbisch contact bevragen we uitsluitend het gebruik van een condoom, respectievelijk het gebruik van een condoom of een beflapje. Indien het eerste contact heteroseksueel was, bevragen we naast het gebruik van een condoom ook het gebruik van andere anticonceptie. Daarbij maken we een onderscheid tussen een hormonale anticonceptiemethode, een ritmemethode en terugtrekking van de penis voor het klaarkomen. Deze vragen werden opgenomen in het CASI deel.

Vraag

C7. (indien homoseksueel contact) Heb je toen een condoom gebruikt? (indien lesbisch contact) Heb je toen een condoom/beflapje gebruikt?

- 1. Ja
- 2. Nee

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

C8. Heb je toen iets gedaan om zwangerschap of besmetting met een soa/hiv te voorkomen? Duid alles aan wat van toepassing is.	Ja	Nee
1. Een condoom	1	2
2. Hormonale anticonceptie (zoals de pil, het spiraal, hormoonpleister, ...)	1	2
3. Periodieke onthouding of een andere ritmemethode (niet vrijen tijdens vruchtbare periode)	1	2
4. Coïtus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)	1	2

Motivering

Bij de eerste (heteroseksuele) geslachtsgemeenschap, is het condoom de meest gebruikte methode om zich te beschermen tegen soa, hiv of zwangerschap. Onderzoek toont aan dat een minderheid van de vrouwen reeds bij de eerste geslachtsgemeenschap een hormonale anticonceptiemethode gebruikt (Parkes, Wight, Henderson, Stephenson & Strange, 2009; Svare, Krüger Kjaer, Thomsen & Bock, 2002). Het gebruik van een condoom of andere anticonceptiemethode bij de eerste geslachtsgemeenschap, kan een indicatie zijn van de omstandigheden waarin die eerste keer plaatsvond. Indien de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvond op een erg jonge leeftijd, is de kans kleiner dat een condoom of andere anticonceptiemethode werd gebruikt (Manning, Longmore & Giordano, 2000). Dit verband tussen leeftijd en condoomgebruik werd ook teruggevonden bij het eerste anale seksuele contact bij homoseksuele mannen (Balthasar, Jeannin & Dubois-Arber, 2009). Ook naarmate het leeftijdsverschil met de eerste partner groter is, slagen jongeren er minder goed in om zich bij de eerste keer te beschermen tegen soa, hiv of zwangerschap (Manning et al., 2000). Rond het gebruik van een condoom of beflapje bij het eerste seksuele contact bij lesbiënnes, is minder geweten.

Resultaten

Tabel 79. Contraceptiegebruik bij de eerste (heteroseksuele) geslachtsgemeenschap (C8) ($N=1616$).

	Ja	Nee	(N)
1. Een condoom	41.1%	58.9%	1616
2. Hormonale anticonceptie (zoals de pil, het spiraal, hormoonpleister, ...)	25.7%	74.3%	1616
3. Periodieke onthouding of een andere ritmemethode (niet vrijen tijdens vruchtbare periode)	3.5%	96.5%	1616
4. Coïtus interruptus (man trekt voor het klaarkomen de penis terug uit de vagina)	12.1%	87.9%	1616

2.2.5.6. Seksuele ervaringen indien nog nooit geslachtsgemeenschap gehad

Vraagomschrijving

Indien de respondent al seks maar nog geen geslachtsgemeenschap heeft gehad, brengen we de seksuele handelingen in kaart waarmee de respondent al ervaring heeft. Ook indien de respondent nog geen seks heeft gehad, bevragen we de ervaringen van de respondent met een aantal (seksuele) handelingen dewelke buiten onze definitie van seksueel contact vallen. Vrouwen waarbij het eerste seksuele contact een lesbisch contact was, krijgen deze vraag niet aangeboden aangezien een eerste lesbisch seksueel contact bij de bevraging werd gelijkgesteld aan een eerste geslachtsgemeenschap. De bevraging gebeurt aan de hand van een lijst met mogelijke seksuele handelingen, waarop de respondent kan aangeven welke handelingen hij of zij al eens heeft gedaan. Indien de respondent wel al seks heeft gehad maar nog geen geslachtsgemeenschap, is de lijst met mogelijke seksuele handelingen iets uitgebreider dan de lijst voor mensen die nog nooit seks hebben gehad. Deze vragen werden opgenomen in het CASI deel.

Vraag

RGS1.	Je gaf aan dat je nog nooit seks hebt gehad. Kan je aanduiden of je al dan niet al één van de onderstaande dingen met iemand anders hebt gedaan?	Ja	Nee
1.	Knuffelen	1	2
2.	Strelen boven de kleren	1	2
3.	Strelen onder de kleren	1	2
4.	Naakt bij elkaar liggen	1	2
5.	Elkaars naakte lichaam strelen	1	2
6.	Droog vrijen (seks waarbij met de geslachtsdelen tegen het lichaam of de geslachtsdelen van de andere persoon wordt gewreven)	1	2
7.	Andere (hiermee bedoelen we andere handelingen dan diegene die hierboven staan om seksueel opgewonden te worden of iemand op te winden)	1	2
RGS2.	Je gaf aan dat je nog nooit geslachtsgemeenschap hebt gehad. Kan je aanduiden welk van de onderstaande dingen met iemand anders hebt gedaan?	Ja	Nee
1.	Knuffelen	1	2
2.	Strelen boven de kleren	1	2
3.	Strelen onder de kleren	1	2
4.	Naakt bij elkaar liggen	1	2
5.	Elkaars naakte lichaam strelen	1	2
6.	Droog vrijen (seks waarbij met de geslachtsdelen tegen het lichaam of de geslachtsdelen van de andere persoon wordt gewreven)	1	2
7.	De geslachtsdelen van de andere persoon met de hand stimuleren of aanraken	1	2
8.	Pijpen of beffen (orale seks geven)	1	2
9.	Gepijpt of gebeft worden (orale seks ontvangen)	1	2
10.	Gebruik van seksspeeltjes (zoals dildo, vibrator,...)	1	2
11.	Andere (hiermee bedoelen we andere handelingen dan diegene die hierboven staan om seksueel opgewonden te worden of iemand op te winden)	1	2

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Motivering

Seks omvat veel meer dan louter ‘geslachtsgemeenschap’, al wordt daar vaak aan voorbij gegaan in grootschalig onderzoek rond seksualiteit. In het Nederlandse onderzoek ‘Seks onder je 25^e’ (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005) werd wel uitgebreid aandacht besteed aan verschillende gradaties van seksueel gedrag. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen minder intiem seksueel gedrag (bijvoorbeeld elkaar knuffelen) en meer intiem seksueel gedrag (bijvoorbeeld orale seks). Voor dit onderzoek kozen wij ervoor om deze alternatieve seksuele handelingen uitsluitend te bevragen aan de groep die nog geen geslachtsgemeenschap heeft gehad.

Resultaten

Tabel 80. Seksuele ervaringen indien nog nooit seks gehad (RGS1) ($N=134$).

	Ja	Nee	N
1. Knuffelen	80.3%	19.7%	132
2. Strelen boven de kleren	60.0%	40.0%	130
3. Strelen onder de kleren	24.5%	75.5%	129
4. Naakt bij elkaar liggen	21.2%	78.8%	129
5. Elkaars naakte lichaam strelen	14.1%	85.9%	128
6. Droog vrijen (seks waarbij met de geslachtsdelen tegen het lichaam of de geslachtsdelen van de andere persoon wordt gewreven)	15.5%	84.5%	129
7. Andere (hiermee bedoelen we andere handelingen dan diegene die hierboven staan om seksueel opgewonden te worden of iemand op te winden)	16.1%	83.9%	126

2.2.5.7. Redenen waarom nog nooit seks of geslachtsgemeenschap gehad

Vraagomschrijving

Indien de respondent nog nooit seks of geslachtsgemeenschap heeft gehad, vragen we naar de reden daarvoor. De respondent kan op een vijfpuntschaal van het Likert type aangeven in welke mate verschillende redenen al dan niet van toepassing zijn op hem of haar (variërend van ‘helemaal niet van toepassing’ tot ‘helemaal wel van toepassing’). Item 1, 2, 3, 4, 5, 6 en 12 zijn gebaseerd op de Nederlandse vragenlijst ‘Seks onder je 25^{ste}’ (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005). Omdat we ervan uitgaan dat ook de partner een belangrijke rol speelt in de timing van de eerste keer, hebben we item 2 tot en met 6 geherformuleerd vanuit het standpunt van de partner van de respondent. Dit resulteert in item 7 tot en met 11. Item 13

tot en met 16 werden door ons toegevoegd aan de lijst. Deze vraag werd afzonderlijk bevestigd voor jongeren van 14 tot 25 jaar (RGSJ4) en de respondenten ouder dan 25 jaar (RGS4). RGSJ4 bevat twee extra items: item 1 en 16.

Een dergelijke lijst kan uiteraard niet volledig zijn. Daarom heeft de respondent de mogelijkheid om in de vorm van een open antwoord nog een andere reden voor onthouding toe te voegen. Deze vragen werden opgenomen in het CASI deel.

Vraag

RGSJ4 – RGS4. In welke mate zijn volgende stellingen op jou van toepassing? (Indien nog nooit seks gehad) “Ik heb nog nooit seks gehad omdat...” (Indien nog nooit geslachtsgemeenschap gehad) “Ik heb nog nooit geslachtsge- meenschap gehad omdat...”	Helemaal niet van toepassing	Eerder niet van toepas- sing	Noch wel, noch niet van toepas- sing	Eerder wel van toepas- sing	Helemaal wel van toepassing
1. Ik mezelf daar nog te jong voor vind	1	2	3	4	5
2. Ik er nog niet klaar voor ben	1	2	3	4	5
3. Ik dat (een beetje) eng vind	1	2	3	4	5
4. Ik eerst verliefd wil zijn op iemand	1	2	3	4	5
5. Ik eerst een vaste relatie wil hebben	1	2	3	4	5
6. Ik dat niet wil voordat ik getrouwd ben	1	2	3	4	5
7. Ik daar geen behoefte aan heb	1	2	3	4	5
8. Mijn partner zich daar nog te jong voor voelt	1	2	3	4	5
9. Mijn partner er nog niet klaar voor is	1	2	3	4	5
10. Mijn partner dat (een beetje) eng vindt	1	2	3	4	5
11. Mijn partner eerst wil trouwen	1	2	3	4	5
12. Mijn partner daar geen behoefte aan heeft	1	2	3	4	5
13. Er nooit iemand was met wie ik dat wilde	1	2	3	4	5
14. Het er gewoon nog nooit van gekomen is	1	2	3	4	5
15. Penetratie nog nooit gelukt is	1	2	3	4	5
16. Mijn ouders dat niet goed vinden					
17. Voorhuwelijkse geslachtsgemeenschap is niet toegestaan binnen mijn cultuur/religie	1	2	3	4	5
18. Maagdelijkheid in mijn cultuur/religie belangrijk is	1	2	3	4	5

RGSJ5 - RGS5. Is er nog een andere reden waarom je nog geen seks / geslachtsgemeenschap hebt gehad?

1. Nee
2. Ja, namelijk,.....

Motivering

De reden waarom iemand nog geen seks heeft gehad, kan een belangrijke factor zijn voor de beleving daarvan. Daarom kozen we ervoor om, naast beleving, ook de motivatie voor seksuele onthouding op te nemen in de vragenlijst. De variabelen die peilen naar beleving komen later aan bod.

Resultaten

Tabel 81. Redenen indien nog nooit seks of geslachtsgemeenschap gehad, voor respondenten jonger dan 25 jaar (RGSJ4) (N=65).

“Ik heb nog nooit seks / geslachtsgemeenschap gehad omdat...”	Helemaal niet van toepassing	Eerder niet van toepassing	Noch wel, noch niet van toepassing	Eerder wel van toepassing	Helemaal wel van toepassing	N
1. Ik mezelf daar nog te jong voor vind	34.7%	16.8%	12.7%	16.4%	19.4%	114
2. Ik er nog niet klaar voor ben	27.2%	18.2%	11.4%	24.6%	18.6%	113
3. Ik dat (een beetje) eng vind	41.5%	18.6%	14.5%	16.6%	8.8%	114
4. Ik eerst verliefd wil zijn op iemand	12.6%	5.0%	8.0%	34.5%	39.8%	113
5. Ik eerst een vaste relatie wil hebben	12.4%	5.4%	8.5%	29.3%	44.3%	113
6. Ik dat niet wil voordat ik getrouwd ben	59.6%	17.8%	6.1%	4.5%	12.0%	114
7. Ik daar geen behoefte aan heb	21.9%	18.0%	29.8%	13.7%	16.6%	112
8. Mijn partner zich daar nog te jong voor voelt	60.6%	10.1%	21.3%	3.8%	4.2%	95
9. Mijn partner er nog niet klaar voor is	60.6%	7.1%	21.6%	5.8%	4.9%	95
10. Mijn partner dat (een beetje) eng vindt	63.9%	8.7%	18.5%	7.0%	1.9%	93
11. Mijn partner eerst wil trouwen	71.1%	9.0%	13.3%	3.6%	3.0%	93
12. Mijn partner daar geen behoefte aan heeft	64.8%	9.0%	16.9%	6.7%	2.6%	93
13. Er nooit iemand was met wie ik dat wilde	32.4%	20.3%	13.6%	14.6%	19.0%	108
14. Het er gewoon nog nooit van gekomen is	22.1%	11.2%	23.0%	16.7%	27.0%	103
15. Penetratie nog nooit gelukt is	65.6%	10.6%	16.6%	1.5%	5.7%	91
16. Mijn ouders dat niet goed vinden	55.1%	12.9%	15.5%	9.2%	7.3%	102
17. Voorhuwelijkse geslachtsgemeenschap is niet toegestaan binnen mijn cultuur/religie	79.4%	7.6%	1.8%	0.9%	10.2%	105
18. Maagdelijkheid in mijn cultuur/religie belangrijk is	73.3%	8.8%	5.5%	3.6%	8.8%	106

Tabel 82. Redenen indien nog nooit seks of geslachtsgemeenschap gehad, voor respondenten ouder dan 25 (RGS4) (N=65).

“Ik heb nog nooit seks / geslachtsgemeenschap gehad omdat...”	Helemaal niet van toepassing	Eerder niet van toepassing	Noch wel, noch niet van toepassing	Eerder wel van toepassing	Helemaal wel van toepassing	N
1. Ik er nog niet klaar voor ben	65.6%	2.9%	5.9%	11.4%	14.1%	55
2. Ik dat (een beetje) eng vind	65.4%	13.3%	3.2%	10.1%	8.0%	56
3. Ik eerst verliefd wil zijn op iemand	43.6%	4.3%	10.3%	11.2%	30.6%	55
4. Ik eerst een vaste relatie wil hebben	53.6%	4.1%	11.5%	7.6%	23.3%	55
5. Ik dat niet wil voordat ik getrouwd ben	64.5%	7.7%	8.9%	4.0%	14.9%	55
6. Ik daar geen behoefte aan heb	56.5%	19.5%	2.1%	6.0%	15.8%	55
7. Mijn partner zich daar nog te jong voor voelt	74.9%	10.6%	2.2%	2.0%	10.2%	52
8. Mijn partner er nog niet klaar voor is	72.4%	7.2%	7.5%	4.6%	8.2%	52
9. Mijn partner dat (een beetje) eng vindt	74.8%	6.1%	8.9%	2.0%	8.2%	52
10. Mijn partner eerst wil trouwen	73.2%	6.1%	6.9%	2.0%	11.8%	52
11. Mijn partner daar geen behoefte aan heeft	74.9%	8.0%	4.7%	4.2%	8.2%	52
12. Er nooit iemand was met wie ik dat wilde	70.3%	3.4%	7.0%	6.3%	13.0%	55
13. Het er gewoon nog nooit van gekomen is	69.6%	0%	3.9%	12.4%	14.1%	55
14. Penetratie nog nooit gelukt is	81.1%	6.0%	8.4%	2.0%	2.4%	52
15. Voorhuwelijkse geslachtsgemeenschap is niet toegestaan binnen mijn cultuur/religie	83.2%	3.6%	2.2%	2.4%	8.6%	52
16. Maagdelijkheid in mijn cultuur/religie belangrijk is	84.8%	1.8%	2.3%	2.2%	8.9%	51

2.2.6. Seksuele ervaringen

2.2.6.1. Seksuele ervaringen in de levensloop

Vraagomschrijving

Aan respondenten die aangeven ooit seksueel actief te zijn geweest, vragen we met hoeveel personen ze doorheen hun leven seks hebben gehad. Indien men aangeeft met meer dan één persoon seks te hebben gehad, vragen we of dit jongens/mannen, meisjes/vrouwen of allebei waren. Wanneer men aangeeft met één persoon seks te hebben gehad doorheen het leven, vragen we of dit met een jongen/man of met een meisje/vrouw was. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

SEL2. Je hele leven overziend, met hoeveel personen heb je seks gehad? Met seks bedoelen we allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is. Het gaat dus niet enkel om geslachtsgemeenschap.

1. (open antwoord)

SEL3. Waren dit jongens/mannen, meisjes/vrouwen of allebei?

1. *alleen meisjes/vrouwen*
2. *voornamelijk meisjes/vrouwen*
3. *ongeveer net zoveel meisjes/vrouwen als jongens/mannen*
4. *voornamelijk jongens/mannen*
5. *alleen jongens/mannen*

SEL3. Was dit met een jongen/man of met een meisje/vrouw?

1. *een jongen / man*
2. *een meisje / vrouw*

Motivering

De bevraging van het aantal sekspartners doorheen het leven past binnen een levensloopperspectief. Voor elk van de drie vooropgestelde leeftijdsgroepen, namelijk jongeren, volwassenen en ouderen, gaan we het gemiddeld aantal sekspartners doorheen het leven na. Tevens gaan we na of er een verschil is in aantal sekspartners naargelang het geslacht en de seksuele oriëntatie van de persoon in kwestie.

Analoog aan het Seks in Nederland onderzoek (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006) hebben we er voor gekozen om het aantal partners te bevragen waar men seks mee had, en niet enkel het aantal partners waar men geslachtsgemeenschap mee had. Door gebruik te maken van een open bevraging wensen we meer accurate antwoorden te verkrijgen. We nemen ook een vraag op naar het geslacht van de sekspartner(s). We willen immers een onderscheid maken tussen mannelijke sekspartner(s) en vrouwelijke sekspartner(s).

Resultaten

Tabel 83. Aantal sekspartners doorheen het leven, bij seksueel ervaren respondenten (SEL2) (N=1691)

	Percentage
1	25.4%
2	11.4%
3	12.4%
4	9.6%
5	9.1%
6 tot 10	17.2%
11 tot 20	9.8%
21 of meer	5.4%
N	1685

Tabel 84. Geslacht van sekspartners, indien meerdere sekspartners doorheen leven (SEL3) (N=1257)

	Mannen	Vrouwen
1. Alleen meisje/vrouwen	90%	0.2%
2. Voornamelijk meisjes/vrouwen	7.4%	0.8%
3. Ongeveer net zoveel meisjes/vrouwen als jongens/mannen	1%	0.5%
4. Voornamelijk jongens/mannen	1%	11.3%
5. Alleen jongens/mannen	0.6%	87.2%
N	664	598

Tabel 85. Geslacht van sekspartners, indien één sekspartner doorheen leven (SEL4) (N=428)

	Mannen	Vrouwen
1. Een jongen/man	3.3%	99.6%
2. Een meisje/vrouw	96.7%	0.4%
N	176	252

2.2.6.2. Frequentie seksuele activiteiten afgelopen zes maanden

Vraagomschrijving

We bevragen respondenten over hun frequentie van seksuele activiteiten de afgelopen zes maanden. Enkel respondenten die aangeven dat ze ooit al seks hebben gehad, krijgen deze vragen gepresenteerd. De eerste vraag gaat na of men de afgelopen zes maanden seksueel actief is geweest, en fungeert als filtervraag. Enkel indien men bevestigend antwoordt, krijgt men de volgende vragen. De eigenlijke bevraging van de frequentie van seksuele activiteiten gebeurt trapsgewijs in drie tijdsperiodes: de afgelopen twee weken, de afgelopen vier weken en de afgelopen zes maanden. Respon-

denten die de afgelopen 2 weken geen seks hebben gehad, beantwoorden deze vragen voor de tijdsperiode op 4 weken of 6 maanden. Per tijdsperiode bevragen we of dit al dan niet een normale periode was. Zo niet, dan bevragen we hoe vaak men gemiddeld seks heeft binnen die specifieke tijdsperiode. Naast een open frequentie vraag, stellen we ook een gesloten vraag naar de regelmatigheid van seksueel contact over de afgelopen 6 maanden. We gaan tevens na hoe vaak men tijdens seks geslachtsgemeenschap had. Deze laatste vraag stellen we niet aan vrouwen die gedurende hun leven enkel seks hebben gehad met vrouwen. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

SEZ1. Heb jij tijdens de afgelopen zes maanden seks gehad? Het gaat om allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is. Het gaat dus niet enkel om geslachtsgemeenschap.

1. *nee*
2. *ja*

SEZ2. De afgelopen twee weken, hoe vaak heb je toen seks gehad? Omdat er over het aantal keer dat mensen seks (zouden moeten) hebben veel verhalen bestaan, willen we je vragen even na te denken over wat je echt deed en eerlijk te antwoorden. Er zijn wel meer mensen die minder dan één keer per twee weken vrijen.

1. *ik had geen seks de afgelopen twee weken*
2. *..... keer (open antwoord)*

SEZ3. Beschouw je de afgelopen twee weken als een gewone of eerder uitzonderlijke periode?

1. *gewone periode*
2. *eerder uitzonderlijk*

SEZ4. Hoe vaak heb je dan gemiddeld seks tijdens een gewone periode van twee weken? *keer (open vraag)*

SEZ5. De afgelopen vier weken, hoe vaak heb je toen seks gehad? Omdat er over het aantal keer dat mensen seks (zouden moeten) hebben veel verhalen bestaan, willen we je vragen even na te denken over wat je echt deed en eerlijk te antwoorden. Er zijn wel meer mensen die minder dan één keer per vier weken vrijen.

1. *ik had geen seks de afgelopen vier weken*
2. *..... keer (open vraag)*

SEZ6. Beschouw je de afgelopen vier weken als een gewone of eerder uitzonderlijke periode?

1. *gewone periode*
2. *eerder uitzonderlijk*

SEZ7. Hoe vaak heb je dan gemiddeld seks tijdens een gewone periode van vier weken?
 keer (open vraag)

SEZ8. De laatste zes maanden, hoe vaak heb je toen seks gehad? Omdat er over het aantal keer dat mensen seks (zouden moeten) hebben veel verhalen bestaan, willen we je vragen even na te denken over wat je echt deed en eerlijk te antwoorden. Er zijn wel meer mensen die minder dan één keer per zes maanden vrijen.
 keer (open vraag)

SEZ9. Beschouw je de afgelopen zes maanden als een gewone of eerder uitzonderlijke periode?

1. gewone periode
2. eerder uitzonderlijk

SEZ10. Hoe vaak heb je dan gemiddeld seks tijdens een gewone periode van zes maanden?

..... keer (open vraag)

SEZ11. We hebben je daarnet gevraagd naar hoeveel keer je seksueel actief was de voorbije periode. Kan je ook aangeven met welke regelmaat je seks had de afgelopen 6 maanden?

1. een uitzonderlijke keer
2. ongeveer één keer per maand
3. meerdere keren per maand
4. ongeveer één keer per week
5. meerdere keren per week
6. dagelijks
7. (geen antwoord)

SEZ13. De keren dat je seks had tijdens de afgelopen twee weken/de afgelopen vier weken/de afgelopen zes maanden, hoe vaak had je dan ook geslachtsgemeenschap? Met geslachtsgemeenschap bedoelen we penetratie van de penis in de vagina of anus.

1. nooit
2. minder dan de helft van de keren
3. de helft van de keren
4. meer dan de helft van de keren
5. bijna altijd of altijd
6. we hadden één keer seks en we hadden toen ook geslachtsgemeenschap
7. we hadden één keer seks en we hadden toen geen geslachtsgemeenschap

Motivering

Om tot een waarheidsgetrouwe, geldige inschatting te komen van de seksuele activiteit van Vlamingen, is de vraag naar frequentie waarmee respondenten seks hebben gehad gedurende een bepaalde referentieperiode cruciaal. Bij deze vraagstelling

wordt daarom gebruik gemaakt van een trapsgewijze meting met open antwoordmogelijkheden, gecombineerd met filtervragen.

Deze manier van bevraging laat ons toe om de frequentie van seksuele activiteiten zeer gedetailleerd te beschrijven en levert ons een accuraat beeld op van de eigenlijke prevalentie van seksuele activiteiten. Voor mensen die vaak seks hebben zou een bevraging van frequentie over een periode van zes maanden immers geen eenvoudige opgave zijn. De kans bestaat dan dat men gaat gokken. Voor mensen die minder vaak seks hebben daarentegen zou een bevraging op 2 weken niet volstaan om een goede inschatting te maken. Om dit te vermijden geven we respondenten de mogelijkheid om te antwoorden op drie verschillende tijdsperiodes.

In tegenstelling tot het Seks in Nederland onderzoek (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006) hebben we voor de bevraging van frequentie van seksuele activiteit gekozen voor een open antwoordcategorie, waarmee we trachten meer accurate informatie te bekomen. Bovendien zorgen de vragen naar de regelmatigheid van seksuele activiteiten en naar de uitzonderlijkheid van de omschreven periode, voor de nodige nuancering. Wanneer men bijvoorbeeld aangeeft dat men de afgelopen vier weken drie maal seksueel actief was, dan kan dit zowel beteken dat men op drie afzonderlijke dagen seksueel actief was, maar ook dat men op één dag drie maal seks had. Om hier duidelijkheid over te krijgen, vragen we ook naar de regelmatigheid van seksuele activiteit.

Tot slot gaan we ook na hoe vaak men tijdens de seksuele activiteit ook geslachtsgemeenschap had. We willen immers een onderscheid maken tussen het aantal keer dat men seks heeft en het aantal keer dat men seks heeft met geslachtsgemeenschap. Door deze extra vraag op te nemen, kunnen we hierin een onderscheid maken.

Resultaten

Tabel 86. Percentage respondenten dat de afgelopen zes maanden seksueel actief was, bij seksueel ervaren respondenten (SEZ1) (N=1691)

	Percentage
1. Nee	21.2%
2. Ja	78.8%
N	1690

Tabel 87. Frequentie seks afgelopen twee weken, bij seksueel actieve respondenten (SEZ2) (N=1332)

	Percentage
<i>Ik had geen seks de afgelopen twee weken</i>	25.2%
<i>1 keer</i>	14.3%
<i>2 keer</i>	17.6%
<i>3 keer</i>	12.5%
<i>4 keer</i>	10.5%
<i>5 keer</i>	7.2%
<i>6 keer</i>	4.1%
<i>7 of meer keer</i>	8.2%
<i>N</i>	1332

Tabel 88. Beoordeling afgelopen twee weken: gewone of uitzonderlijke periode, bij respondenten die de afgelopen twee weken seks hebben gehad (SEZ3) (N=997)

	Percentage
<i>1. Gewone periode</i>	84.4%
<i>2. Eerder uitzonderlijk</i>	15.6%
<i>N</i>	997

Tabel 89. Gemiddelde seksfrequentie tijdens gewone periode van twee weken, bij respondenten die de afgelopen twee weken seks hadden en aangaven dat de afgelopen twee weken een uitzonderlijke periode vormden (SEZ4) (N=155)

	Percentage
<i>1 keer</i>	9.6%
<i>2 keer</i>	11.3%
<i>3 keer</i>	11.1%
<i>4 keer</i>	20.7%
<i>5 keer</i>	11.7%
<i>6 keer</i>	11.7%
<i>7 of meer keer</i>	17.3%
<i>N</i>	154

Tabel 90. Frequentie seks afgelopen vier weken, bij seksueel actieve respondenten (SEZ5) (N=335)

	Percentage
<i>Ik had geen seks de afgelopen vier weken</i>	58.1%
<i>1 keer</i>	24%
<i>2 keer</i>	11.1%
<i>3 keer</i>	3.4%
<i>4 keer</i>	1%
<i>5 keer</i>	1.6%
<i>6 keer</i>	0.3%
<i>7 of meer keer</i>	0.3%
N	335

Tabel 91. Beoordeling afgelopen vier weken: gewone of uitzonderlijke periode, bij respondenten die de afgelopen vier weken seks hebben gehad (SEZ6) (N=140)

	Percentage
1. Gewone periode	77%
2. Eerder uitzonderlijk	23%
N	140

Tabel 92. Gemiddelde seksfrequentie tijdens gewone periode van vier weken, bij respondenten die de afgelopen vier weken seks hadden en aangaven dat de afgelopen vier weken een uitzonderlijke periode vormden (SEZ7) (N=32)

	Percentage
<i>1 keer</i>	1%
<i>2 keer</i>	20.5%
<i>3 keer</i>	5.3%
<i>4 keer</i>	15.5%
<i>5 keer</i>	2.7%
<i>6 keer</i>	4.7%
<i>7 of meer keer</i>	38.5%
N	32

Tabel 93. Frequentie seks afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ8) (N=195)

	Percentage
1 keer	27.5%
2 keer	20.9%
3 keer	11.3%
4 keer	10.4%
5 keer	9.4%
6 keer	3.9%
7 of meer keer	16.9%
N	195

Tabel 94. Beoordeling afgelopen zes maanden: gewone of uitzonderlijke periode, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hebben gehad (SEZ9) (N=195)

	Percentage
1. Gewone periode	57.1%
2. Eerder uitzonderlijk	42.9%
N	195

Tabel 95. Gemiddelde seksfrequentie tijdens gewone periode van zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hadden en aangaven dat de afgelopen zes maanden een uitzonderlijke periode vormden (SEZ10) (N=83)

	Percentage
1 keer	3.7%
2 keer	5.5%
3 keer	0%
4 keer	0.4%
5 keer	0%
6 keer	11.5%
7 of meer keer	69.9%
N	83

Tabel 96. Regelmaat van seks afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ11) (N=1332)

	Percentage
1. Een uitzonderlijke keer	8.7%
2. Ongeveer één keer per maand	11.9%
3. Meerdere keren per maand	20.1%
4. Ongeveer één keer per week	26.1%
5. Meerdere keren per week	31.9%
6. Dagelijks	1.3%
N	1309

Tabel 97. Frequentie van geslachtsgemeenschap tijdens seks afgelopen twee weken/vier weken/zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ13) (N=1332)

	Percentage
1. Nooit	7.7%
2. Minder dan de helft van de keren	3.4%
3. Ongeveer de helft van de keren	5.5%
4. Meer dan de helft van de keren	7.6%
5. Bijna altijd of altijd	64.6%
6. We hadden één keer seks en hadden toen ook geslachtsgemeenschap	10.6%
7. We hadden één keer seks en hadden toen geen geslachtsgemeenschap	0.5%
N	1322

2.2.6.3. Frequentie orgasme

Vraagomschrijving

Respondenten die aangeven de afgelopen zes maanden seks te hebben gehad, krijgen de vraag hoe vaak ze tijdens seks een orgasme bereikten of klaarkwamen. De tijdsperiode waarop deze vraag betrekking heeft varieert naargelang de tijdsperiode die men aangaf bij de vragen rond frequentie van seksuele activiteiten: indien men aangeeft de afgelopen twee weken seks te hebben gehad, vragen we hoe vaak men de afgelopen twee weken een orgasme bereikte. Indien men niet de afgelopen twee weken maar wel de afgelopen vier weken seks had, vragen we hoe vaak men de afgelopen vier weken een orgasme bereikte. Wanneer men ten slotte aangeeft niet de voorbije vier weken maar wel de afgelopen zes maanden seks te hebben gehad, vragen we hoe vaak men een orgasme bereikte de afgelopen zes maanden. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

SEZ12. Hoe vaak bereikte je de afgelopen twee weken/de afgelopen vier weken/de afgelopen zes maanden tijdens seks een orgasme/ben je klaargekomen?

1. *nooit*
2. *minder dan de helft van de keren*
3. *de helft van de keren*
4. *meer dan de helft van de keren*
5. *bijna altijd of altijd*
6. *we hadden één keer seks en ik ben toen klaargekomen*
7. *we hadden één keer seks en ik ben toen niet klaargekomen*

Motivering

In tegenstelling tot andere internationale bevolkingsonderzoeken rond seksualiteit (Laumann et al., 1994; Bajos et al., 2008), bevragen we orgasme niet met betrekking tot het laatste seksueel contact. Mogelijk is dit laatste contact immers niet representatief voor de seksuele contacten van de respondenten. Daarom hebben we er voor gekozen om de tijdsperiode voor de bevraging van orgasme te koppelen aan de tijdsperiode voor frequentie van seksuele activiteiten. Dit laat ons toe om een accuraat beeld te schetsen van hoe vaak mensen een orgasme bereiken tijdens seks. We gaan na of er verschillen zijn in orgasmefrequentie naargelang seksfrequentie, leeftijdscategorie en geslacht.

Resultaten

Tabel 98. Frequentie van orgasme afgelopen twee weken/vier weken/zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ12) (N=1332)

	Percentage
1. Nooit	7.2%
2. Minder dan de helft van de keren	7.4%
3. De helft van de keren	6.2%
4. Meer dan de helft van de keren	8.1%
5. Bijna altijd of altijd	61.4%
6. We hadden één keer seks en ik ben toen klaargekomen	8.6%
7. We hadden één keer seks en ik ben toen niet klaargekomen	1%
N	1320

2.2.6.4. Sekspartners afgelopen zes maanden

Vraagomschrijving

Aan respondenten die aangegeven hebben dat ze de afgelopen zes maanden seksueel actief zijn geweest, vragen we met hoeveel personen ze de afgelopen zes maanden seks hebben gehad. Indien men aangeeft met meer dan één persoon seks te hebben gehad, gaan we na of dit jongens/mannen, meisjes/vrouwen of allebei waren. Wanneer men aangeeft met één persoon seks te hebben gehad de afgelopen zes maanden, vragen we of dit met een jongen/man of met een meisje/vrouw was. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

SEZ14. Met hoeveel personen heb je in het totaal seks gehad de afgelopen zes maanden?

1. *met 1 persoon*
2. *met meerdere personen, namelijk (gelieve het aantal in te vullen):.....
(open antwoord)*

SEZ15. Waren dit jongens/mannen, meisjes/vrouwen of allebei?

1. *alleen met meisjes/vrouwen*
2. *voornamelijk met meisjes/vrouwen*
3. *ongeveer net zoveel met meisjes/vrouwen als met jongens/mannen*
4. *voornamelijk met jongens/mannen*
5. *alleen met jongens/mannen*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

SEZ16. Wat was het geslacht van deze persoon?

1. *jongen/man*
2. *meisje/vrouw*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Motivering

Analoog aan het Seks in Nederland onderzoek (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006) kozen we ervoor om het aantal partners te bevragen waarmee men seks had, en niet enkel het aantal partners waarmee men geslachtsgemeenschap had. Door gebruik te maken van een open vraag wensen we meer accurate antwoorden te verkrijgen. We nemen ook een vraag op naar het geslacht van de sekspartner(s) de afgelopen zes maanden. We willen immers een onderscheid maken tussen mannelijke sekspartner(s) en vrouwelijke sekspartner(s).

Resultaten

Tabel 99. Aantal sekspartners afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ14) (N=1332)

	Percentage
Met 1 persoon	88.5%
Met 2 personen	6.2%
Met 3 personen	2.3%
Met 4 personen	1.5%
Met 5 personen	0.8%
Met 6 personen of meer	0.7%
N	1033

2.2.6.5. Tevredenheid over seksleven en belang van seks

Vraagomschrijving

We vragen de respondenten naar de tevredenheid met hun seksleven in het algemeen, de tevredenheid met de frequentie waarmee ze seks hebben, en het belang dat ze hechten aan seks. We bieden deze vragen ook aan respondenten aan die de afgelopen 6 maanden niet seksueel actief waren. Voor deze groep passen we de vraagformulering van de frequentie aan, naar tevredenheid over het feit dat zij de afgelopen zes maanden geen seks hadden. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

SEZ17/BRGS6. *Hoe tevreden of ontevreden ben je over het algemeen over jouw seksleven?*

- 1. *heel ontevreden*
- 2. *eerder ontevreden*
- 3. *noch tevreden noch ontevreden*
- 4. *eerder tevreden*
- 5. *heel tevreden*

SEZ18. *Hoe tevreden of ontevreden ben je over het aantal keer dat je seks hebt gehad de afgelopen zes maanden?*

- 1. *heel ontevreden*
- 2. *eerder ontevreden*
- 3. *noch tevreden noch ontevreden*
- 4. *eerder tevreden*
- 5. *heel tevreden*

BRGS4. Hoe tevreden of ontevreden ben je over het feit dat je de afgelopen 6 maanden geen seks hebt gehad?

6. *heel ontevreden*
7. *eerder ontevreden*
8. *noch tevreden noch ontevreden*
9. *eerder tevreden*
10. *heel tevreden*

SEZ19/BRGS5. Hoe belangrijk of onbelangrijk is het voor jou om seks te hebben?

1. *heel onbelangrijk*
2. *eerder onbelangrijk*
3. *noch belangrijk, noch onbelangrijk*
4. *eerder belangrijk*
5. *heel belangrijk*

Motivering

Seksuele tevredenheid is een belangrijke variabele van seksueel functioneren (Laumann et al., 2006; Lawrance & Byers, 1995; Sprecher, 2002). We kiezen ervoor om een onderscheid te maken tussen tevredenheid met het seksleven in het algemeen en tevredenheid met het aantal keer dat men seks heeft gehad de afgelopen zes maanden. We doen dit omdat mensen mogelijk tevreden zijn met het aantal keer dat ze seks hebben, maar niet met hun seksleven in het algemeen of omgekeerd. We gaan het verband na tussen seksuele tevredenheid en relationele tevredenheid en relateren seksuele tevredenheid aan verscheidene aspecten van seksueel functioneren, zoals seksuele frequentie en seksuele praktijken.

Om te peilen naar de seksualiteitsbeleving van mensen, vragen we ook na hoe belangrijk seks voor mensen is. Het belang dat men aan seks hecht zal gerelateerd worden aan verscheidene variabelen van seksuele functioneren, zoals seksuele frequentie en seksuele praktijken, en aan seksuele tevredenheid.

Respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren, worden bevraagd over hun tevredenheid met hun seksleven in het algemeen en hoe tevreden ze zijn met het feit dat ze de afgelopen zes maanden geen seks hadden. We wensen er immers niet a priori van uit te gaan dat afwezigheid van seksuele activiteit door iedereen op dezelfde wijze wordt gepercipieerd. Voor sommigen zal deze afwezigheid van seksuele activiteit sterk ongewenst zijn, terwijl anderen mogelijk tevreden zijn met het feit dat ze niet (meer) seksueel actief zijn. Ook het belang dat gehecht wordt aan seks, wordt om die reden ook bevraagd bij respondenten die niet seksueel actief waren de afgelopen zes maanden. Het belang dat deze respondenten hechten aan seks kan dat gerelateerd worden aan variabelen zoals seksuele tevredenheid en seksuele problemen. Ten slotte zal een vergelijking worden gemaakt tussen seksueel actieve en niet seksueel actieve personen, op vlak van seksuele tevredenheid en belang dat men aan seks hecht.

Resultaten

Tabel 100. Tevredenheid over seksleven, bij respondenten die wel en niet seksueel actief waren de afgelopen zes maanden (SEZ17/BRGS6) (N=1332/358)

	Seksueel actief	Niet seksueel actief
1. Heel ontevreden	4.2%	5.4%
2. Eerder ontevreden	11.1%	19.6%
3. Noch tevreden, noch ontevreden	12.7%	27.3%
4. Eerder tevreden	48.3%	36.6%
5. Heel tevreden	23.7%	11.1%
N	1330	348

Tabel 101. Tevredenheid over seksfrequentie afgelopen zes maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ18) (N=1332)

	Percentage
1. Heel ontevreden	4.5%
2. Eerder ontevreden	14.7%
3. Noch tevreden, noch ontevreden	13%
4. Eerder tevreden	45.7%
5. Heel tevreden	22%
N	1327

Tabel 102. Tevredenheid over seksuele inactiviteit afgelopen zes maanden, bij respondenten die niet seksueel actief waren de afgelopen zes maanden (BRGS4) (N=358)

	Percentage
1. Heel ontevreden	9.3%
2. Eerder ontevreden	21.6%
3. Noch tevreden, noch ontevreden	36.4%
4. Eerder tevreden	22.3%
5. Heel tevreden	10.4%
N	345

Tabel 103. Belang van seks, bij respondenten die wel en niet seksueel actief waren de afgelopen zes maanden (SEZ19/BRGS5) (N=1332/358)

	Seksueel actief	Niet seksueel actief
1. Heel onbelangrijk	3.5%	10.3%
2. Eerder onbelangrijk	6.3%	25.3%
3. Noch belangrijk, noch onbelangrijk	16.6%	24%
4. Eerder belangrijk	51.2%	31%
5. Heel belangrijk	22.4%	9.4%
N	1332	354

2.2.6.6. Masturbatie afgelopen zes maanden

Vraagomschrijving

We gaan na hoe vaak men de afgelopen zes maanden heeft gemasturbeerd en wanneer men voor het laatst gemasturbeerd heeft. We stellen deze vragen enkel wanneer men heeft aangegeven dat men ooit gemasturbeerd heeft (zie 2.2.5.2 Masturbatie). De antwoordcategorien van de frequentievraag werd in overeenstemming met andere frequentievragen op een 7-puntenschaal bevestigd. We bevestigen deze variabele in CASI.

Vraag

ST4. Hoe vaak heb je de afgelopen 6 maanden gemasturbeerd?

1. *niet de voorbije zes maanden*
2. *een enkele keer*
3. *ongeveer één keer per maand*
4. *meerdere keren per maand*
5. *ongeveer één keer per week*
6. *meerdere keren per week*
7. *elke dag*

ST5. Wanneer heb je voor het laatst gemasturbeerd?

- *dagen geleden (open antwoord)*
 OF *weken geleden (open antwoord)*
 OF *maanden geleden (open antwoord)*
 OF *jaren geleden (open antwoord)*

Motivering

Met deze vragen willen we de regelmaat waarmee men masturbeert in kaart brengen. In tegenstelling tot Frans bevolkingsonderzoek (Bajos et al., 2008) bevestigen we de frequentie van masturbatie niet op twaalf maanden maar op zes maanden. Met deze bevestigingswijze trachten we zo accuraat mogelijke informatie te verzamelen. Op basis van deze gegevens kunnen we een vergelijking maken tussen mannen en vrouwen, tussen respondenten met en zonder partner, en tussen respondenten die de afgelopen zes maanden seks hadden met een partner en respondenten voor wie dat niet het geval is.

Analoog aan bevolkingsonderzoek in Groot-Brittannië (Erens et al., 2001) vragen we aan respondenten wanneer ze voor het laatst masturbeerden. Door de keuze te laten om te antwoorden in dagen, weken, maanden of jaren, verkrijgen we een genuanceerd beeld. De vraag naar de laatste keer dat men masturbeerde, wordt onder andere gebruikt om de seksuele uitbreiding in kaart te brengen.

Resultaten

Tabel 104. Frequentie masturbatie afgelopen zes maanden, bij respondenten die ooit gemasturbeerd hebben (ST4) (N=1498)

	Percentage
1. Niet de voorbije zes maanden	27.1%
2. Een enkele keer	12.1%
3. Ongeveer één keer per maand	16.2%
4. Meerdere keren per maand	14.8%
5. Ongeveer één keer per week	13.4%
6. Meerdere keren per week	14.5%
7. Elke dag	1.9%
N	1456

Tabel 105. Aantal dagen sinds laatste keer masturbatie, bij respondenten die ooit gemasturbeerd hebben (ST5) (N=1498)

P25	3 dagen
P50	14 dagen
P75	243.5 dagen
N	1491

2.2.6.7. Laatste tongzoen en laatste keer seks

Vraagomschrijving

Aan respondenten die de afgelopen zes maanden geen seksueel contact hadden, vragen we naar hun laatste tongzoen, hun laatste keer seks en hun laatste keer geslachts-gemeenschap. De respondent kan telkens kiezen of hij/zij het antwoord uitdrukt in dagen, weken, maanden of jaren. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

BRGS1. Wanneer heb je voor het laatst met iemand getongzoend?

- dagen geleden
- OFweken geleden
- OFmaanden geleden
- OF.....jaren geleden

BRGS2. Wanneer had je voor het laatst geslachtsgemeenschap? Met geslachtsgemeenschap bedoelen we penetratie van de penis in de vagina of anus.

-maanden geleden
- OF.....jaren geleden

BRGS3. Wanneer had je voor het laatst seks?

..... maanden geleden

OF..... jaren geleden

Motivering

Voor de bevraging van laatste tongzoen, laatste keer seks en laatste keer geslachtsgemeenschap baseerden we ons op de bevraging die Erens et al. (2001) hanteerden in hun onderzoek naar seksuele attitudes en levensstijl. We beogen een genuanceerd en accuraat beeld te verkrijgen door respondenten de keuze te laten om te antwoorden in dagen, weken, maanden of jaren voor de bevraging van laatste tongzoen, en maanden of jaren voor de bevraging van laatste keer seks en laatste keer geslachtsgemeenschap. Deze vragen worden onder andere gebruikt om de seksuele uittrede in kaart te brengen.

Resultaten

Tabel 106. Aantal jaar sinds laatste tongzoen, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS1) (N=358)

<i>Min</i>	0
<i>P25</i>	0.5 jaar
<i>P50</i>	2.6 jaar
<i>P75</i>	10 jaar
<i>Max</i>	79 jaar
<i>N</i>	357

Tabel 107. Aantal jaar sinds laatste keer geslachtsgemeenschap, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS2) (N=358)

<i>Min</i>	.08 jaar
<i>P25</i>	1 jaar
<i>P50</i>	4 jaar
<i>P75</i>	10 jaar
<i>Max</i>	55 jaar
<i>N</i>	346

Tabel 108. Aantal jaar sinds laatste keer seks, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS3) (N=358)

<i>Min</i>	<i>.08 jaar</i>
<i>P25</i>	<i>1 jaar</i>
<i>P50</i>	<i>3 jaar</i>
<i>P75</i>	<i>10 jaar</i>
<i>Max</i>	<i>55 jaar</i>
<i>N</i>	<i>358</i>

2.2.6.8. Redenen geen seksuele contact afgelopen zes maanden

Vraagomschrijving

Bij de respondenten die de afgelopen 6 maanden geen seksueel contact hadden, vragen we naar de redenen daarvoor. Hiervoor krijgt de respondent een uitgebreide lijst van redenen waarop de men kan aanduiden welke reden(en) op hem/haar van toepassing zijn. Er gaat zowel aandacht naar individuele factoren (item 1 tot en met 10), factoren gerelateerd aan de partner (item 11 tot en met 19) als externe factoren (items 20 en 21). Een opsomming van mogelijke redenen is niet exhaustief. Bijgevolg bieden we ook de open antwoordcategorie ‘andere redenen, namelijk...’ aan. Naast de redenen voor niet seksueel actief zijn peilen we ook naar de wens om in de toekomst weer seksueel actief te zijn. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

BRGS7. Kan je aangeven om welke redenen jij in de afgelopen zes maanden geen seks hebt gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

- 1. ik heb daar geen behoefte (meer) aan*
- 2. ik ben er nog niet klaar voor met deze partner*
- 3. ik wil niet meer vrijen met deze partner*
- 4. ik heb geen relatie (meer)*
- 5. ik heb een seksueel probleem*
- 6. ik ben zwanger*
- 7. ik ben net bevallen*
- 8. ik heb een soa*
- 9. ik ben bang om een soa /hiv te krijgen*
- 10. omwille van fysieke gezondheidsredenen*
- 11. mijn partner heeft daar geen behoefte (meer) aan*
- 12. mijn partner is er nog niet klaar voor*
- 13. mijn partner wil niet meer vrijen met mij*
- 14. mijn partner heeft een seksueel probleem*
- 15. mijn partner is zwanger*

16. *mijn partner is net bevallen*
17. *mijn partner heeft een soa*
18. *omwille van fysieke gezondheidsredenen van mijn partner*
19. *mijn partner is overleden*
20. *het is er gewoon niet van gekomen*
21. *religieuze overtuigingen verbieden seks buiten het huwelijk*
22. *andere reden, namelijk:*

BRGS9. Wil je in de toekomst (nog) seks hebben?

1. *ja*
2. *nee*
3. *weet niet*

Motivering

Met deze vragen willen we in kaart brengen om welke redenen respondenten niet (meer) seksueel actief zijn. Hiervoor baseerden we ons op het onderzoek van de Graaf et al. (2005). De lijst met mogelijke redenen waarom men geen seks heeft werd uitgebreid om ook tegemoet te komen aan volwassenen. We wensen een onderscheid te maken tussen redenen gerelateerd aan individuele factoren, redenen gerelateerd aan partnerfactoren en redenen gerelateerd aan externe factoren. Aan de hand van deze vraag zullen we nagaan of er geslachtsverschillen en leeftijdsverschillen zijn in de redenen die respondenten opgeven voor het niet seksueel actief zijn.

Resultaten

Tabel 109. Redenen voor seksuele inactiviteit de afgelopen zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS7) (N=358)

	Percentage
1. <i>Ik heb daar geen behoefte (meer) aan</i>	36.9%
2. <i>Ik ben er nog niet klaar voor met deze partner</i>	1.1%
3. <i>Ik wil niet meer vrijen met deze partner</i>	3.5%
4. <i>Ik heb geen relatie (meer)</i>	35.3%
5. <i>Ik heb een seksueel probleem</i>	5.4%
6. <i>Ik ben zwanger</i>	0.5%
7. <i>Ik ben net bevallen</i>	0%
8. <i>Ik heb een soa</i>	0%
9. <i>Ik ben bang om een soa/biv te krijgen</i>	0.8%
10. <i>Omwille van fysieke gezondheidsredenen</i>	14.2%
11. <i>Mijn partner heeft daar geen behoefte (meer) aan</i>	10.9%
12. <i>Mijn partner is er nog niet klaar voor</i>	0.4%
13. <i>Mijn partner will niet meer vrijen met mij</i>	2.5%
14. <i>Mijn partner heeft een seksueel probleem</i>	5.2%

15. Mijn partner is zwanger	0.4%
16. Mijn partner is net bevallen	0%
17. Mijn partner heeft een soa	0%
18. Omwille van fysieke gezondheidsredenen van mijn partner	6.6%
19. Mijn partner is overleden	11.9%
20. Het is er gewoon niet van gekomen	8.4%
21. Religieuze overtuigingen verbieden seks buiten het huwelijk	0.4%
22. Andere reden	2.5%
N	359

Tabel 110. Al dan niet wensen van seks in de toekomst, bij respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren (BRGS9) (N=358)

	Percentage
1. Ja	51.3%
2. Nee	26.6%
3. Weet niet	22.1%
N	355

2.2.6.9. Seksueel contact met de huidige partner

Vraagomschrijving

We bevragen enkele specifieke kenmerken van seksuele contacten met de huidige partner. Deze vragen stellen we enkel aan respondenten die momenteel een partner hebben en met meerdere personen seksueel contact hadden de afgelopen 6 maanden. Op die manier maken we een onderscheid tussen de seksuele contacten die in de afgelopen 6 maanden in het algemeen plaatsvonden en deze specifiek met de partner. Respondenten die uitsluitend seks hebben gehad met hun huidige partner tijdens de afgelopen 6 maanden, hoeven deze vragen niet opnieuw te beantwoorden.

Ten eerste bevragen we de frequentie van seksuele contacten in een open vraag. Ten tweede peilen we naar het bereiken van een orgasme tijdens deze seksuele contacten. Voor de respondenten die slechts één seksueel contact met de partner rapporteerden, gebeurt dit aan de hand van een ja/nee vraag. De respondenten die meerdere keren seks hadden met hun partner, kunnen de frequentie aangeven op een vijfpuntenschaal gaande van ‘nooit’ tot ‘bijna altijd of altijd’. Ten derde geven respondenten aan in welke mate ze tevreden met het aantal seksuele contacten met hun huidige partner op een vijfpuntenschaal van het Likert-type (variërend van heel ‘tevreden’ tot ‘heel ontevreden’).

Vraag

HP10. Hoe vaak heb je tijdens de afgelopen zes maanden seks gehad met jouw huidige partner?

1. *ik heb de afgelopen zes maanden geen seks gehad met mijn partner*
2. *..... keer*

HP11_1. Je gaf aan dat je tijdens de afgelopen zes maanden één keer seks had met jouw huidige partner. Bereikte je tijdens dat seks een orgasme/ben je klaargekomen?

1. *ja*
2. *nee*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

HP11_2. Je gaf aan dat je tijdens de afgelopen zes maanden meerdere keren seks had met jouw huidige partner. Hoe vaak bereikte je de afgelopen zes maanden tijdens een seks met jouw partner een orgasme/ben je klaargekomen?

1. *Nooit*
2. *Minder dan de helft van de keren*
3. *De helft van de keren*
4. *Meer dan de helft van de keren*
5. *Bijna altijd of altijd*

HP12. Hoe tevreden of ontevreden ben je over het aantal keer dat je gedurende de afgelopen zes maanden seks had met jouw huidige partner?

1. *heel tevreden*
2. *tevreden*
3. *noch tevreden noch ontevreden*
4. *ontevreden*
5. *heel ontevreden*

Motivering

Een belangrijk aspect van een partnerrelatie is de seksuele relatie. We willen daarom enkele kenmerken van de seksuele relatie zoals de frequentie van seksueel contact, de frequentie van een orgasme, de seksuele tevredenheid in kaart brengen. Over de frequentie waarmee mensen seks hebben, bestaan er veel mythes. Op basis van deze vraag wensen we een accuraat beeld te schetsen van de seksfrequentie in een partnerrelatie. Tevens kunnen we een vergelijking maken tussen de seksfrequentie van mensen in een vaste relatie en mensen zonder vaste relatie.

Het bereiken van een orgasme wordt vaak gezien als een noodzakelijk onderdeel van seks. Op basis van deze vraag willen we nagaan hoe vaak mensen een orgasme

bereiken tijdens seks met hun partner, of er hierin geslachtsverschillen zijn en of deze frequentie verschilt naargelang de leeftijdsgroep waartoe men behoort.

Tot slot peilen we naar de tevredenheid met het aantal keer dat men seks heeft gehad de afgelopen zes maanden. Seksuele tevredenheid is immers een belangrijke variabele van seksueel functioneren (Laumann et al., 2006; Lawrance & Byers, 1995; Sprecher, 2002). Deze tevredenheid kan gerelateerd worden aan verschillende aspecten van seksueel functioneren, zoals seksfrequentie, orgasmefrequentie en seksuele disfuncties.

Resultaten

Tabel 111. Seksfrequentie met partner afgelopen zes maanden, bij respondenten met een partner die de afgelopen zes maanden met meerdere personen seks hebben gehad (HP10) (N=64)

	Percentage
<i>Ik heb de afgelopen zes maanden geen seks gehad met mijn partner</i>	5%
<i>1 keer</i>	2%
<i>2 tot 5 keer</i>	6.3%
<i>6 tot 10 keer</i>	11.9%
<i>11 tot 20 keer</i>	22%
<i>21 tot 30 keer</i>	21%
<i>Meer dan 30 keer</i>	31.8%
<i>N</i>	63

Tabel 112. Orgasmefrequentie bij seks met partner afgelopen zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hadden met hun partner en met (een) andere perso(o)nen (HP11_2) (N=59)

	Percentage
<i>1. Nooit</i>	6%
<i>2. Minder dan de helft van de keren</i>	8.2%
<i>3. De helft van de keren</i>	8.1%
<i>4. Meer dan de helft van de keren</i>	13.2%
<i>5. Bijna altijd of altijd</i>	64.5%
<i>N</i>	58

Tabel 113. Tevredenheid over seksfrequentie met huidige partner afgelopen zes maanden, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hadden met hun partner en met (een) andere perso(o)nen (HP12) ($N=59$)

	Percentage
1. Heel tevreden	27.7%
2. Tevreden	42%
3. Noch tevreden, noch ontevreden	11.8%
4. Ontevreden	12.6%
5. Heel ontevreden	6%
<i>N</i>	59

2.2.6.10 Weigering van seksuele contacten met de partner

Vraagomschrijving

Bij respondenten die een partner hebben gaan we na in welke mate een respondent wel eens weigert om seks te hebben met hun partner. We doen dit met behulp van een vijfpuntenschaal gaande van ‘nooit’ tot ‘bijna altijd of altijd’. We bevragen op dezelfde wijze in welke mate de partner van de respondent wel eens seks weigert. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

HP13. Hoe vaak weiger jij om seks te hebben met jouw partner?

1. *Dat gebeurt nooit*
2. *Dat gebeurt zelden*
3. *Dat gebeurt soms*
4. *Dat gebeurt vaak*
5. *Dat gebeurt bijna altijd of altijd*

HP14. Hoe vaak weigert jouw partner om seks te hebben met jou?

1. *Dat gebeurt nooit*
2. *Dat gebeurt zelden*
3. *Dat gebeurt soms*
4. *Dat gebeurt vaak*
5. *Dat gebeurt bijna altijd of altijd*

Motivering

Met behulp van deze vragen willen we in kaart brengen hoe vaak mannen en vrouwen weigeren om seks te hebben met hun partner, en hoe vaak hun partner weigert om seks te hebben met hen. Dit kan vervolgens gerelateerd worden aan verscheidene aspecten van relationeel en seksueel functioneren, zoals relatietevredenheid, seksuele tevredenheid en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Resultaten

Tabel 114. Frequentie van weigeren van seks met partner, bij respondenten met een partner (HP13) (N=1411)

	Percentage
1. Nooit	39%
2. Zelden	38%
3. Soms	17.5%
4. Vaak	4.3%
5. Bijna altijd of altijd	1.2%
N	1344

Tabel 115. Frequentie van weigeren van seks door partner, bij respondenten met een partner (HP14) (N=1411)

	Percentage
1. Nooit	34.7%
2. Zelden	37%
3. Soms	20.3%
4. Vaak	5.3%
5. Bijna altijd of altijd	2.7%
N	1346

2.2.6.11. Context laatste seksueel contact

A. Algemeen

Vraagomschrijving

We bevragen respondenten die de afgelopen zes maanden seksueel contact hebben gehad over hun laatste seksueel contact. We gaan na wanneer dit contact plaats vond, het aantal personen waarmee men seks had (één of meerdere), het geslacht en de leeftijd van deze persoon of personen (indien de laatste sekspartner niet de huidige partner was), de aard van de relatie, de locatie waar dit contact plaatsvond en of dit contact al dan niet gepland was. Indien een respondent aangeeft dat het laatste seksueel contact plaatsvond met de ex-partner, vragen we bijkomend hoe lang de respondent samen is geweest met de ex-partner. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

LC1. Wanneer had je voor het laatst seks? Met seks bedoelen we allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is.

..... dagen geleden

OFweken geleden

OFmaanden geleden

LC2. Had je die laatste keer seks met één persoon of met meerdere personen tegelijk?

1. met één persoon

2. met meerdere personen

LC3a. Met wie had je toen seks?

1. met mijn huidige vaste partner

2. met mijn toenmalige partner, nu mijn ex-partner

3. met iemand waar ik geen relatie mee heb maar af en toe wel seks mee heb

4. met iemand waar ik geen relatie mee heb en één keer seks mee had (one night stand)

5. met iemand anders, namelijk.....

LC3b. Met wie had je toen seks? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. met mijn huidige vaste partner

2. met mijn toenmalige partner, nu mijn ex-partner

3. met iemand waar ik geen relatie mee heb maar af en toe wel seks mee heb

4. met iemand waar ik geen relatie mee heb en één keer seks mee had (one night stand)

5. met iemand anders

LC4a. Wat is het geslacht van deze persoon waarmee je de laatste keer seks had?

1. man

2. vrouw

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

LC4b. Wat is het geslacht van de personen waarmee je de laatste keer seks had?

1. enkel mannen

2. enkel vrouwen

3. zowel een vrouw/vrouwen als een man/mannen

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

LC5. *Hoe lang zijn jij en jouw ex-partner samen (geweest)? Je kan dit uitdrukken in jaren en maanden.*

.....jaren /maanden

LC6. *Was dit seksueel contact op voorhand gepland?*

1. *ja, het was op voorhand gepland*
2. *nee, het was niet op voorhand gepland (het gebeurde onverwacht)*
3. *dat weet ik niet*

LC7. *Hoe oud was degene met wie je seks had?/Hoe oud was jouw ex-partner?*

1. jaar oud
2. *dat weet ik niet (meer)*

LC8. *Waar heb je toen seks gehad?*

1. *in mijn of ons eigen huis of kot/in het huis of kot van de persoon waarmee ik toen seks had*
2. *in een ander huis (dat van mijn of haar/zijn ouders, van vrienden, familie,...)*
3. *op fuif of café, bos, park, strand, toiletten, in de auto...*
4. *op school*
5. *op het werk*
6. *we hebben een hotelkamer gehuurd*
7. *we waren op vakantie, kamp, festival,...*
8. *andere*

Motivering

Met bovenstaande vragen wensen we het laatste seksueel contact dat men heeft gehad de afgelopen zes maanden in kaart te brengen. Dit laatste contact vormt één van de ‘foto’s’ van seksuele gezondheid in Vlaanderen die we willen maken. We willen nagaan wanneer dit laatste contact plaats vond en met wie dit contact plaats vond. We bevragen niet enkel het geslacht van de persoon of personen waarmee men voor het laatst seks had, maar ook de relatie tot deze persoon of personen en de leeftijd van deze persoon.

Daarnaast brengen we in kaart of dit seksueel contact gepland was. Uit de literatuur blijkt immers dat ongeplande seksuele contacten een risicofactor vormen voor onveilig vrijen (Cooper et al., 1989; Flanigan et al., 1990; Poulin et al., 2001, MacDonald et al., 2008). Ook plaats van seksueel contact blijkt een belangrijke risicofactor te zijn voor onveilig vrijen. We wensen na te gaan of bepaalde plaatsen meer geassocieerd zijn met onveilig contact dan andere.

Resultaten

Tabel 116. Aantal dagen sinds laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC1) (N=1332)

	Aantal dagen
<i>Min</i>	<i>0 dagen</i>
<i>P25</i>	<i>2 dagen</i>
<i>P50</i>	<i>4 dagen</i>
<i>P75</i>	<i>14 dagen</i>
<i>Max</i>	<i>182.5 dagen</i>
<i>N</i>	<i>1332</i>

Tabel 117. Laatste seksueel contact met één of meerdere personen, bij seksueel actieve respondenten (LC2) (N=1332)

	Percentage
<i>1. Met één persoon</i>	<i>99.7%</i>
<i>2. Met meerdere personen</i>	<i>0.3%</i>
<i>N</i>	<i>1330</i>

Tabel 118. Partner bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC3) (N=1332)

	Percentage
<i>1. Mijn huidige vaste partner</i>	<i>89.2%</i>
<i>2. Mijn toenmalige partner, nu mijn ex-partner</i>	<i>3.9%</i>
<i>3. Iemand waar ik geen relatie mee heb maar af en toe wel seks mee heb</i>	<i>4.9%</i>
<i>4. Iemand waar ik geen relatie mee heb en één keer seks had (one-night stand)</i>	<i>1.6%</i>
<i>5. Iemand anders</i>	<i>0.4%</i>
<i>N</i>	<i>1317</i>

Tabel 119. Aantal jaren samen geweest met ex-partner, bij seksueel actieve respondenten die met hun ex-partner seks hadden tijdens het laatste seksueel contact (LC5) (N=51)

	Aantal jaren
<i>Min</i>	<i>0.1 jaar</i>
<i>P25</i>	<i>0.3 jaar</i>
<i>P50</i>	<i>1.1 jaar</i>
<i>P75</i>	<i>4.1 jaar</i>
<i>Max</i>	<i>25.8 jaar</i>
<i>N</i>	<i>51</i>

Tabel 120. Al dan niet gepland zijn van laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC6) (N=1332)

	Percentage
1. Ja, het was op voorhand gepland	10.5%
2. Nee, het was niet op voorhand gepland (het gebeurde onverwacht)	85.8%
3. Dat weet ik niet	3.6%
N	1324

Tabel 121. Leeftijd partner bij laatste seksuele contact , bij seksueel actieve respondenten die seks hadden met iemand anders dan de huidige (vaste) partner(LC7) (N=152)

	Percentage
14-17 jaar	7.0%
18-24 jaar	30.7%
25-29 jaar	12.0%
30-39 jaar	21.2%
40-49 jaar	16.0%
50-64 jaar	5.1%
Ouder dan 65 jaar	3.3%
N	152

Tabel 122. Locatie van laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC8) (N=1332)

	Percentage
1. In mijn of ons eigen huis of kot/in het huis of kot van de persoon waarmee ik toen seks had	89.9%
2. In een ander huis (dat van mijn of haar/zijn ouders, van vrienden, familie,...)	4.4%
3. Op fuif of café, bos, park, strand, toiletten, in de auto...	1.1%
4. Op school	0%
5. Op het werk	0%
6. We hebben een hotelkamer gehuurd	0.6%
7. We waren op vakantie, kamp, festival,...	2.7%
8. Andere	1.2%
N	1329

B. Ervaring en beleving

Vraagomschrijving

De vragen naar ervaring en beleving van laatste seksueel contact de afgelopen zes maanden stellen we enkel indien men de afgelopen zes maanden seks heeft gehad. We gaan na hoe positief of negatief men dit contact beleefde, in welke mate men onder invloed was van alcohol en drugs en hoe men zich voelde op het ogenblik van dit

seksuele contact. Bij dit laatste concept konden de respondenten op een vijfpunten-schaal van het Likert type (variërend van ‘helemaal niet van toepassing’ tot ‘helemaal van toepassing’), aangeven in welke mate een aantal stellingen op hen van toepassing zijn. Scores op deze variabele kunnen variëren van 0 tot 25.

De gekozen emoties zijn gebaseerd op het *circumplex model of affect* (Russell, 1980), Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R; DeRogatis et al., 2008), Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS-NL; Watson et al., 1988) en de National Health and Social Life Survey (NHSLS; Laumann et al., 1994). Deze vragen worden in CASI bevraagd.

Vraag

LC9. Hoe heb je dit seksueel contact beleefd?

1. *heel negatief*
2. *eerder negatief*
3. *noch negatief, noch positief*
4. *eerder positief*
5. *heel positief*

LC10. In welke mate was je op dat moment onder invloed van alcohol?

1. *helemaal niet*
2. *eerder niet*
3. *noch wel, noch niet*
4. *eerder wel*
5. *zeer sterk*

LC11. In welke mate was je op dat moment onder invloed van drugs?

1. *helemaal niet*
2. *eerder niet*
3. *noch wel, noch niet*
4. *eerder wel*
5. *zeer sterk*

LC12. Probeer zo accuraat mogelijk te antwoorden op volgende vragen en aan te geven in welke mate volgende stellingen voor jou van toepassing waren op het ogenblik van dit seksueel contact.	Helemaal niet van toepassing	Eerder niet van toepassing	Noch wel, noch niet van toepassing	Eerder wel van toepassing	Helemaal wel van toepassing
1. Ik was op dat ogenblik erg in de war	1	2	3	4	5
2. Ik voelde me toen goed in mijn vel	1	2	3	4	5
3. Ik voelde me toen een aantrekkelijk persoon	1	2	3	4	5
4. Ik had toen het gevoel dat ik het waard was geliefd te worden	1	2	3	4	5
5. Ik voelde me toen waardeloos	1	2	3	4	5

LC13. Hoe voelde je je bij dit seksueel contact? Voelde je je...	Helemaal niet	Eerder niet	Noch wel, noch niet	Eerder wel	Heel erg
1. Gelukkig	1	2	3	4	5
2. Geborgen	1	2	3	4	5
3. Ontspannen	1	2	3	4	5
4. Trots	1	2	3	4	5
5. Zelfzeker	1	2	3	4	5
6. Droevig	1	2	3	4	5
7. Beschaamd	1	2	3	4	5
8. Ontgoocheld	1	2	3	4	5
9. Angstig	1	2	3	4	5
10. Schuldig	1	2	3	4	5

Motivering

Op basis van deze vragen willen we de beleving van het laatste seksueel contact in kaart brengen. Gebruik van alcohol en drugs op het ogenblik van het seksueel contact zijn belangrijke risicofactoren voor onveilig vrijgedrag, en worden om die reden bevraagd (Bryan et al., 2007; George et al., 2009; Sumnall et al., 2007). Alcohol- en druggebruik zullen we relateren aan andere potentiële risicofactoren voor onveilig vrijgedrag, zoals het al dan niet gepland zijn van het seksuele contact.

We willen ook nagaan hoe men zich voelde op het ogenblik van het seksuele contact. Dit gebeurt door middel van twee vragen. In een eerste vraag duiden respondenten aan in welke mate elk van de gepresenteerde stellingen van toepassing waren op het ogenblik van het seksuele contact. Deze stellingen peilen onder andere naar het zelfwaardegevoel van de respondent. Daarnaast wordt aan de respondenten gevraagd in welke mate elk van de gepresenteerde emoties voor hen van toepassing waren. De aangeboden emoties verschillen zowel kwantitatief als kwalitatief. Hierbij hanteren we een tweedimensionale schaal, waarbij de emoties zich enerzijds kwantitatief van elkaar onderscheiden door de mate van arousal. Anderzijds kunnen deze emoties geprojecteerd worden op een continuüm van plezierig tot onplezierig. Er is een gelijke verdeling tussen positieve en negatieve emoties. Ook wat betreft arousal is de verhouding quasi evenwichtig.

Resultaten

Tabel 123. Beleving van laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC9) (N=1332)

	Percentage
1. Heel negatief	1.3%
2. Eerder negatief	1.9%
3. Noch negatief, noch positief	8%
4. Eerder positief	36.1%
5. Heel positief	52.8%
N	1329

Tabel 124. Onder invloed van alcohol bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC10) (N=1332)

	Percentage
1. Helemaal niet	83.3%
2. Eerder niet	7.3%
3. Noch wel, noch niet	4.3%
4. Eerder wel	4.8%
5. Zeer sterk	0.4%
N	1330

Tabel 125. Onder invloed van drugs bij laatste seksueel contact,
bij seksueel actieve respondenten (LC11) (N=1332)

	Percentage
1. Helemaal niet	97.7%
2. Eerder niet	0.9%
3. Noch wel, noch niet	0.5%
4. Eerder wel	0.7%
5. Zeer sterk	0.3%
N	1328

Tabel 126. Zelfbeleving bij laatste seksueel contact,
bij seksueel actieve respondenten (LC12) (N=1332)

	Helemaal niet van toepas- sing	Eerder niet van toepas- sing	Noch wel, noch niet van toepassing	Eerder wel van toepas- sing	Helemaal wel van toepassing	N
1. Ik was op dat ogenblik erg in de war	88.7%	5.9%	1.7%	2.6%	1.1%	1332
2. Ik voelde me toen goed in mij vel	4.9%	3.8%	4.4%	3.2%	56.8%	1327
3. Ik voelde me toen een aantrekkelijk persoon	5.5%	5.4%	21.6%	38.6%	28.9%	1319
4. Ik had toen het gevoel dat ik het waard was om geliefd te worden	5.6%	3.9%	16.2%	37.9%	36.5%	1319
5. Ik voelde me toen waar- deloos	86.6%	6.6%	4.2%	1.7%	1%	1324

Tabel 127. Emoties geassocieerd met laatste seksueel contact,
bij seksueel actieve respondenten (LC13) (N=1332)

	Helemaal niet	Eerder niet	Noch wel, noch niet	Eerder wel	Helemaal wel	N
1. Gelukkig	0.9%	2.3%	6.5%	43.7%	46.5%	1326
2. Geborgen	6%	5.2%	13%	40.8%	35%	1313
3. Ontspannen	1.2%	3.5%	5.2%	42%	48.1%	1325
4. Trots	5.6%	6.9%	33.1%	31.6%	22.8%	1305
5. Zelfzeker	2.6%	5.1%	18.2%	44.1%	30%	1318
6. Droevig	78.9%	12.5%	5.1%	3%	0.5%	1321
7. Beschaamd	78.8%	12.2%	5.2%	2.7%	1%	1321
8. Ontgoocheld	77.9%	12.1%	5.2%	3.6%	1.2%	1320
9. Angstig	84.1%	10.2%	3.8%	1.3%	0.6%	1321
10. Schuldig	84%	8.3%	3.9%	3.1%	0.8%	1320

C. Risico op soa/hiv en zwangerschap

Vraagomschrijving

We peilen bij respondenten die de afgelopen zes maanden seksueel actief zijn geweest naar het risico op hiv/soa en/of zwangerschap tijdens het laatste seksueel contact. We gaan na of men tijdens dit laatste seksuele contact een condoom gebruikte. Deze vraag stellen we niet indien het laatste contact een lesbisch contact betrof. Indien men aangeeft geen condoom te hebben gebruikt, vragen we hoe zeker men was deze persoon (of personen) geen soa of hiv had (of hadden). Indien men aangeeft helemaal zeker te zijn dat deze persoon (of personen) geen soa of hiv had (of hadden), gaan we na waarom men dit zeker wist. Enkel indien men aangeeft helemaal zeker of zeker te zijn dat er geen risico op soa of hiv was bij het seksueel contact, vragen we of het de bedoeling was om zwanger te worden bij dit laatste seksueel contact. Indien men aangeeft dat dit niet de bedoeling was, gaan we na hoe zeker men was dat het seksueel contact niet tot een zwangerschap zou leiden. Deze beide vragen stellen we niet indien het laatste seksueel contact met een persoon van hetzelfde geslacht plaats vond. Indien men aangeeft helemaal zeker te zijn dat het seksueel contact niet tot een zwangerschap zou leiden, gaan we na waarom men hier zeker van was. Voor deze vragen gebruiken we een CASI-structuur.

Vraag

LC16. Heb je toen een condoom gebruikt om besmetting met een soa/hiv te voorkomen?

1. *ja*
2. *nee*

LC17a. Was je zeker dat deze persoon geen soa of hiv had?

1. *helemaal zeker*
2. *zeker*
3. *noch zeker, noch onzeker*
4. *niet zeker*
5. *helemaal niet zeker*

LC17b. Was je zeker dat deze personen geen soa of hiv hadden?

1. *helemaal zeker*
2. *zeker*
3. *noch zeker, noch onzeker*
4. *niet zeker*
5. *helemaal niet zeker*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

LC18. *Waarom wist je dit zeker? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.*

1. *hij/zij had zich pas laten testen*
2. *we hadden in detail over het risico op soa/hiv gesproken en/of ik wist alles over het seksuele verleden van mijn partner*
3. *hij/zij had nooit een andere partner gehad dan ikzelf*
4. *we waren al lang een koppel en hadden geen onveilige seks buiten onze relatie*

LC18b. *Waarom wist je dit zeker? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.*

1. *zij hadden zich pas laten testen*
2. *we hadden in detail over het risico op soa/hiv gesproken en/of ik wist alles over het seksuele verleden van mijn (seks)partners*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

LC19. *Was het bij jouw laatste seksueel contact zonder condoom de bedoeling om zwanger te worden?*

1. *ja*
2. *nee*

LC20. *In welke mate wist je toen zeker dat dit seksueel contact niet zou leiden tot een zwangerschap?*

1. *helemaal zeker*
2. *zeker*
3. *noch zeker, noch onzeker*
4. *niet zeker*
5. *helemaal niet zeker*

LC21. *Waarom wist je dit zeker? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.*

1. *we waren helemaal zeker dat het een veilige periode was om te vrijen (bijvoorbeeld: jij was op dat moment zwanger of je partner was zwanger, nog maar pas bevallen,...)*
2. *we hebben toen op een correcte manier een ander voorbehoedsmiddel gebruikt (bijvoorbeeld spiraal, de pil,...)*
3. *ik heb de penis teruggetrokken voor het klaarkomen*
4. *de persoon waarmee ik seks had/mijn partner heeft zijn penis teruggetrokken voor het klaarkomen*
5. *een van ons was gesteriliseerd of op dat moment niet (langer) vruchtbaar*
6. *er was geen vaginale penetratie*

Motivering

Analoog aan het onderzoek van Bajos et al. (2005) bevragen we condoomgebruik met betrekking tot het laatste seksueel contact. We trachten in kaart te brengen in welke mate er bij het laatste seksueel contact een risico was op soa of hiv en/of op zwangerschap omwille van het niet gebruiken van een condoom. Tevens gaan we na hoe zeker men er van was dat er tijdens het laatste contact geen risico was op soa of hiv en/of op zwangerschap, en waarom men hier zeker van was. Op deze manier wensen we na te gaan hoe vaak er een condoom wordt gebruikt en welke argumenten gehanteerd worden om te stellen dat er zeker geen risico was op zwangerschap en/of op besmetting met soa of hiv. We gaan na of er verschillen zijn in condoomgebruik en aangeduide redenen voor niet-gebruik tussen mannen en vrouwen, naargelang de leeftijdsgroep waartoe men behoort en naargelang de aard van de relatie met de persoon waarmee men toen seks had.

Resultaten

Tabel 128. Gebruik van condoom bij laatste seksueel contact, bij seksueel actieve respondenten (LC16) (N=1330)

	Percentage
1. Ja	9.8%
2. Nee	90.2%
N	1330

Tabel 129. Zekerheid over feit dat sekspartner geen soa/hiv had, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact (LC17a) (N=1198)

	Percentage
1. Helemaal zeker	84.1%
2. Zeker	11.1%
3. Noch zeker, noch onzeker	2.2%
4. Niet zeker	1.6%
5. Helemaal niet zeker	0.9%
N	1198

Tabel 130. Reden van zekerheid over feit dat sekspartner geen soa/hiv had, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact en zeker of helemaal zeker waren dat hun sekspartner geen soa/hiv had (LC18a) (N=1142)

	Percentage
1. Hij/zij had zich pas laten testen	7.7%
2. We hadden in detail over het risico op soa/hiv gesproken en/of ik wist alles over het seksuele verleden van mijn partner	12.7%
3. Hij/zij had nooit een andere partner gehad dan ikzelf	24.7%
4. We waren al lang een koppel en hadden geen onveilige seks buiten onze relatie	69.4%
N	1142

Tabel 131. Zwangerschapsintentie bij laatste heteroseksueel contact zonder condoom, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact (LC19) (N=1198)

	Percentage
1. Ja	6.3%
2. Nee	93.7%
N	1063

Tabel 132. Mate van zekerheid over feit dat heteroseksueel contact niet zou leiden tot zwangerschap, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact (LC20) (N=996)

	Percentage
1. Helemaal zeker	77.3%
2. Zeker	16.8%
3. Noch zeker, noch onzeker	2.8%
4. Niet zeker	1.7%
5. Helemaal niet zeker	1.4%
N	996

Tabel 133. Reden voor zekerheid over feit dat heteroseksueel contact niet zou leiden tot zwangerschap, bij seksueel actieve respondenten die geen condoom gebruikten bij het laatste seksueel contact en zeker of helemaal zeker waren dat dit contact niet zou leiden tot zwangerschap (LC21) (N=938)

	Percentage
1. We waren helemaal zeker dat het een veilige periode was om te vrijen (bijvoorbeeld: jij was op dat moment zwanger of je partner was zwanger, nog maar pas bevallen,...)	12.4%
2. We hebben toen <u>op een correcte manier</u> een ander voorbehoedsmiddel gebruikt (bijvoorbeeld spiraal, de pil,...)	42.5%
3. Ik heb de penis teruggetrokken voor het klaarkomen	2.8%
4. De persoon waarmee ik seks had/mijn partner heeft zijn penis teruggetrokken voor het klaarkomen	1.4%
5. Een van ons was gesteriliseerd of op dat moment niet (langer) vruchtbaar	42.1%
6. Er was geen vaginale penetratie	4.8%
N	938

2.2.7. Seksuele praktijken, beleving en consumptie

2.2.7.1. Seksuele praktijken

Vraagomschrijving

We gaan na welke seksuele handelingen mensen de afgelopen zes maanden hebben gesteld. Voor elke handeling geeft men aan of men ze al dan niet heeft gesteld. Indien men bevestigend antwoordt op de vraag of men ook ‘andere’ seksuele handelingen heeft gesteld, krijgt men een tweede vraag met minder gebruikelijke seksuele handelingen. We stellen beide vragen enkel aan mensen die aangeven dat ze de afgelopen zes maanden seksueel actief waren. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

SEZ20. Kan je voor elk van volgende handelingen aangeven of je ze de afgelopen zes maanden hebt gedaan?	Ja	Nee
1. Knuffelen	1	2
2. Strelen boven de kleren	1	2
3. Strelen onder de kleren	1	2
4. Naakt bij elkaar liggen	1	2
5. Elkaars naakte lichaam strelen	1	2
6. Droog vrijen (seks waarbij met de geslachtsdelen tegen het lichaam of de geslachtsdelen van de andere persoon wordt gewreven)	1	2
7. De geslachtsdelen van de andere persoon met de hand stimuleren of aanraken	1	2
8. Pijpen of beffen (orale seks geven)	1	2
9. Gepijpt of gebeft worden (orale seks ontvangen)	1	2
10. Vaginale seks (penetratie van de penis in de vagina)	1	2

11. Actieve anale seks (seks waarbij jij de anus van de andere persoon penetreert)	1	2
12. Passieve anale seks (seks waarbij de andere persoon jouw anus penetreert)	1	2
13. Gebruik van seksspeeltjes (zoals dildo, vibrator,...)	1	2
14. Andere (hiermee bedoelen we andere handelingen dan diegene die hierboven staan om seksueel opgewonden te worden of iemand op te winden)	1	2

SEZ21. Je gaf aan dat je ook al andere handelingen hebt uitgevoerd. Kan je voor elk van volgende handelingen aanduiden of je ze hebt gedaan?	Ja	Nee
1. Likken van de anus (rimmen)	1	2
2. Een trio of groepsseks (seks met drie of meer personen)	1	2
3. Sadomasochisme (SM; seks waarbij dominantie, vernedering en/of pijn een belangrijke rol spelen)	1	2
4. Bondage (seks waarbij het vastbinden of beperken van bewegingsvrijheid een belangrijke rol spelen)	1	2

Motivering

Met deze vraag trachten we in kaart te brengen welke seksuele handelingen de Vlamingen stellen. Aangezien niet iedereen vertrouwd is met de benamingen van de verschillende handelingen, geven we bij bepaalde handelingen een korte omschrijving. We gaan na welke handelingen het meest voorkomen, en welke eerder uitzonderlijk zijn. We maakten zelf reeds een onderscheid tussen “meer doorsnee” seksuele activiteiten en “andere” seksuele activiteiten. We hebben er voor gekozen om deze ‘andere’ seksuele handelingen in een aparte vraag te stellen, om te vermijden dat mensen aanstoot zouden nemen aan bepaalde handelingen.

Voor de selectie van seksuele handelingen hebben we ons gebaseerd op andere internationale bevolkingsonderzoeken rond seksualiteit (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Bajos, 2008). Deze vulden we aan met een aantal andere intieme handelingen, die minder seksueel geladen zijn. Met deze opsomming wensen we seksueel contact zo breed mogelijk te definiëren.

Resultaten

Tabel 134. Seksuele handelingen in de afgelopen 6 maanden, bij seksueel actieve respondenten (SEZ20) (N = 1332)

	Percentage
1. Knuffelen	66.2%
2. Strelen boven de kleren	54.9%
3. Strelen onder de kleren	55.6%
4. Naakt bij elkaar liggen	57.5%
5. Elkaars naakte lichaam strelen	56.3%
6. Droog vrijen (seks waarbij met de geslachtsdelen tegen het lichaam of de geslachtsdelen van de andere persoon wordt geureven)	31.4%
7. De geslachtsdelen van de andere persoon met de hand stimuleren of aanraken	60.3%
8. Pijpen of beffen (orale seks geven)	40.2%
9. Gepijpt of gebeft worden (orale seks ontvangen)	37.4%
10. Vaginale seks (penetratie van de penis in de vagina)	60.1%
11. Actieve anale seks (seks waarbij jij de anus van de andere persoon penetreert)	4.2%
12. Passieve anale seks (seks waarbij de andere persoon jouw anus penetreert)	4.1%
13. Gebruik van seksspeeltjes (zoals dildo, vibrator,...)	11%
14. Andere (hiermee bedoelen we andere handelingen dan diegene die hierboven staan om seksueel opgewonden te worden of iemand op te winden)	5.4%
N	1332

Tabel 135. Andere seksuele handelingen, voor respondenten die ‘andere aanduiden bij SEZ20 (SEZ21) (N = 98)

	Percentage
1. Likken van de anus (rimmen)	1.2%
2. Een trio of groepsseks (seks met drie of meer personen)	0.3%
3. Sadoomasochisme (SM; seks waarbij dominantie, vernedering en/of pijn een belangrijke rol spelen)	0.3%
4. Bondage (seks waarbij het vastbinden of beperken van bewegingsvrijheid een belangrijke rol spelen)	0.6%
N	1332

2.2.7.2. Porno

Vraagomschrijving

We vragen aan alle respondenten of ze ooit naar porno hebben gekeken. We omschrijven porno ruim als foto's, plaatjes of films waarop de geslachtsdelen duidelijk te zien zijn. Indien men aangeeft ooit naar porno te hebben gekeken vragen we bijkomend hoe vaak men de laatste zes maanden naar porno heeft gekeken. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

PO1. Heb je ooit naar porno gekeken? Het gaat daarbij om foto's, plaatjes, of films waarop je het mannelijke geslachtsdeel (penis) en/of het vrouwelijke geslachtsdeel (vagina) duidelijk kunt zien. Ook kan je in sommige gevallen duidelijk zien dat mensen seks hebben met elkaar.

- 1. ja*
- 2. nee*
- 3. geen antwoord*

PO2. Hoe vaak heb je in de voorbije zes maanden naar porno gekeken?

- 1. niet tijdens de voorbije zes maanden*
- 2. een uitzonderlijke keer*
- 3. ongeveer één keer per maand*
- 4. meerdere keren per maand*
- 5. ongeveer één keer per week*
- 6. meerdere keren per week*
- 7. dagelijks*

Motivering

Voor de bevraging van pornogebruik baseerden we ons op het onderzoek Seks in Nederland (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Analooq aan de Nederlandse bevraging kozen we er voor om aan deelnemers te vragen of ze ooit naar porno hebben gekeken, en zo ja hoe vaak ze de afgelopen zes maanden naar porno hebben gekeken. Om te verduidelijken wat wij onder porno begrijpen, geven we in de vraagstelling aan dat het zowel gaat om foto's, plaatjes als films waarop de mannelijke en/of vrouwelijke geslachtsdelen te zien zijn.

In de literatuur is er steeds meer aandacht voor pornogebruik en de relatie met seksuele tevredenheid en seksualiteitsbeleving (Štulhofer et al., 2009; 2010). Onderzoek richt zich hierbij vaak op jongeren, die verondersteld worden het meest vatbaar te zijn voor deze invloeden. Wij hebben er voor gekozen om de vragen rond pornogebruik aan alle respondenten te stellen. We gaan na of er een verband bestaat met seksuele tevredenheid, seksuele ervaring en seksuele praktijken. Tevens gaan we na of dit verband verschilt naargelang het geslacht en naargelang de leeftijd van deelnemers.

Resultaten

Tabel 136. Ooit porno bekeken (PO1) (N=1751)

	Percentage
<i>1.Ja</i>	75.3%
<i>2.Nee</i>	24.7%
<i>N</i>	1751

Tabel 137. Frequentie porno in de afgelopen 6 maanden (SEZ21) (N = 1358)

	Percentage
1. Niet tijdens de voorbije zes maanden	40.2%
2. Een uitzonderlijke keer	22.9%
3. Ongeveer één keer per maand	13.3%
4. Meerdere keren per maand	9.9%
5. Ongeveer één keer per week	6.7%
6. Meerdere keren per week	6.4%
7. Dagelijks	0.6%
N	1358

2.2.7.3. Prostitutie

Vraagomschrijving

Aan alle respondentenvragen we of ze ooit in hun leven naar een prostitué(e) zijn geweest. Indien men bevestigend antwoordt, gaan we na hoe vaak men de afgelopen zes maanden naar een prostitué(e) is geweest. Indien men aangeeft één of meerdere malen naar een prostitué(e) te zijn geweest de afgelopen zes maanden vragen we naar het geslacht van deze prostitué(e), of men toen vaginale, anale of orale seks had en of men toen een condoom gebruikte. We bevragen deze variabelen via CASI. Enkel de resultaten over hoe vaak de respondenten naar een prostitué(e) gingen worden weergegeven. De resultaten voor de andere vragen worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook paragraaf XX in deel 2 ‘Kleine aantallen’).

Vraag

Pros1. Hoe vaak ben je in je leven naar een prostitué(e) geweest?

1. *nog nooit*
2. *..... keer*
3. *geen antwoord*

Pros2. Hoe vaak ben je in de afgelopen zes maanden naar een prostitué(e) geweest?

1. *geen enkele keer*
2. *..... keer*
3. *geen antwoord*

Pros3. Was dat toen met ...

1. *een jongen/man*
2. *een meisje/vrouw*
3. *andere*

Pros4. Had je toen anale, vaginale of orale seks?

1. *ja*
2. *nee*
3. *geen antwoord*

Pros5. Heb je toen een condoom gebruikt?

1. *ja*
2. *nee*
3. *geen antwoord*

Pros6. Waren dit ...

1. *alleen meisjes/vrouwen*
2. *voornamelijk meisjes/vrouwen*
3. *ongeveer net zoveel meisjes/vrouwen als jongens/mannen*
4. *voornamelijk jongens/mannen*
5. *alleen jongens/mannen*
6. *geen antwoord*

Pros7. Hoe vaak heb je een condoom gebruikt toen je een prostitué(e) bezocht?

1. *nooit*
2. *zelden*
3. *soms*
4. *vaak*
5. *altijd of bijna altijd*
6. *geen antwoord*

Motivering

In vergelijking tot internationale seksonderzoeken, bevragen we prostitutiebezoek expliciet en vrij uitgebreid (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Bajos et al., 2008, Erens et al., 2001). We bevragen niet enkel of men ooit een prostitué(e) heeft bezocht en hoe vaak men dat deed de afgelopen zes maanden, maar ook wat het geslacht was van deze prostitué(e), of er orale, vaginale of anale seks plaats vond en hoe vaak men tijdens het bezoek een condoom gebruikte. We hebben voor deze uitgebreide bevraging gekozen omdat er tot op heden weinig geweten is over prostitutiebezoek in Vlaanderen. Zo weten we niet hoe vaak mensen bij een prostitué(e) gaan en of ze naar een mannelijke of een vrouwelijke prostitué gaan. We verwachten dat prostitutiebezoek frequenter gebeurt door mannen dan door vrouwen en we willen in kaart brengen of er verschillen zijn in frequentie van bezoek naargelang de leeftijdscategorie en seksuele oriëntatie van de deelnemers. Het is tevens interessant om na te gaan of mensen die bij een prostitué(e) gaan ook daadwerkelijk seksueel contact hebben. Ten slotte is het naar gezondheidsbeleid en preventie toe belangrijk om na te gaan hoe vaak mensen een condoom gebruiken wanneer ze een prostitué(e) bezoeken.

Resultaten

Tabel 138. Frequentie prostitutie(e) bezoek gedurende levensloop (Pros1) (N = 1812)

	Percentage
<i>Nooit</i>	93.4%
<i>1 keer</i>	1.8%
<i>2 keer</i>	0.8%
<i>3 keer</i>	1.1%
<i>4 keer</i>	0.3%
<i>5 keer</i>	0.7%
<i>6 keer</i>	0.2%
<i>7 of meer keer</i>	1.6%
<i>N</i>	1812

Tabel 139. Frequentie prostitutie(e) bezoek in de afgelopen 6 maanden, bij respondenten die ooit naar een prostitutie(e) geweest zijn (Pros2) (N = 129)

	Percentage
<i>Geen enkele keer</i>	73.6%
<i>1 keer</i>	13.3%
<i>2 keer</i>	5%
<i>3 keer</i>	2.4%
<i>4 keer</i>	0.9%
<i>5 keer</i>	0%
<i>6 keer</i>	1.1%
<i>7 of meer keer</i>	3.7%
<i>N</i>	129

2.2.7.4. Vreemdgaan

Vraagomschrijving

De volgende vragen betreffen seks met een andere persoon dan de vaste partner. Deze vragen stellen we enkel aan mensen die aangeven dat ze ooit seksueel actief waren. Vreemdgaan betekent voor ons het hebben van seksueel contact met een andere persoon zonder dat je eigen partner daar van op de hoogte is. We brengen dit in kaart indien men momenteel een vaste partner heeft. Indien dit niet het geval is, stellen we de vraag voor eerdere ondertussen beëindigde relaties. Aan respondenten die aangeven dat ze de afgelopen zes maanden seksueel contact hadden met een andere persoon dan de vaste partner vragen we of men seksueel contact had met één andere persoon dan wel met meerdere andere personen. Indien men met één andere persoon seks had de afgelopen zes maanden, gaan we bijkomend na of men er één maal seks mee had of meerdere keren. Omdat vreemdgaan ook een psychologische

component kan hebben gaan we tevens na of de vaste partner daarvan op de hoogte is. Deze laatste vraag stellen we ook aan mensen die aangeven dat ze met meerdere andere personen seks hadden de afgelopen zes maanden.

Verder vragen we aan alle respondenten of ze ooit tijdens een vaste relatie verliefd zijn geworden op iemand anders. Ten slotte vragen we aan deelnemers met een vaste partner of hun partner ooit seks heeft gehad met iemand anders tijdens hun relatie. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

VR1. Je gaf aan dat je de afgelopen zes maanden seksueel contact hebt gehad met een andere persoon dan je huidige partner. Kan je aangeven wat van toepassing is?

1. *ik heb seksueel contact gehad met één andere persoon dan mijn partner, tijdens mijn huidige relatie*
2. *ik heb seksueel contact gehad met meerdere andere personen dan mijn partner, tijdens mijn huidige relatie*
3. *ik had tijdens de afgelopen zes maanden seksueel contact met (een) ander(en), maar toen was ik nog niet samen met mijn huidige partner*
4. *geen antwoord*

VR2. Kan je aangeven wat van toepassing is?

1. *ik had er één keer seks mee*
2. *ik had er meerdere keren seks mee*

VR3. Was jouw partner hier op dat moment van op de hoogte?

1. *ja*
2. *nee*
3. *van sommige wel, van andere niet*

VR4a. Ben je ooit al eens verliefd geworden op iemand anders terwijl je een vaste relatie had?

1. *ja, één keer*
2. *ja, meerdere keren*
3. *nee, want ik had nog nooit een vaste relatie*
4. *nee*

VR5. Heb je ooit tijdens een vaste relatie seks gehad met een andere persoon dan jouw partner?/Heb je ooit een andere keer tijdens een vaste relatie seks gehad met een andere persoon dan jouw partner?

1. *ja, met één andere persoon*
2. *ja, met meerdere andere personen*
3. *nee*

VR6. *Kan je aangeven wat van toepassing is?*

1. *ik had er één keer seks mee*
2. *ik had er meerdere keren seks mee*

VR7. *Was je toenmalige partner daarvan op de hoogte?*

1. *ja*
2. *nee*
3. *van sommige wel, van andere niet*

VR8. *Heeft jouw partner wel eens seks gehad met iemand anders tijdens jullie relatie?*

1. *ja, één keer*
2. *ja, meerdere keren*
3. *nee*
4. *ik weet het niet*

Motivering

In vergelijking met andere internationale bevolkingsonderzoeken rond seksualiteit, bevragen we seksueel contact met iemand anders dan de partner vrij uitgebreid (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Bajos et al., 2008). Aangezien we er van uitgaan dat het onderscheid tussen seksueel contact met één andere persoon dan de vaste partner en seksueel contact met meerdere andere personen dan de vaste partner belangrijk is, vragen we aan de deelnemers om aan te geven wat voor hen van toepassing is. We veronderstellen dat de repercussies van een eenmalig seksueel contact met iemand anders dan de vaste partner anders zullen zijn dan de repercussies van herhaalde seksuele contacten met iemand anders dan de vaste partner. Daarom vragen we aan respondenten om aan te geven wat op hen van toepassing is. Om na te gaan wat de eventuele implicaties van dit seksueel contact met iemand anders dan de partner zijn, vragen we ook of de (toenmalige) partner hiervan op de hoogte was of is. Ook seksueel contact van de partner met iemand anders tijdens de relatie kan gevolgen hebben voor de relatie, daarom vragen we aan respondenten of hun partner tijdens hun relatie seks heeft gehad met iemand anders.

We wensen ‘vreemdgaan’ niet te beperken tot louter seksueel contact. Ook zonder de aanwezigheid van seksueel contact kan er voor sommigen nog sprake zijn van vreemdgaan. Omwille van die reden vragen we aan de deelnemers om aan te geven of ze ooit verliefd zijn geworden op iemand anders, tijdens een vaste relatie.

Resultaten

Tabel 140. Persoon met wie men de afgelopen 6 maand seks had, die niet huidige partner is, bij respondenten die de afgelopen 6 maanden seks hadden met hun vaste partner (VR1) (N = 59)

	Percentage
1.Ik heb seksueel contact gehad met één andere persoon dan mijn partner, tijdens mijn huidige relatie	49.2%
2.Ik heb seksueel contact gehad met meerdere andere personen dan mijn partner, tijdens mijn huidige relatie	27.7%
3.Ik had tijdens de afgelopen zes maanden seksueel contact met (een) ander(en), maar toen was ik nog niet samen met mijn huidige partner	23.1%
N	59

Tabel 141. Verliefd op andere persoon dan eigen partner (VR4a) (N = 1825)

	Percentage
1.Ja, één keer	24.2%
2.Ja, meerdere keren	16.4%
3.Nee, want ik had nog nooit een vaste relatie	5.5%
4.Nee	53.8%
N	1693

Tabel 142. Seks met een andere persoon dan partner op het moment van een vaste relatie, bij seksueel actieve respondenten die ooit al een vaste relatie hadden (VR5) (N = 1637)

	Percentage
1.Ja, met één andere persoon	15.9%
2.Ja, met meerdere andere personen	7.2%
3.Nee	76.9%
N	1637

Tabel 143. Aantal keer seks met andere persoon buiten partner op het moment van een vaste relatie, bij respondenten die ooit seks hadden met andere persoon dan hun partner (VR6) (N = 259)

	Percentage
1.Ik had er één keer seks mee	41.4%
2.Ik had er meerdere keren seks mee	58.6%
N	259

Tabel 144. Was partner op de hoogte van seks met andere persoon op moment van relatie, bij respondenten die ooit seks hadden met andere persoon dan hun partner (VR7) (N=372)

	Percentage
1.Ja	14.7%
2.Nee	79.5%
3.Van sommige wel, van andere niet	5.8%
N	372

Tabel 145. Partner seks met andere persoon op het moment van de relatie met respondent, bij respondenten die momenteel een vaste relatie hebben of gehuwd zijn of samenwonend (VR8) (N = 339)

	Percentage
1.Ja, één keer	8%
2.Ja, meerdere keren	14.3%
3.Nee,	40.5%
4.Ik weet het niet	37.2%
N	339

2.2.8. Partnerrelatie

2.2.8.1. Partner

Vraagomschrijving

Aan respondenten die een partner hebben vragen we hun burgerlijke staat en enkele partnergegevens zoals geslacht en leeftijd. Daarnaast peilen we ook naar hoe de respondent zijn/haar partner heeft leren kennen. Indien de respondent aangeeft dat hij/zij zijn/haar partner heeft leren kennen via het internet vragen we via welk internetkanaal dit was. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

HP1. Wat is het geslacht van jouw partner?

1. man
2. vrouw

HP2. Wat is de leeftijd van jouw partner?

Hij/zij is.....jaar oud

HP3. Hoe hebben jullie elkaar leren kennen? Je kan meerdere antwoorden aangeven.

1. op school/hogeschool/universiteit
2. op het werk of via het werk
3. via familie, vrienden of kennissen

- 4. *via het internet*
- 5. *in een café, bar, restaurant of club*
- 6. *via een organisatie, jeugdbeweging, sportclub of groep*
- 7. *op reis*
- 8. *op een openbare plaats (park, museum, bus, op straat, winkel,...)*
- 9. *via een dating- of huwelijksbureau of een contactadvertentie*
- 10. *we waren burenl/ we waren huisgenoten*
- 11. *het ging om iemand die mijn ouders/mijn familie als huwelijkskandidaat hadden voorgesteld*
- 12. *andere*

HP4. *Kan je aangeven wat van toepassing was?*

- 1. *ik had mezelf ingeschreven op een datingwebsite*
- 2. *we leerden elkaar kennen via een chatroom of forum*
- 3. *we leerden elkaar kennen via een sociale netwerksite (Facebook, Netlog)*
- 4. *we maakten deel uit van dezelfde internet-community*
- 5. *andere*

Motivering

Gelijkaardig aan internationale seksonderzoeken, vragen we naar het geslacht en de leeftijd van de partner van de respondent (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Bajos et al., 2008). Bovendien vragen we, in navolging van NASTAL II (Erens et al., 2001) en TIES (2006) ook waar de respondenten hun partner hebben leren kennen. Op basis van de pilootstudie en focusgroepen hebben we – in vergelijking met NASTAL II en TIES- de antwoordcategorieën uitgebreid.

Resultaten

Tabel 146. Geslacht van de partner, bij respondenten met een vaste partner, die gehuwd zijn of samenwonend (HP1) (N = 1412)

	Percentage
<i>Man</i>	49.6%
<i>Vrouw</i>	50.4%
<i>N</i>	1406

Tabel 147. Gemiddelde leeftijd van de partner, bij respondenten die een vaste partner hebben, gehuwd zijn of samenwonend (HP2) (N = 1417)

	Leeftijd partner
<i>Gemiddelde leeftijd</i>	46.06 jaar
<i>Minimum - Maximum</i>	13-86 jaar
<i>Range</i>	73 jaar
<i>SD</i>	16.54 jaar
<i>N</i>	1392

Tabel 148. Overzicht waar partners mekaar hebben leren kennen, bij respondenten die een vaste partner hebben, gehuwd zijn of samenwend (HP3) (N =1411)

	Percentage
<i>Op school/hogeschool/universiteit</i>	10.4%
<i>Op het werk/via het werk</i>	9.9%
<i>Via familie/vrienden/kennissen</i>	26.0%
<i>Via het internet</i>	5.0%
<i>In een café, bar, restaurant of club</i>	35.1%
<i>Via een organisatie, jeugdbeweging, sportclub of groep</i>	13.2%
<i>Op reis</i>	3.6%
<i>Op een openbare plaats (park, museum, bus, op straat, winkel,...)</i>	5.8%
<i>Via een dating- of huwelijksbureau of een contactadvertentie</i>	0.7%
<i>We waren buren/we waren huisgenoten</i>	2.6%
<i>Het ging om iemand die mijn ouders/mijn familie als huwelijkskandidaat hadden voorgesteld</i>	0.4%
<i>Andere</i>	3.7%
<i>N</i>	1411

Tabel 149. Overzicht internetkanalen, bij respondenten die de partner leerden kennen via internet (HP4) (N = 71)

	Percentage
<i>Ik had mezelf ingeschreven op een datingsite</i>	23.6%
<i>We leerden elkaar kennen via een chatroom of forum</i>	30.1%
<i>We leerden elkaar kennen via een sociale netwerksite</i>	35.4%
<i>We maakten deel uit van dezelfde internet community</i>	3.6%
<i>Andere</i>	7.3%
<i>N</i>	71

2.2.8.2. Partnerkeuze

Vraagomschrijving

Met onderstaande vragen peilen we naar enkele contextgegevens van de partnerrelatie: in welke mate heeft de respondent zijn/haar partner zelf kunnen kiezen, zijn de respondent en zijn/haar partner ooit een tijdje uit elkaar geweest en zo ja, hoelang dit was. We stellen onderstaande vragen aan alle respondenten die op dit moment een vaste partner hebben (ongeacht gehuwd of wettelijk samenwonend). We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

HP5. Heb je het gevoel dat je jouw partner volledig vrij hebt kunnen kiezen? Hiermee bedoelen we dat jou ouders, gezinsleden, (goede) vrienden,... je vrijgelaten hebben in jouw partnerkeuze.

1. *Helemaal niet*
2. *Eerder niet*
3. *Noch wel, noch niet*
4. *Eerder wel*
5. *Helemaal wel*

HP6. Zijn jij en je partner tijdens jullie relatie ooit een tijdje uit elkaar geweest?

1. *Ja*
2. *Nee*

HP7. Hoe lang zijn jullie de laatste keer uit elkaar geweest?

- *dagen*
- *OF* *weken*
- *OF* *maanden*
- *OF* *jaren*

Motivering

Het doel van bovenstaande vragen is om enkele contextgegevens van de partner in kaart te brengen. Mogelijks spelen factoren zoals een tijdelijke relatiebreuk en het al dan niet vrij kunnen kiezen van de partner een rol op het vlak van relatietevredenheid en seksuele tevredenheid.

Resultaten

Tabel 150. Vrijheid van partnerkeuze, bij respondenten die een vaste partner hebben of gehuwd zijn of samenwonend (HP5) ($N = 1411$)

	Percentage
<i>Helemaal niet</i>	1.3%
<i>Eerder niet</i>	0.7%
<i>Noch wel, noch niet</i>	0.7%
<i>Eerder wel</i>	8.4%
<i>Helemaal wel</i>	88.8%
<i>N</i>	1408

Tabel 151. Tijdelijke relatiebreuk, bij respondenten die een vaste partner hebben of gehuwd zijn of samenwonend (HP6) ($N = 1411$)

	Percentage
<i>Ja</i>	14.1%
<i>Neen</i>	85.9%
<i>N</i>	1411

2.2.9. Grensoverschrijdend (seksueel) gedrag

2.2.9.1. Grensoverschrijdend seksueel gedrag

Vraagomschrijving

Onderstaande vragen peilen naar de ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze vragen worden enkel voorgelegd aan respondenten die op het moment van de survey 18 jaar zijn of ouder. Zij worden zowel retrospectief bevraagd over mogelijke ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag voor hun 18^e (GSG1) als over mogelijke ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag na hun 18^e (GSG17). In beide delen wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag op dezelfde manier bevraagd. Omdat respondenten verschillende dingen kunnen verstaan onder seksueel grensoverschrijdend gedrag worden negen concrete gedragingen voorgelegd waarop respondenten antwoorden met ‘ja’ of ‘neen’. Als respondenten ‘ja’ antwoorden op het item ‘heeft iemand seksueel iets anders gedaan tegen je zin’, dan worden zij doorverwezen naar vraag GSG1.1 (GSG17.1 na 18 jaar) waar we via een open vraag peilen naar wat er precies gebeurd is.

Vraag

GSG1. / GSG17. Heeft iemand één of meer van de volgende zaken bij jou gedaan toen je nog geen 18 jaar was/ nadat je 18 jaar bent geworden?	nee	ja
1. Kwetsende seksueel getinte opmerkingen gemaakt tegen jou?	1	2
2. Je op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt?	1	2
3. Je gedwongen om naakt te zijn terwijl je dat niet wou?	1	2
4. Je gedwongen om naar seksuele beelden te kijken terwijl je dat niet wou?	1	2
5. Je gedwongen tot masturbatie terwijl je dat niet wou?	1	2
6. Je gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan?	1	2
7. Je proberen verkrachten? (seksueel binnendringen via vagina of anus)	1	2
8. Je verkracht? (seksueel binnendringen via vagina of anus)	1	2
9. Seksueel iets anders gedaan tegen je zin?	1	2

GSG1.1 & GSG18.1 *Je gaf aan dat iemand nog iets anders bij jou heeft gedaan. Wat is er toen gebeurd? (open vraag)*

Motivering

Om ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag te bevragen baseren we ons op de definitie van seksuele gezondheid zoals omschreven door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO, department of reproductive health & research, 2006) “... *Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om tot seksuele gezondheid te komen en te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd en waargemaakt*”.

De module ‘seksueel grensoverschrijdend gedrag’ peilt hoofdzakelijk naar het laatste aspect uit deze WHO definitie. Seksueel geweld is een vaak voorkomend probleem dat ernstige fysieke en/of mentale gevolgen kan hebben (Coker, 2007; Wiehe, 1998). Vaak richten studies die peilen naar seksueel geweld zich hoofdzakelijk op meisjes of vrouwen als slachtoffer en mannen als geweldpleger. In de huidige studie is er vanuit ethische en methodologische overwegingen voor gekozen om enkel slachtofferschap te bevragen en dit zowel bij vrouwen als bij mannen. We onderscheiden twee grote delen in deze module:

- (1) ervaringen met seksueel geweld vóór de leeftijd van 18 jaar en
- (2) ervaringen met seksueel geweld na de leeftijd van 18 jaar.

In beide delen wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag op dezelfde manier bevraagd. De strikte splitsing van beide onderdelen is gebaseerd op tal van onderzoek dat heeft aangetoond dat seksueel grensoverschrijdend gedrag in de kindertijd, naast enkele andere risicofactoren, de belangrijkste risicofactor is om op volwassen leeftijd eveneens het slachtoffer te worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Meston,

Heiman, & Trapnell 1999; Polusny & Follette, 1995; Wiehe, 1998). Naast deze verhoogde kans om op volwassen leeftijd opnieuw geconfronteerd te worden met seksueel grensoverschrijdend gedrag is er ook evidentie voor gevonden dat slachtoffers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de kindertijd vaker geconfronteerd worden met fysiek, psychologisch en/of seksueel geweld in de partnerrelatie (Arata, 2002; Barnes, Noll, Putnam & Trickett, 2009; Friesen, 2010; Messman-Moore & Long, 2003).

Wanneer men seksueel grensoverschrijdend gedrag wil operationaliseren dan blijkt dat er in tal van onderzoeken een grote variëteit is in het aantal geïnventariseerde daden. Sommige onderzoeken benaderen seksueel geweld heel nauw en omschrijven het enkel als de poging tot penetratie of penetratie. Andere onderzoeken hanteren een ruime definitie en nemen ook niet fysieke handelingen op. In de huidige studie vetrekken we van de ruime omschrijving van het begrip. We maken een onderscheid tussen twee groepen van gedragingen: (1) seksueel grensoverschrijdende gedragingen zonder fysiek contact en (2) seksueel grensoverschrijdende gedragingen met fysiek contact (Kuyper, 2008). Seksueel grensoverschrijdende gedragingen met fysiek contact omvatten volgende gedragingen: op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt worden, gedwongen worden orale seks uit te voeren of toe te staan, poging tot verkrachting en verkrachting. Seksueel grensoverschrijdende gedragingen zonder fysiek contact omvatten: kwetsende seksueel getinte opmerkingen, gedwongen worden om naakt te zijn en gedwongen worden tot masturbatie. Het opnemen van een grotere variëteit aan seksuele handelingen laat ons toe om meer genuanceerde uitspraken te doen inzake algemene prevalentie cijfers. Om respondenten, die het slachtoffer werden van een andere niet toegevoegde seksuele handeling, de kans te geven om hun ervaring te uiten is er een item toegevoegd dat peilt naar deze ervaring(en), met name “heeft iemand seksueel iets anders gedaan tegen je zin?”. Indien de respondent dit antwoord aankruist dan wordt hij/zij doorverwezen naar een open vraag waar de ervaring kan worden neergeschreven. We bevragen deze variabelen via CASI.

Resultaten

Tabel 152. Seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar, bij respondenten 18 jaar of ouder (GSG1) (N = 1731)

Heeft iemand VOOR de leeftijd van 18	Percentage
1. Kwetsende seksueel getinte opmerkingen gemaakt tegen jou?	14.0%
2. Je op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt?	13.6%
3. Je gedwongen om naakt te zijn terwijl je dat niet wou?	5.2%
4. Je gedwongen om naar seksuele beelden te kijken terwijl je dat niet wou?	2.2%
5. Je gedwongen tot masturbatie terwijl je dat niet wou?	2.5%
6. Je gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan?	3.3%
7. Je proberen verkrachten? (seksueel binnendringen via vagina of anus)	3.9%
8. Je verkracht? (seksueel binnendringen via vagina of anus)	2.3%
9. Seksueel iets anders gedaan tegen je zin?	4.2%
N	1719

Tabel 153. Seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar, bij respondenten 18 jaar of ouder (GSG17) (N=1731)

Heeft iemand VOOR de leeftijd van 18	Percentage
1. Kwetsende seksueel getinte opmerkingen gemaakt tegen jou?	9.8%
2. Je op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt?	7.3%
3. Je gedwongen om naakt te zijn terwijl je dat niet wou?	1.9%
4. Je gedwongen om naar seksuele beelden te kijken terwijl je dat niet wou?	1.2%
5. Je gedwongen tot masturbatie terwijl je dat niet wou?	0.7%
6. Je gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan?	2.4%
7. Je proberen verkrachten? (seksueel binnendringen via vagina of anus)	2.6%
8. Je verkracht? (seksueel binnendringen via vagina of anus)	2.2%
9. Seksueel iets anders gedaan tegen je zin?	1.3%
N	1678

2.2.9.2. Fysiek en psychologisch geweld door de partner

Vraagomschrijving

Met onderstaande vragen peilen we naar de aanwezigheid van partnergeweld (geweld gepleegd door de huidige partner of ex-partner). Vraag GSG15 bevraagt of de respondent in de relatie met de huidige partner of de ex-partner ooit het slachtoffer werd van fysiek geweld (nooit, zelden, soms, vaak, heel vaak). Vraag GSG16 poogt aan de hand van zeven items te meten of respondenten het slachtoffer werden van

psychologisch partnergeweld. Beide vragen worden enkel voorgelegd aan respondenten die op het moment van de survey 18 jaar of ouder zijn. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

GSG15. Als je nadenkt over je huidige of laatste partner, heeft hij of zij jou ooit met de vlakke hand of met de vuist geslagen, geschopt of op een andere manier fysiek pijn gedaan?

- 1. nooit
- 2. zelden
- 3. soms
- 4. vaak
- 5. heel vaak
- 6. Ik heb nog nooit een partner gehad

GSG16. Als je nadenkt over je huidige of je laatste partner, heeft hij of zij ooit	nooit	zelden	soms	vaak	heel vaak
1.geprobeerd om je contacten met vrienden/vriendinnen en/of familie te beperken?	1	2	3	4	5
2.aangedrongen te weten waar je bent op ieder moment van de dag?	1	2	3	4	5
3.jou genegeerd en onverschillig behandeld?	1	2	3	4	5
4.jou beledigd, bekritiseerd of minachtend gereageerd op wat je doet of zegt?	1	2	3	4	5
5.jou gekleineerd of vernederd ten opzichte van andere mensen?	1	2	3	4	5
6.iets gedaan om je opzettelijk angst aan te jagen of te intimideren (bv.b. door voorwerpen kapot te maken, je met de dood te bedreigen, te dreigen met zelfmoord)	1	2	3	4	5
7.gedreigd om jou of iemand die je graag ziet, pijn te doen?	1	2	3	4	5

Motivering

Geweld is een complex en veelvormig verschijnsel dat wereldwijd erkend wordt als een groot probleem dat een effect heeft op zowel individueel (fysieke én mentale gezondheid) als op maatschappelijk niveau (gezondheidszorg, juridische hulpverlening). Het concept ‘geweld’ kan op verschillende manieren geoperationaliseerd worden aan de hand van verschillende indicatoren, zoals de verschillende soorten (interpersoonlijk, collectief, tegen zichzelf gericht), de verschillende verschijningsvormen (fysiek, psychologisch, seksueel), de ernst en de relatie met de dader (Krug et al., 2002).

Bovenstaande vragen peilen naar de aanwezigheid van fysiek en psychologisch partnergeweld. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2010) omschrijft partnergeweld als “*iedere daad van geweld binnen een intieme relatie die een nadeel of fysiek, psychologisch of seksueel leed veroorzaakt voor de personen die er deel van uitmaken*”. Ook de dreiging met dergelijke daden, dwang of willekeurige vrijheidsberoving, on-

geacht of dit plaatsvindt in de openbare ruimte of in het privéleven worden hierin beschouwd (Krug et al., 2002).

Tal van klinische en bevolkingsonderzoeken hebben reeds aangetoond dat de verschillende vormen van geweld dikwijls samen voorkomen en een progressief verloop kennen (Walker, 2007). Om dit patroon op een accurate manier in kaart te brengen wordt peilen we in deze survey, naast een diepgaande bevraging naar de aanwezigheid naar seksueel geweld, ook naar de aanwezigheid van de andere vormen van inter-persoonlijk geweld. Meer specifiek kiezen we ze in deze vragenlijst voor om te peilen naar de aanwezigheid van fysiek en/of psychologisch geweld binnen de partnerrelatie (huidige partner of ex-partner).

Fysiek geweld

De diversiteit van daden die peilen naar fysiek geweld is heel groot. Omdat dit geen onderzoek is dat expliciet peilt naar de aanwezigheid van alle mogelijke vormen van fysiek geweld hebben we er voor gekozen om één vraag te stellen die de meest voorkomende handelingen van fysiek geweld samenvat: slaan met de vlakke hand, slaan met de vuist, schoppen of een andere handeling stellen die fysieke pijn veroorzaakt. De geselecteerde handelingen zijn tot stand gekomen op basis van nationale en internationale prevalentie studies naar geweld en de Conflict Tactics Scale (Strauss, 1979).

Psychologisch geweld

Consensus over welke handelingen verwijzen naar psychologisch geweld is zowaar nog moeilijker te bereiken dan de andere vormen van geweld. Ongeacht het grote aantal daden zijn er toch een viertal categorieën waaronder het merendeel van deze gedragingen kunnen geplaatst worden: beperken en isoleren; kleineren en beledigen; controleren; dreigingen uiten. (Garcia-Moreno et al., 2003) De zeven bovenstaande items die peilen naar psychologisch geweld zijn elk onder te brengen in een van deze vier categorieën en de keuze van deze items is eveneens gebeurd aan de hand nationale en internationale prevalentie studies naar geweld.

Resultaten

Tabel 154. Fysiek en psychologisch partnergeweld, bij respondenten 18 jaar of ouder (GSG15 & GSG 16) (N = 1731)

FYSIEK PARTNERGEWELD	nooit	zelden	soms	vaak	heel vaak
<i>met de vlakke hand of met de vuist geslagen, geschopt of op een andere manier fysiek pijn gedaan?</i>	88.9%	6.9%	2.6%	0.2%	0.5%
N	1680				
PSYCHOLOGISCH PARTNERGEWELD	nooit	zelden	soms	vaak	heel vaak
<i>1. geprobeerd om je contacten met vrienden/vriendinnen en/of familie te beperken?</i>	77.3%	11.5%	8.2%	2.1%	0.8%
<i>2. aangedrongen te weten waar je bent op ieder moment van de dag?</i>	63.9%	17.6%	11.7%	4.6%	2.2%
<i>3. jou genegeerd en onverschillig behandeld?</i>	65.1%	21.7%	9.6%	2.4%	1.2%
<i>4. jou beledigd, bekritiseerd of minachtend gereageerd op wat je doet of zegt?</i>	60.8%	24.6%	10.9%	1.8%	1.9%
<i>5. jou gekleineerd of vernederd ten opzichte van andere mensen?</i>	73.4%	17.6%	6.1%	1.6%	1.3%
<i>6. iets gedaan om je opzettelijk angst aan te jagen of te intimideren (bvb. door voorwerpen kapot te maken, je met de dood te bedreigen, te dreigen met zelfmoord)</i>	89.9%	5.7%	2.6%	1.0%	0.7%
<i>7. bedreigd om jou of iemand die je graag ziet, pijn te doen?</i>	94.4%	2.6%	1.4%	0.5%	1.0%
N	1664				

2.2.9.3. Subjectieve beleving ervaringen met grensoverschrijdend seksueel gedrag

Vraagomschrijving

Respondenten die ervaring hebben met een van bovenstaande vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag worden doorverwezen naar vraag GSG2.A (<18 jaar) of GSG19.A (> 18 jaar). Als respondenten ervaring hebben met meerdere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag, worden zij doorverwezen naar vraag GSG2.B (<18 jaar) of GSG19.B (na 18 jaar). Zij worden gevraagd om voor elke vorm van SGG die ze meemaakten aan te duiden in welke mate deze gebeurtenis(sen) een emotionele impact hadden, gaande van helemaal niet tot heel erg. We bevragen deze variabelen via CASI. De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met N<50 worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Vraag

GSG2.A & GSG19.A. In welke mate had deze gebeurtenis een emotionele impact op jou?

- 1. helemaal niet
- 2. eerder niet
- 3. matig
- 4. eerder wel
- 5. heel erg

GSG2.B & GSG19.B In welke mate hadden deze gebeurtenissen een emotionele impact een impact op jou?	Helemaal niet	Eerder niet	Noch wel, noch niet	Eerder wel	Heel erg
1. De kwetsende seksueel getinte opmerkingen	1	2	3	4	5
2. Het op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt worden	1	2	3	4	5
3. Het gedwongen worden om naakt te zijn terwijl je dat niet wou	1	2	3	4	5
4. Het gedwongen worden om naar seksuele beelden te kijken terwijl je dat niet wou	1	2	3	4	5
5. Het gedwongen worden tot masturbatie terwijl je dat niet wou	1	2	3	4	5
6. Het gedwongen worden om orale seks uit te voeren of toe te staan	1	2	3	4	5
7. Dat iemand probeerde je te verkrachten (seksueel binnendringen via vagina of anus)	1	2	3	4	5
8. Dat iemand je verkracht heeft (seksueel binnendringen via vagina of anus)	1	2	3	4	5
9. Seksueel iets anders gedaan tegen je zin?	1	2	3	4	5

Motivering

De beoordeling van de ernst van het ervaren geweld is niet evident omdat het moeilijk is de intrinsieke graad van ernst in te schatten. Dikwijls verzamelt men een veelheid aan objectieve gegevens zoals de frequentie van de ervaringen, de ernst van de handelingen, de veelheid aan handelingen, de duur van de handelingen, de relatie met de dader, de opgelopen fysiek schade,...om een correcte inschatting van de ernst te kunnen maken.

Naast het verzamelen van bovenstaande – objectieve- gegevens is het van belang om te peilen naar de subjectieve belevenis van deze feiten. Aan de hand van de vraag “In welke mate hadden deze gebeurtenissen een impact op jou?” peilen we naar de emotionele impact die deze gebeurtenis(sen) had(den) op de respondenten. Zo zou het best kunnen dat een respondent een bepaalde seksuele handeling meegemaakt heeft die volgens de ‘objectieve criteria’ als zeer ernstig kan beschouwd worden maar die voor de respondent als minder ernstig wordt beschouwd en vice versa.

2.2.9.4 Diepgaande bevraging meest ingrijpende gebeurtenis

Vraagomschrijving

Vragen GSG4 tem GSG 13 en vraag GSG 21 tem GSG 30 beogen een diepgaande bevraging van de meest ingrijpende gebeurtenissen. Vooreerst vragen we aan de respondent welke gebeurtenis hij/zij persoonlijk ervaren heeft als het meest ingrijpend. Vervolgens peilen we voor deze gebeurtenis naar het aantal daders (1 of meerdere), de relatie met de dader(s), het geslacht van de dader(s), de duur van de gebeurtenis(sen) (eenmalig, herhaaldelijk) en de leeftijd van de respondent. Aan respondenten die ouder zijn dan 18 jaar wordt ook de vraag gesteld of dit nu nog gebeurt. Enkel de resultaten van de vragen waarbij $N > 50$ worden gerapporteerd. Percentages op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie ook paragraaf XX in deel 2 'Kleine aantallen').

Vraag

GSG4. We gaan je nu enkele vragen stellen over deze gebeurtenis. Kan je ons vertellen wie dit gedaan heeft?

1. één persoon
2. meerdere personen

GSG5. Kan je verduidelijken of het ging om ... Meerdere antwoorden kunnen worden aangeduid (wanneer het ging om meerdere personen)

1. je partner
2. een ex-partner
3. een familielid
4. een huisgenoot (geen familie maar woont wel in)
5. een vriend(in)
6. een leerkracht, begeleider, overste, geestelijke, hulpverlener,...
7. een kennis
8. een collega, klasgenoot, medestudent
9. een onbekende
10. iemand anders, namelijk:..... (open vraag)
11. ik weet het niet
12. ik wil het niet zeggen

GSG6. Kan je aangeven wie dit gedaan heeft? Meerdere antwoorden kunnen worden aangeduid (wanneer het ging om meerdere personen)

1. moeder of stiefmoeder of moeder van partner
2. vader of stiefvader of vader van partner
3. grootmoeder of grootmoeder van partner
4. grootvader of grootvader van partner
5. broer of broer van partner of stiefbroer

6. *zus of zus van partner of stiefzus*
7. *zoon of schoonzoon of zoon van partner*
8. *dochter of schoondochter of dochter van partner*
9. *een ander familielid*

GSG7. Kan je aangeven wie dit gedaan heeft? Meerdere antwoorden kunnen worden aangeduid (wanneer het ging om meerdere personen)

1. *leerkracht of opvoeder of schoolpersoneel*
2. *leider/leidster van een jeugdbeweging of trainer/coach van een sportclub*
3. *baas/overste op het werk*
4. *geestelijke*
5. *een hulpverlener (vb. arts, therapeut)*
6. *iemand anders, namelijk:..... (open vraag)*

GSG8a. Wat is het geslacht van deze persoon?

1. *man*
2. *vrouw*

GSG9. Ging het om een éénmalige gebeurtenis of is het herhaaldelijk voorgevallen?

1. *éénmalig*
2. *herhaaldelijk*

GSG10. Hoe oud was je toen dit gebeurd is? jaar (open vraag)

GSG11.A. Hoe oud was je wanneer dit de eerste keer gebeurd is? jaar (open vraag)

GSG11.B. Hoe oud was je wanneer dit de laatste keer gebeurd is? jaar (open vraag)

GSG12. Heb je hier (al) met iemand/ meerdere personen over gesproken?

1. *ja*
2. *nee*

GSG13. In welke mate voel je je gesteund door deze persoon/personen?

1. *helemaal niet*
2. *eerder niet*
3. *tussenin*
4. *eerder wel*
5. *heel erg*

Motivering

Seksueel geweld is veelal geassocieerd met tal van moeilijkheden die het dagelijks functioneren ernstig kunnen verstoren. Er is echter een grote variëteit in de ernst van deze problemen (Browne & Finkelhor, 1986). Verschillende onderzoekers hebben al getracht de variëteit in deze problemen te verklaren. Deze onderzoeken tonen aan dat de context waarin het misbruik plaats vond een belangrijke rol speelt.

Zo blijken volgende factoren geassocieerd met symptomen na seksueel geweld: de omstandigheden die te maken hebben met het geweld (de duur en de frequentie van het misbruik, of penetratie al dan niet heeft plaatsgevonden en de hoeveelheid fysiek geweld die gepaard ging met het misbruik), de relatie met de dader (een hechtere relatie heeft een grotere impact) en de leeftijd van het slachtoffer. Ook de steun die men ervaren heeft na het seksueel geweld is mede geassocieerd met de symptomen (Browne & Finkelhor, 1986; Gijs et al., 2009). Bovenstaande vragen dienen deze context beter in kaart te brengen.

Resultaten

Tabel 155. Aantal personen bij de eerste gebeurtenis, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten (GSG4, GSG22) (N GSG4 = 298 & N GSG22 = 157)

	Percentage voor 18		Percentage na 18	
<i>Eén persoon</i>	-	81.5%	-	86.8%
<i>Meerdere personen</i>	-	18.5%	-	13.2%
<i>N</i>	-	281	-	153

Tabel 156. Eenmalige of herhaaldelijke gebeurtenis, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG9 & GSG26) (N GSG9 = 299 & N GSG26 = 163)

	Percentage voor 18	Percentage na 18
<i>Eenmalig</i>	64.2%	59.9%
<i>Herhaaldelijk</i>	35.8%	40.1
<i>N</i>	284	156

Tabel 157. Leeftijd waarop respondenten GSG meemaakten, bij respondenten die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG10 – GSG11b & GSG27 – GSG28b) (N GSG10 = 181, N GSG11a = 103, N GSG11b = 104) (N GSG27 = 93, N GSG28a = 62, N GSG28b = 63)

	Voor 18			Na 18		
	Range	Gem	SD	Range	Gem	SD
<i>Eenmalig: leeftijd</i>	2-17	13.36	3.06	18-47	22.79	6.28
<i>Herhaaldelijk: leeftijd eerste keer</i>	2-17	11.20	3.81	18-66	25.81	10.68
<i>Herhaaldelijk: leeftijd laatste keer</i>	3-18	13.05	3.54	18-66	31.88	11.86
<i>N eenmalig</i>		180			93	
<i>N eerste keer</i>		98			60	
<i>N laatste keer</i>		103			63	

Tabel 158. Percentage respondentent die over GSG gesproken heeft, bij respondentent die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG12 & GSG29) (N GSG 12 = 299& N GSG29 = 162)

	Percentage voor 18	Percentage na 18
Ja	57.7%	55.4%
Neen	42.3%	44.6%
N	285	157

Tabel 159. Ervaren van steun, bij respondentent die minstens één vorm van GSG meemaakten en de emotionele impact hiervan minstens als matig beschouwden (GSG13 & GSG30) (N GSG13 = 163 & N GSG30 = 86)

	Percentage voor 18		Percentage na 18	
Helemaal niet	-	5.0%	-	0.5%
	-		-	
Eerder niet	-	8.1%	-	7.0%
	-		-	
Noch wel, nog niet	-	14.8%	-	7.5%
	-		-	
Eerder wel	-	35.1%	-	49.6%
	-		-	
Heel erg	-	37.0%	-	35.4%
	-		-	
N	-	162	-	86

2.2.10. Seksuele disfuncties

2.2.10.1. Seksuele disfuncties bij de respondent

Vraagomschrijving

De Sexual Functioning Scale (SFS) peilt naar het voorkomen van seksuele disfuncties. Volgende seksuele disfuncties worden door de SFS nagegaan: seksuele aversie, verhoogd seksueel verlangen, verlaagd seksueel verlangen, verlaagd responsief seksueel verlangen, opwindingsstoornis (subjectief en genitaal), orgasmestoor­nis (geen orgasme / laat­tijdig orgasme / voortijdig orgasme / retrograde ejaculatie / verminderde kracht ejaculatie), dyspareunie (pijn bij het vrijen) en vaginisme.

Op basis van tien basisvragen gaan we na welke verstoringen in seksuele functie mannen en vrouwen ervaren. Wanneer de respondent aangeeft dat het seksueel functioneren niet goed verloopt, peilen we ook naar de ernst, het (inter-) persoonlijk lijden en duur van het seksueel probleem. Op basis van de antwoorden op de basisvraag en het lijdenscriterium wordt beslist of een respondent een seksuele disfunctie heeft. In de basisvraag geven de respondenten aan in welke mate het seksuele functioneren verstoord is op een vierpuntschaal van het Likert type (‘geen’, ‘licht’, ‘duidelijk’, ‘extreem’). Scores op deze variabele kunnen variëren van één (‘geen’) tot vier (‘ex-

treem'). Vervolgens kunnen de respondenten aangeven in welke mate ze lijden of last ervaren van de verstoorde seksuele functie. Lijden of last wordt bevraagd op niveau van persoon, partner en relatie, telkens op een driepuntenschaal van het Likerttype (1='geen of een licht probleem', 2= 'duidelijk probleem' of 3='ernstig probleem'). De scores op de drie vragen naar 'lijden' variëren van één tot drie. De respondenten geven ook de duur van de seksuele problemen aan op basis van een halfopen vraag die varieert van een bepaald aantal weken, maanden of jaren. We stellen deze vragen via CASI.

Een respondent heeft een seksuele disfunctie wanneer de score op de basisvraag groter is dan twee én wanneer de som van de scores van de drie lijdensvragen groter is dan of gelijk is aan vijf. In alle andere gevallen spreken we van een seksuele zorg, maar niet van een seksuele disfunctie.

De SFS kent verschillende vormen, afhankelijk van bepaalde factoren:

	Partnerrelatie	Geen partnerrelatie
Seksueel actief geweest laatste zes maanden	SFS - met referentieperiode van zes maanden - met vragen naar lijden op niveau van persoon, partner en relatie	SFS - met referentieperiode van zes maanden - met vragen naar lijden op niveau van persoon
Niet seksueel actief geweest laatste zes maanden omwille van a) 'een seksueel probleem', en/of b) 'geen zin meer in seks'	SFS - zonder referentieperiode - met vragen naar lijden op niveau van persoon, partner en relatie	SFS - zonder referentieperiode - met vragen naar lijden op niveau van persoon

Man	Vraagnummers
Seksueel actief geweest laatste zes maanden	Seksd50 t.e.m. Seksd53, Seksd56 t.e.m. Seksd58, Seksd62 t.e.m. Seksd68, Seksd71 t.e.m. Seksd72
Niet seksueel actief geweest laatste zes maanden omwille van a) 'een seksueel probleem', en/of b) 'geen zin meer in seks'	Seksd97 t.e.m. Seksd100, Seksd103 t.e.m. Seksd105, Seksd109 t.e.m. Seksd115, Seksd118 t.e.m. Seksd119

Vrouw	Vraagnummers
Seksueel actief geweest laatste zes maanden	Seksd50 t.e.m. Seksd55, Seksd58 t.e.m. Seksd61, Seksd69 t.e.m. Seksd70
Niet seksueel actief geweest laatste zes maanden omwille van a) 'een seksueel probleem', en/of b) 'geen zin meer in seks'	Seksd97 t.e.m. Seksd102, Seksd105 t.e.m. Seksd108, Seksd116 t.e.m. Seksd117

Vraag

Met de volgende vragen wordt nagegaan of jij (de voorbije zes maanden) bepaalde seksuele problemen hebt ervaren. Dit gebeurt door middel van vragen over lichamelijke

reacties en gevoelens die kunnen optreden bij seksuele activiteiten. Als er zich een seksueel probleem heeft voorgedaan, vragen we telkens ook hoe lastig jij en jouw partner dat vonden en of dit heeft gewogen op jullie relatie. Gelieve voor elk van de volgende vragen aan te duiden in welke mate je (de voorbije zes maanden) problemen had met de volgende aspecten van seksueel functioneren.

A. Basisvragen naar het seksueel functioneren

Elke respondent die seksueel actief was de voorbije zes maanden en elke respondent die niet meer seksueel actief was de voorbije zes maanden omwille van ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin in seks meer’ krijgt volgende basisvragen die peilen naar de mate waarin het seksuele functioneren is verstoord.

Mannelijke en vrouwelijke respondenten krijgen volgende vragen:

Vraagnummers	Vraag
Seksdis50 Seksdis97	<i>Had je een gevoel van afkeer van (bijna) elke aanraking van of met geslachtsdelen (penis of vagina)?</i>
Seksdis51 Seksdis98	<i>Vind je zelf dat je teveel zin in seks, teveel goesting in seksuele activiteiten, teveel seksuele fantasieën of erotische gedachten (= teveel seksueel verlangen) had?</i>
Seksdis52 Seksdis99	<i>Bijkomende filter: respondent die teveel zin heeft in seks (Seksdis51 of Seksdis98>1) krijgt deze vraag niet te zien).</i> <i>Vind je zelf dat je te weinig zin in seks, te weinig goesting in seksuele activiteiten, te weinig seksuele fantasieën of erotische gedachten (= te weinig seksueel verlangen) had?</i>
Seksdis53 Seksdis100	<i>Bijkomende filter: respondent zonder partner krijgt deze vraag niet te zien.</i> <i>Had je wanneer je zelf geen zin in seks had maar jouw partner wel initiatief nam tot seks, moeilijkheden om zin in seks te krijgen?</i>
Seksdis54 Seksdis101	<i>Bijkomende filter: mannelijke respondent krijgt deze vraag niet te zien.</i> <i>(V) Had je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, moeilijkheden met vaginaal vochtig/nat worden tijdens seks?</i>
Seksdis55 Seksdis102	<i>Bijkomende filter: mannelijke respondent krijgt deze vraag niet zien.</i> <i>(V) Werd jouw penis wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, eerst wel vochtig/nat tijdens het vrijen, maar bleef je onvoldoende lang vochtig/nat tijdens seks (ook wel ‘droogvallen’ genoemd)?</i>
Seksdis56 Seksdis103	<i>Bijkomende filter: vrouwelijke respondent krijgt deze vraag niet te zien.</i> <i>(M) Werd jouw penis wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, niet of onvoldoende stijf om bij jouw partner te kunnen binnengaan (= een erectieprobleem)?</i>
Seksdis57 Seksdis104	<i>Bijkomende filter: vrouwelijke respondent krijgt deze vraag niet te zien.</i> <i>(M) Werd jouw penis wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, wel voldoende stijf om eventueel bij jouw partner te kunnen binnengaan, maar bleef jouw penis onvoldoende lang stijf om seks tot een einde te brengen (= wegvallen van de erectie)?</i>
Seksdis58 Seksdis105	<i>Had je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, geen of weinig gevoel van opwindning (emotioneel)?</i>
(V) Seksdis61 Seksdis108 (M) Seksdis68 Seksdis115	<i>Bijkomende filter: respondenten die de afgelopen zes maanden niet hebben gemasturbeerd, krijgen deze vraag niet te zien.</i> <i>Had je wanneer je met jezelf vrijde of masturbeerde, moeilijkheden om een orgasme te bereiken?</i>

Vrouwelijke respondenten krijgen volgende vragen extra:

Seksdis59/106. Kan je in de volgende lijst aangeven wat voor jou (in de voorbije zes maanden) van toepassing was? Je kan slechts één antwoord aanduiden.

1. *ik kon niet klaarkomen (geen orgasme)*
2. *ik kon wel klaarkomen, maar (veel) te traag*
3. *ik kon wel klaarkomen, maar (veel) te snel*
4. *geen van bovenstaande*

Indien de vrouw antwoord 1 kiest, gaat zij door naar vraag Seksdis60/107A.

Indien de vrouw antwoord 2 kiest, gaat zij door naar vraag Seksdis60/107A.

Indien de vrouw antwoord 3 kiest, gaat zij door naar vraag Seksdis60/107A.

Indien de vrouw antwoord 4 kiest, gaat ze onmiddellijk naar de volgende vraag.

Seksdis60A/107A. Had je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, moeilijkheden om klaar te komen (een orgasme te bereiken)?

Seksdis60B/107B. Kwam je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, te traag klaar?

Seksdis60C/107C. Kwam je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, te snel klaar?

Seksdis69/116. Kan je in de volgende lijst aangeven wat voor jou (de voorbije zes maanden) van toepassing was? Je kan slechts één antwoord aanduiden.

1. *vaginale penetratie (= het inbrengen van een penis, vinger of dildo in de vagina) was mogelijk en niet pijnlijk*
2. *vaginale penetratie was mogelijk, maar was pijnlijk*
3. *vaginale penetratie is nog nooit gelukt*
4. *vaginale penetratie was vroeger mogelijk, maar nu niet meer*

Indien de vrouw antwoord 1 kiest, gaat zij door naar de volgende vraag in de vragenlijst.

Indien de vrouw antwoord 2, 3 of 4 kiest, gaat zij door naar vraag Seksdis70/117.

Seksdis70/117. Had je – de voorbije zes maanden - pijn voor, tijdens of na vaginale penetratie?

Mannelijke respondenten krijgen volgende vragen extra:

Seksdis62/109 Kan je in de volgende lijst aangeven wat voor jou de voorbije zes maanden van toepassing was? Je kan slechts één antwoord aanduiden.

1. ik kon niet klaarkomen: ik had geen ejaculatie en geen orgasmegevoel
2. ik kon wel klaarkomen (orgasmegevoel), maar had geen ejaculatie
3. ik kon wel klaarkomen (orgasmegevoel), maar ervoer een vermindering van de kracht waarmee het sperma naar buiten wordt gestuwd; het druppelt er gewoon uit
4. ik kon wel klaarkomen, maar (veel) te traag
5. ik kon wel klaarkomen, maar (veel) te snel ; ik had geen controle over het moment van klaarkomen
6. geen van bovenstaande

Indien de man antwoord 1 kiest, gaat hij door naar vraag Seksdis63/110.

Indien de man antwoord 2 kiest, gaat hij door naar vraag Seksdis64/111.

Indien de man antwoord 3 kiest, gaat hij door naar vraag Seksdis65/112.

Indien de man antwoord 4 kiest, gaat hij door naar vraag Seksdis66/113.

Indien de man antwoord 5 kiest, gaat hij door naar vraag Seksdis67/114.

Indien de man antwoord 6 kiest, gaat hij onmiddellijk naar de volgende vraag.

Seksdis63/110. Had je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, moeilijkheden om klaar te komen (een orgasme te bereiken)?

Seksdis64/111. Had je wel een orgasmegevoel maar moeite met het krijgen van een ejaculatie?

Seksdis65/112. Had je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde wel een orgasme, maar ervoer je dat de kracht waarmee het sperma naar buiten wordt gestuwd, minder was?

Seksdis66/113. Kwam je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, te traag klaar?

Seksdis67/114. Kwam je wanneer jouw partner fijn met jou vrijde, te snel klaar?

Seksdis71/118. Kan je aangeven of jij pijn had aan jouw geslachtsorganen bij (een poging tot) vaginale/anale penetratie bij jouw partner:

1. penetratie was mogelijk en niet pijnlijk voor mezelf
1. penetratie was mogelijk maar pijnlijk voor mezelf
2. penetratie is nog nooit gelukt wegens te pijnlijk voor mezelf

3. *penetratie was vroeger mogelijk maar nu niet meer wegens te pijnlijk voor mezelf* Indien de man antwoord 1 kiest, wordt overgegaan naar de volgende vraag in de vragenlijst.

Indien de man antwoord 2, 3 of 4 kiest, wordt Seksd72/119. gesteld.

Seksd72/119. Had je – de voorbije zes maanden - pijn voor, tijdens of na vaginale/ anale penetreren?

Alle basisvragen (alle vragen m.u.v. Seksd59/106, Seksd71/118 hebben volgende antwoordcategorieën:

1. *Er is geen verstoorde seksuele functie*
2. *Er is een licht verstoorde seksuele functie*
3. *Er is een duidelijke verstoorde seksuele functie*
4. *Er is een extreem verstoorde seksuele functie*
- B. Bijkomende vragen naar 'distress'

Indien het antwoord op de basisvraag > 1 en de respondent een partner heeft, worden vragen a), b) c), en d) gesteld met betrekking tot de seksuele disfunctie.

Indien het antwoord op de basisvraag > 1 en de respondent geen partner heeft, worden vragen a) en d) gesteld met betrekking tot de seksuele disfunctie.

- a) *Indien ik heb, is dit voor mij:*
 1. *Geen of een licht probleem*
 2. *Een duidelijk probleem*
 3. *Een ernstig probleem*
- b) *Indien ik heb, is dit voor mijn partner:*
 1. *Geen of een licht probleem*
 2. *Een duidelijk probleem*
 3. *Een ernstig probleem*
- c) *Indien ik heb, is dit voor onze relatie in het algemeen:*
 1. *Geen of een licht probleem*
 2. *Een duidelijk probleem*
 3. *Een ernstig probleem*
- d) *Hoe lang heb je dit gevoel van afkeer al? Je kan antwoorden in weken, maanden of jaren.*

Motivering

Seksuele disfuncties zijn problemen die interfereren met de volledige seksuele responscyclus. Hierbij behoren problemen met seksueel verlangen, seksuele opwindings, orgasme en seksuele pijnstoornissen. Kenmerkend voor seksuele disfuncties is dat ze significant lijden of last veroorzaken en op die manier verhinderen ze een seksueel bevredigend leven.

Hoewel er nogal wat onenigheid over wat we een seksuele disfunctie noemen, en hoe we deze dienen te meten (Nathan, 2003; Basson, 2004), hanteren wij - overeenstemmend met recente ontwikkelingen - een definitie van seksuele disfuncties die de aanwezigheid van (intra- of inter-) persoonlijk lijden vereist. Hoewel de huidige diagnostische richtlijnen van de *American Psychiatric Association* en *Food and Drug Administration* lijden/last als deel van de diagnostische criteria voor een disfunctie vereisen (DSM-IV-TR, 2000), hebben de meeste epidemiologische onderzoekers seksuele disfuncties gedefinieerd zonder rekening te houden met dit last-criterium. Dit leidde tot een bias in resultaten en in interpretaties (Kleinplatz, 2001; Bancroft, 2003; Nathan, 2003; Leiblum, 2007). Gezien de rapportering van begeleidend lijden en/of interpersoonlijke moeilijkheden duidelijke klinische waarde heeft, vormt het niet includeren van het psychologische vervolg van de seksuele disfunctie, een significante methodologische bezorgdheid.

In het verleden is er een grote variëteit aan instrumenten gebruikt om het voorkomen van seksuele disfuncties te onderzoeken (Hayes et al., 2008). Deze omvatten zowel meer complexe schalen die uitgebreid gevalideerd werden, als meer eenvoudige benaderingen waarbij respondenten een enkele vraag kregen over elk type seksuele disfunctie. Bepaalde types van seksuele disfuncties zijn vrij complex en bestaan uit meerdere aspecten van seksueel functioneren en disfunctioneren. Multi-item schalen zijn vereist wanneer het gaat om een onderliggend concept met meerdere aspecten die niet kunnen gevat worden in een enkele vraag. Voor deze survey werd de *Sexual Functioning Scale* (SFS) gebruikt. De SFS is een zelf ontwikkelde vragenlijst die de aanwezigheid, de ernst en het (persoonlijk, partner en relationeel) lijden van seksuele disfuncties bevraagt. De SFS werd nog niet gepubliceerd, maar preliminaire analyses van de psychometrische kwaliteit van deze nieuwe schaal, lijken veelbelovend.

Op basis van een grondige review van onderzoek naar de prevalentie van seksuele disfuncties, concluderen Simons & Carey (2001) dat -hoewel er een relatief groot aantal studies plaatsvonden- het gebrek aan methodologisch rigorisme het vertrouwen in die onderzoeksbevindingen beperkt. Zij schatten dat de prevalentie van orgasmestooris, erectiestooris en hypoactief seksueel verlangen bij mannen varieert tussen 0 en 5%. Wanneer ze kijken naar huidige disfuncties en disfuncties het afgelopen jaar, bekomen gemeenschapsstudies prevalentieschattingen van 7-10% voor orgasmestooris bij vrouwen, en 4-5% voor premature ejaculatie bij mannen. Statistische schattingen voor andere seksuele disfuncties zijn tot op heden niet beschikbaar.

Resultaten

Tabel 160. Seksuele functiestoornissen bij seksueel actieve respondenten en respondenten die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem

Seksuele functiestoornissen	Mate van verstoring van de seksuele functie				N [*]	N ^{**}
	Geen	Licht	Duidelijk	Ex-treem		
<i>Seksdis50/97. Seksuele aversie</i>	89.7%	7.6%	2.0%	0.6%	1468	1468
<i>Seksdis51/98. Verhoogd seksueel verlangen</i>	62.5%	27.9%	8.1%	1.5%	1468	1468
<i>Seksdis52/99. Verlaagd seksueel verlangen</i>	74.1%	15.5%	8.0%	2.4%	1468	918
<i>Seksdis53/100. Verlaagd responsief verlangen</i>	67.6%	24.0%	6.8%	1.6%	1279	1279
<i>Seksdis54/101/56/103. Niet komen tot fysieke opwinding</i>	71.0%	20.4%	6.5%	2.1%	1468	1468
<i>Seksdis55/102/57/104. Niet aanhouden van fysieke opwinding</i>	73.2%	17.7%	5.8%	3.2%	1468	1468
<i>Seksdis58/105. Tekort aan subjectief opwindingsgevoel</i>	76.4%	17.7%	4.0%	1.9%	1468	1468
<i>Seksdis60A/107A/63/110 Moeite om tot orgasme te komen</i>	93.2%	0.7%	2.7%	3.5%	1468	128
<i>Seksdis60B/107B/66/113 Te traag tot orgasme komen</i>	84.7%	11.2%	3.5%	0.6%	1468	255
<i>Seksdis60C/107C/67/114 Te snel tot orgasme komen</i>	84.9%	9.1%	5.5%	0.5%	1468	250
<i>Seksdis64/111. Retrograde ejaculatie (M)</i>	97.9%	1.5%	0.4%	0.2%	747	25
<i>Seksdis65/112. Verminderde kracht ejaculatie (M)</i>	91.8%	3.7%	4.1%	0.3%	747	76
<i>Seksdis61/108/68/115. Moeite orgasme bij masturbatie</i>	83.1%	11.9%	3.1%	1.9%	904	904
<i>Seksdis69/70/116/117. Dyspareunie (V)</i>	88.1%	8.9%	2.8%	0.2%	722	98
<i>Seksdis69/70/116/117. Vaginisme (V)</i>	96.2%	1.3%	1.4%	1.0%	722	54

* Aantal respondenten waarop het percentage in deze tabel is berekend. Het gaat om respondenten die een filtervraag of basisvraag hebben beantwoord over een bepaalde seksuele functiestoornis. Respondenten die op de filtervraag (bv. Seksdis59/106) stelden geen seksueel probleem te hebben, werden bij 'geen seksuele functiestoornis' geplaatst.

** Aantal respondenten dat effectief de betreffende basisvraag heeft ingevuld.

	Extreme stoornis	d	d	d	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	15	-	-
Dyspareunie (V)	Lichte stoornis	65.7%	34.3%	0%	54.8%	41.0%	4.2%	75.3%	22.7%	64	59	59
	Duidelijke stoornis	d	d	d	d	d	d	d	d	20	18	18
Vaginisme	Extreme stoornis	d	d	d	d	d	d	d	d	1	1	1
	Lichte stoornis	d	d	d	d	d	d	d	d	10	9	9
	Duidelijke stoornis	d	d	d	d	d	d	d	d	10	10	10
	Extreme stoornis	d	d	d	d	d	d	d	d	7	4	7

^a N1 = aantal respondenten met een seksuele functiestoornis die de vraag over 'persoonlijke last' hebben beantwoord
^b N2 = aantal respondenten met een seksuele functiestoornis die de vraag over 'last voor de partner' hebben beantwoord
^c N2 = aantal respondenten met een seksuele functiestoornis die de vraag over 'relationele last' hebben beantwoord
^d Percentages berekend op subgroepen met N < 50 werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Tabel 162. Duur (in jaren, per percentiel) van seksuele problemen bij mensen met minstens een lichte seksuele functiestoornis.

Seksuele functiestoornissen	Duur van de seksuele functiestoornis (in jaren)					N
	Min.	P25	P50	P75	Max	
<i>Seksuele aversie</i>	0.02	0.25	1.00	7.00	50.00	148
<i>Verlaagd seksueel verlangen</i>	0.02	0.17	1.00	4.00	50.00	377
<i>Verlaagd responsief verlangen</i>	0.02	0.11	1.00	4.00	30.00	414
<i>Verhoogd seksueel verlangen</i>	0.02	0.06	0.50	5.00	55.00	547
<i>Niet komen tot fysieke opwinding</i>	0.02	0.50	2.00	5.00	50.00	422
<i>Niet aanhouden van fysieke opwinding</i>	0.02	0.50	2.00	5.00	50.00	389
<i>Tekort aan subjectief opwindingsgevoel</i>	0.02	0.33	1.00	5.00	50.00	343
<i>Moeite om tot orgasme te komen</i>	0.02	2.00	6.00	15.00	49.00	99
<i>Te traag tot orgasme komen</i>	0.02	0.33	2.00	9.08	45.00	222
<i>Te snel tot orgasme komen</i>	0.02	0.41	5.00	14.66	50.00	222
<i>Retrograde ejaculatie (M)</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	16
<i>Verminderde kracht ejaculatie (M)</i>	0.02	0.49	2.00	2.18	15.00	62
<i>Moeite orgasme bij masturbatie</i>	0.02	0.08	1.00	3.00	57.00	152
<i>Dyspareunie (V)</i>	0.02	0.50	2.00	6.00	50.00	86
<i>Vaginisme (V)</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	27

^a Percentielen berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1)

2.2.10.2. Seksuele disfuncties bij de partner van de respondent

Vraagomschrijving

De Sexual Functioning Scale (SFS) peilt naar het voorkomen van seksuele disfuncties. Op basis van de SFS creëerden we ook een vragenlijst die seksuele disfuncties bij een eventuele (vaste) partner nagaat (SFS-partner). Volgende seksuele disfuncties bij de partner worden door de vragenlijst nagegaan: seksuele aversie, verhoogd verlangen, verlaagd verlangen, verlaagd responsief verlangen, opwindingsstoornis (subjectief en fysiologisch), orgasmestoornis (geen orgasme / laattijdig orgasme / voortijdig orgasme), dyspareunie (pijn bij het vrijen) en vaginisme.

Wanneer een respondent een vaste partner heeft, krijgt hij/zij 10 of 11 basisvragen over het seksueel functioneren van de partner. Personen met een vrouwelijke partner krijgen 11 vragen, personen met een mannelijke partner, krijgen 10 basisvragen te zien. De respondenten beantwoorden deze basisvragen met ja (2) of neen (1). Indien respondenten ‘ja’ antwoorden op een basisvraag, krijgen zij ook vervolgvragen over dat specifieke seksuele probleem. Bij de vervolgvragen kunnen respondenten aangeven in welke mate de respondent zelf, de partner, en de relatie lijden onder de seksuele disfunctie van de partner. Dit geven de respondenten aan op een driepuntenschaal van het Likert type (‘geen of een licht probleem’, ‘duidelijk probleem’ of ‘ernstig

probleem’). Deze scores variëren van één tot drie. De partner van de respondent heeft een seksuele disfunctie wanneer de score op de basisvraag ‘ja’ is én wanneer de som van de scores van de drie lijdensvragen groter dan of gelijk is aan vijf. In alle andere gevallen spreken we van een seksuele zorg, maar niet van een seksuele disfunctie. We stellen deze vragen via CASI.

Alleen respondenten die aangeven een (vaste) partner te hebben, en die a) de afgelopen zes maanden seksueel actief waren, of b) de afgelopen zes maanden niet meer seksueel actief waren omwille van ‘een seksueel probleem bij zichzelf’ of ‘zelf geen zin meer in seks’, of c) de afgelopen zes maanden geen seks meer hadden omwille van ‘een seksueel probleem bij de partner’ of ‘partner heeft geen zin meer in seks’, beantwoorden de vragen van de partnerversie van de SFS. Afhankelijk van bepaalde factoren, kan de vorm van de vraag naar seksuele disfuncties bij de partner licht variëren:

	Partnerrelatie	Vraagnummers
Seksueel actief geweest laatste zes maanden	SFS-partner - met referentieperiode van zes maanden - met vragen naar lijden op niveau van persoon, partner en relatie	Seksdis81 t.e.m. Seksdis94
Niet seksueel actief geweest de laatste zes maanden omwille van a) ‘een seksueel probleem bij zichzelf’, en/of b) ‘zelf geen zin meer in seks’	SFS-partner - zonder referentieperiode - met vragen naar lijden op niveau van persoon, partner en relatie	Seksdis128 t.e.m. Seksdis141
Niet seksueel actief geweest laatste zes maanden omwille van a) ‘een seksueel probleem bij de partner’, en/of b) ‘partner heeft geen zin meer in seks’ (niet omwille van eigen seksuele problemen)	SFS-partner - zonder referentieperiode; ‘de afgelopen tijd’ - met vragen naar lijden op niveau van persoon, partner en relatie	Seksdis144 t.e.m. Seksdis157

Vraag

Met de volgende vragen wordt nagegaan of jouw partner bepaalde seksuele problemen heeft ervaren. Dit gebeurt door middel van vragen over lichamelijke reacties en gevoelens die kunnen optreden bij seksuele activiteiten. Als er zich een seksueel probleem heeft voorgedaan, vragen we ook telkens ook hoe lastig jij en jouw partner dat vinden en of dit heeft gewogen op jullie relatie.

- Seksdis81.* Gelieve voor elk van de volgende vragen aan te duiden in welke mate jouw partner de afgelopen zes maanden problemen had met de volgende aspecten van seksueel functioneren.
- Seksdis128.* Gelieve voor elk van de volgende vragen aan te duiden in welke mate jouw partner problemen had met de volgende aspecten van seksueel functioneren.
- Seksdis144.* Gelieve voor elk van de volgende vragen aan te duiden in welke mate jouw partner de afgelopen tijd problemen had met de volgende aspecten van seksueel functioneren.

Heeft jouw partner één of meerdere van onderstaande seksuele problemen?		
	neen	ja
1. Mijn partner had een afkeer van (bijna) elke aanraking met geslachtsdelen (penis of vagina).	1	2
2. Mijn partner had teveel zin in seks, goesting in seksuele activiteiten, teveel seksuele fantasieën of erotische gedachten.	1	2
3. A. Mijn partner had te weinig zin in seks, te weinig seksueel verlangen, goesting in seksuele activiteiten, te weinig seksuele fantasieën of erotische gedachten.	1	2
o B. Mijn partner had, wanneer ik initiatief nam tot seks, moeilijkheden om zin in seks te krijgen	1	2
4. (Bijkomende filter: vrouwelijke partner) Mijn partner haar vagina werd tijdens seks niet vochtig/nat (genoeg).	1	2
5. (Bijkomende filter: vrouwelijke partner) Mijn partner haar vagina bleef tijdens seks onvoldoende lang vochtig/nat.	1	2
6. (Bijkomende filter: mannelijke partner) Mijn partner zijn penis werd niet of onvoldoende stijf om seks tot een einde te brengen.	1	2
7. (Bijkomende filter: mannelijke partner) Mijn partner zijn penis bleef onvoldoende lang stijf om de seks tot een einde te brengen.	1	2
8. Mijn partner had geen of weinig gevoel van opwinding.	1	2
9. Mijn partner kon niet klaarkomen (geen orgasme bereiken).	1	2
10. Mijn partner kwam te traag klaar.	1	2
11. Mijn partner kwam te snel klaar.	1	2
12. Mijn partner had pijn voor, tijdens of na penetratie	1	2
13. (Bijkomende filter: vrouwelijke partner) Mijn partner haar vagina verkrampde zo dat penetratie heel moeilijk of onmogelijk was.	1	2

Indien de respondent op vraag 1	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 82/129/145.
Indien de respondent op vraag 2	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 83/130/146.
Indien de respondent op vraag 3A	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 84/131/147.
Indien de respondent op vraag 3B	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 85/132/148.
Indien de respondent op vraag 4	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 86/133/149.
Indien de respondent op vraag 5	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 87/134/150.
Indien de respondent op vraag 6	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 88/135/151.
Indien de respondent op vraag 7	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 89/136/152.
Indien de respondent op vraag 8	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 90/137/153.
Indien de respondent op vraag 9	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 91/138/154.
Indien de respondent op vraag 10	antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag

<i>Indien de respondent op vraag 11</i>	<i>92/139/155.</i>
<i>Indien de respondent op vraag 12</i>	<i>antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 93/140/156.</i>
<i>Indien de respondent op vraag 13</i>	<i>antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 94/141/157.</i>
	<i>antwoord 2 kiest, gaat hij/zij door naar vraag 95/142/158.</i>

Vraagnummer	Vraag
Seksdis82/129/145	Indien mijn partner een <u>gevoel van afkeer</u> van (bijna) elke aanraking met geslachtsdelen heeft,
Seksdis83/130/146	Indien mijn partner <u>teveel zin in seks</u> heeft,
Seksdis84/131/147	Indien mijn partner <u>te weinig zin in seks</u> heeft,
Seksdis85/132/148	Indien mijn partner, wanneer ik initiatief neem tot seks, moeilijkheden heeft om zin in seks te krijgen,
Seksdis86/133/149	Indien de vagina van mijn partner <u>minder vochtig/nat</u> wordt tijdens seks,
Seksdis87/134/150	Indien de vagina van mijn partner <u>onvoldoende lang vochtig nat blijft</u> tijdens seks,
Seksdis88/135/151	Indien de penis van mijn partner <u>niet of onvoldoende stijf</u> wordt om seks tot een einde te brengen,
Seksdis89/136/152	Indien de penis van mijn partner <u>onvoldoende lang stijf blijft</u> om seks tot een einde te brengen,
Seksdis90/137/153	Indien mijn partner <u>geen of weinig gevoel van opwinding</u> ervaart
Seksdis91/138/154	Indien mijn partner <u>niet kan klaarkomen (geen orgasme kan bereiken).</u>
Seksdis92/139/155	Indien mijn partner <u>te traag klaarkomt,</u>
Seksdis93/140/156	Indien mijn partner <u>te snel klaarkomt,</u>
Seksdis94/141/157	Indien mijn partner <u>pijn heeft</u> voor, tijdens of na penetratie,
Seksdis95/142/158	Indien mijn partner haar <u>vagina zo verkramp</u> t tijdens seks waardoor penetratie heel moeilijk of onmogelijk is,

Al deze basisvragen hebben volgende antwoordcategorieën:

- a) *is dit voor mij :*
 1. *geen of een licht probleem*
 2. *een duidelijk probleem*
 3. *een ernstig probleem*
- b) *is dit voor mijn partner:*
 1. *geen of een licht probleem*
 2. *een duidelijk probleem*
 3. *een ernstig probleem*
- c) *is dit voor onze relatie in het algemeen:*
 1. *geen of een licht probleem*
 2. *een duidelijk probleem*
 3. *een ernstig probleem*

Motivering

Seksuele disfuncties zijn problemen die interfereren met de volledige seksuele responscyclus. Hierbij behoren problemen met seksueel verlangen, seksuele opwinding, orgasme en seksuele pijnstoornissen. Kenmerkend voor seksuele disfuncties is dat ze

significant lijden veroorzaken en op die manier verhinderen ze een seksueel bevredigend leven. Seksuele disfuncties zijn waarschijnlijk de meest voorkomende psychologische stoornissen in de algemene populatie (Spector & Carey, 1990).

Seksuele disfuncties die de partner ervaart, kunnen een significante impact op de seksualiteitsbeleving van de andere partner (Fisher, Rosen, Eardley, Sand & Goldstein, 2005; Renshaw, 2007). Toch wordt in de meeste grootschalig onderzoek niet tegelijk naar seksuele disfuncties van de respondent en diens partner gevraagd. Uit onderzoek blijkt nochtans dat mensen goed in staat zijn om de seksuele problemen van hun partner te beschrijven. Fisher, Eardley, McCabe & Sand (2009) toonden aan dat de partners van mannen met een erectiestoornis (ED) de specifieke functionele beperkingen van de ED en de hoe vaak de man met zijn ED geconfronteerd werd, goed konden inschatten. De koppels vertoonden tevens hoge concordantie in hun antwoorden op vragenlijsten die nagingen wat de invloed van ED op de relatie was, wat de oorzaak van de ED was, hoe de communicatie erover verliep en hoe ze een oplossing zouden vinden voor het seksueel probleem.

Naast het feit dat de Sexpert-studie ook de seksuele disfuncties van de partner nagaat, is het vernieuwend dat we een definitie hanteren die overeenstemt met recente ontwikkelingen (Basson et al., 2000; Basson et al., 2004) en die de aanwezigheid nagaat van (intra- en inter-) persoonlijk lijden.

Resultaten

Tabel 163. Seksuele functiestoornissen bij de partners van seksueel actieve mannen en vrouwen en de partners seksueel ervaren mannen en vrouwen die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem bij zichzelf of bij de partner.

Seksuele functiestoornis van de partner	Neen	Ja	N
<i>Seksuele aversie</i>	96.0%	4.0%	1297
<i>Verlaagd seksueel verlangen</i>	79.4%	20.6%	1289
<i>Verlaagd responsief verlangen</i>	84.2%	15.8%	1286
<i>Verhoogd seksueel verlangen</i>	89.9%	10.1%	1291
<i>Niet komen tot fysieke opwinding</i>	81.5%	18.5%	1266
<i>Niet aanhouden van fysieke opwinding</i>	83.8%	16.2%	1257
<i>Tekort aan subjectief opwindingsgevoel</i>	88.3%	17.7%	1289
<i>Moeite om tot orgasme te komen</i>	81.7%	18.3%	1275
<i>Te traag tot orgasme komen</i>	85.6%	14.4%	1275
<i>Te snel tot orgasme komen</i>	83.8%	16.2%	1249
<i>Dyspareunie</i>	90.6%	9.4%	1266
<i>Vaginisme (V)</i>	95.5%	4.5%	644

Tabel 164. Seksuele last bij seksuele functiestoornissen van de partners van seksueel actieve respondenten, van de partners van seksueel ervaren respondenten die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem bij de respondent zelf, en van de partners van seksueel ervaren respondenten die niet meer seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem bij de partner

Seksuele functiestoornissen van de partner	Ervaren last van de respondent bij de seksuele functiestoornis van de partner						Last voor de partner						Relationele last					
	Geen/ Licht	Duidelijk	Extreem	Geen/ Licht	Duidelijk	Extreem	Geen/ Licht	Duidelijk	Extreem	Geen/ Licht	Duidelijk	Extreem	Geen/ Licht	Duidelijk	Extreem	N1a	N2b	N3c
Seksuele aversie	23.2%	56.1%	20.7%	42.0%	42.3%	15.8%	45.3%	43.1%	11.6%	52	50	52	43.1%	11.6%	52	50	52	52
Verlaagd seksueel verlangen	54.3%	37.3%	8.4%	75.5%	21.2%	3.3%	70.3%	25.7%	4.0%	262	254	262	70.3%	4.0%	262	254	262	262
Verlaagd responsief seksueel verlangen	58.0%	33.8%	8.2%	74.2%	22.9%	2.9%	72.4%	24.1%	3.5%	197	194	199	72.4%	3.5%	197	194	199	199
Verhoogd seksueel verlangen	66.7%	29.1%	4.2%	73.3%	22.3%	4.4%	75.4%	19.4%	5.3%	129	128	128	75.4%	5.3%	129	128	128	128
Niet komen tot fysieke opwinding	65.5%	31.0%	3.5%	54.7%	39.4%	5.8%	76.6%	22.0%	1.4%	231	228	230	76.6%	1.4%	231	228	230	230
Niet aanhouden van fysieke opwinding	67.6%	29.1%	3.2%	53.1%	41.2%	5.7%	76.6%	20.1%	3.3%	197	194	197	76.6%	3.3%	197	194	197	197
Tekort aan subjectief opwindinggevoel	45.3%	43.0%	11.7%	63.1%	31.1%	5.8%	65.8%	28.6%	5.6%	145	142	145	65.8%	5.6%	145	142	145	145
Moeite om tot orgasme komen	63.6%	32.0%	4.4%	65.4%	32.2%	2.4%	82.5%	15.3%	2.2%	228	224	228	82.5%	2.2%	228	224	228	228
Te traag tot orgasme komen	82.5%	16.6%	0.9%	77.7%	18.7%	3.6%	91.3%	8.0%	0.7%	175	173	175	91.3%	0.7%	175	173	175	175
Te snel tot orgasme komen	75.2%	22.5%	2.4%	71.0%	25.2%	3.9%	85.1%	14.9%	0%	200	199	198	85.1%	0%	200	199	198	198
Dyspareunie	33.1%	42.7%	24.2%	26.4%	54.3%	19.3%	65.8%	24.1%	10.2%	116	118	118	65.8%	10.2%	116	118	118	118
Vaginisme (V)	d	d	d	d	d	d	d	d	d	29	29	29	d	d	d	29	29	29

^a N1 = aantal respondenten met een seksuele functiestoornis bij de partner die de vraag over 'persoonlijke last' hebben beantwoord
^b N2 = aantal respondenten met een seksuele functiestoornis bij de partner die de vraag over 'last voor de partner' hebben beantwoord
^c N3 = aantal respondenten met een seksuele functiestoornis bij de partner die de vraag over 'relationele last' hebben beantwoord
^d Percentages berekend op subgroepen met N < 50 werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1.)

2.2.10.3. Hulpverlening voor seksuele disfuncties

Vraagomschrijving

De onderstaande vraag peilt naar de mate waarin respondenten met een verstoorde seksuele functie contact hebben met een professionele hulpverlener omwille van hun seksueel probleem. Deze vraag wordt enkel gesteld aan respondenten die afgelopen zes maanden seksueel actief waren en aangaven dat ze minstens één lichte seksuele functiestoornis hebben (Seksdis75), of aan respondenten die minstens één lichte seksuele functiestoornis hebben en die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren omwille van ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin meer in seks’ (Seksdis122). We stellen deze vragen via CASI.

Vraag

Seksdis75/122. Heb je ooit contact gehad met een professionele hulpverlener in verband met je seksueel functioneren? Dit contact kan verschillende redenen hebben: informatie krijgen, een behandeling starten,

1. ja
2. nee

Motivering

Uit internationaal onderzoek (Mercer et al., 2003; Shifren, Johannes, Monz, Russo, Bennett & Rosen, 2009) blijkt dat niet alle mensen met een seksuele disfunctie een professionele hulpverlener contacteren. Mercer et al. (2003) vonden dat slechts 10.5% van de mannen en 21% van de vrouwen met een seksueel probleem een hulpverlener contacteren. Volgens hen zochten mensen met hardnekkige (langdurende) problemen vaker hulp (20.5% van de mannen en 31.9% van de vrouwen met langdurige seksuele problemen). Shifren et al. (2009) rapporteerden dat iets meer dan een derde van de vrouwen met een seksuele disfunctie professionele hulp zochten, meestal bij een huisarts of een gynaecoloog. Toch maakten slechts 6% van die vrouwen een (medische) afspraak specifiek omwille van hun seksueel probleem. In 20% van de gevallen initieerde de arts het gesprek over het seksuele probleem, maar meestal deden vrouwen dit zelf. Het hebben van een partner en de weg vinden in de gezondheidszorg zijn factoren die correleren met hulpverlening. Een gevoel van schaamte en een slechte (zelfingeschatte) gezondheid toonden barrières in het bespreken van een seksueel probleem met de arts.

In Vlaanderen weten we niet hoeveel mensen met een seksuele probleem contact opnemen met een hulpverlener. Toch verwachten we dat mensen met langdurige seksuele problemen een hogere kans hebben om contact op te nemen met een hulpverlener. We verwachten bovendien dat de kans op hulpverleningscontact ook stijgt naarmate mensen meer persoonlijk of relationeel lijden onder het seksuele probleem en wanneer de seksuele functionele problemen ernstiger zijn.

Resultaten

Tabel 165. Aantal respondenten met een minstens een lichte verstoorde seksuele functie die contact hadden met een hulpverlener in verband met het seksueel functioneren (Seksdis75 – Seksdis122) (N=1223)

	Percentage
<i>Neen</i>	89.1%
<i>Ja</i>	10.9%
<i>N</i>	1218

2.2.10.4. Vermijding van seks

Vraagomschrijving

Deze vragen peilen naar seksuele vermijding als gevolg van het voorkomen van een seksueel probleem bij zichzelf of bij de partner. De respondenten konden aangeven in welke mate zij zelf of hun partner seks vermijdt omwille van een verstoorde seksuele functie van de respondent en de mate waarin zij en hun partner seks vermijden om willen van een verstoorde seksuele functie van de partner. Respondenten kunnen op een vijfpuntenschaal van het Likert type (variërend van ‘nooit’ tot ‘bijna altijd of altijd’) aangeven in welke mate zij en hun partner seks vermijden. De vragen over vermijding als gevolg van een seksueel probleem bij de respondent zelf worden enkel gesteld aan respondenten die afgelopen zes maanden seksueel actief waren en aangaven dat ze minstens een lichte seksuele functiestoornis hebben (Seksdis73-74), of aan respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren omwille van ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin mee in seks’ en aangaven dat ze minstens een lichte seksuele functiestoornis hebben (Seksdis120-121). De vragen over vermijding als gevolg van een seksuele disfunctie bij de partner van de respondent worden enkel gesteld aan mensen die afgelopen zes maanden seksueel actief waren en aangaven dat hun partner minstens een seksuele functiestoornis heeft (Seksdis95-96), of aan respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren omwille van een seksueel probleem bij zichzelf én van wie de partner ook minstens één seksuele functiestoornis heeft (Seksdis142-143), of aan respondenten die de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren omwille van minstens een seksuele functiestoornis bij de partner (Seksdis158-159). We stellen deze vragen via CASI.

Vraag

a) Vragen over vermijding van seks t.g.v. seksueel functieprobleem van de respondent:
 Seksd73/120. Vermijd je wel eens seks omwille van deze seksuele problemen?

1. nooit
2. eenmalig
3. meerdere malen
4. vaak
5. bijna altijd of altijd

Seksd74/121. Vermijdt jouw partner wel eens seks omwille van deze seksuele problemen?

1. nooit
2. eenmalig
3. meerdere malen
4. vaak
5. bijna altijd of altijd

b) Vragen over vermijding van seks t.g.v. seksueel functieprobleem van de partner van de respondent:

Seksd95/142/158. Vermijd je wel eens seks omwille van deze seksuele problemen?

1. nooit
2. eenmalig
3. meerdere malen
4. vaak
5. bijna altijd of altijd

Seksd96/143/159. Vermijdt jouw partner wel eens seks omwille van deze seksuele problemen?

1. nooit
2. eenmalig
3. meerdere malen
4. vaak
5. bijna altijd of altijd

Motivering

Als seksuele probleem ontstaan en er geen oplossingen voor worden gezocht of gevonden, bestaat de kans dat mannen en vrouwen seks gaan vermijden. Deze seksuele vermijding vloeit voort uit het feit dat men niet geconfronteerd wil worden met een probleem waar men zich machteloos tegenover voelt staan. Een recente studie uit Groot-Brittannië (The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles) wees uit dat 32.5% van de Britse mannen en 62.4% van de Britse vrouwen die seksuele

problemen rapporteerden, seks vermeden omwille van die seksuele problemen (Mercer et al., 2003). In Vlaanderen weten we niet hoeveel mensen seksuele problemen ervaren en hoeveel mensen omwille van deze problemen seks vermijden.

Resultaten

Tabel 166. Vermijding van seks door de respondent en door de partner van de respondent omwille van een seksueel probleem bij de respondent (Seksdis73-74, Seksdis120-121)

Mate van vermijding van seks						
Vermijding door...	Nooit	Eenmalig	Meerdere malen	Vaak	Bijna altijd of altijd	N
Door de respondent	78.3%	8.5%	7.1%	3.6%	2.4%	1185
Door de partner van de respondent	81.7%	7.2%	5.6%	3.6%	1.8%	1159

Tabel 167. Vermijding van seks door de respondent en door de partner van de respondent omwille van een seksueel probleem bij de partner van de respondent (Seksdis95-96, Seksdis142-143, Seksdis158-159)

Mate van vermijding van seks						
Vermijding door...	Nooit	Eenmalig	Meerdere malen	Vaak	Bijna altijd of altijd	N
Door de respondent	68.3%	10.8%	11.2%	6.0%	3.8%	727
Door de partner van de respondent	67.4%	9.9%	12.2%	6.8%	3.6%	719

2.2.10.5. Seksuele disfunctie of uitzonderlijke situatie?

Vraagomschrijving

Onderstaande vraag gaat na of respondenten die zelf een of meerdere seksuele problemen ervaren, in bepaalde situaties hun seksuele probleem niet ervaren. Het kan zijn dat respondenten hun probleem altijd ervaren, maar het kan ook zijn dat het seksuele probleem in bepaalde omstandigheden (zoals bij masturbatie of een andere seksuele partner) niet voorkomt.

De vraag wordt gesteld aan respondenten die de laatste zes maanden seksueel actief waren en minstens een lichte seksuele functiestoornis hebben (Seksdis80), maar ook aan respondenten die de laatste zes maanden niet seksueel actief waren omwille van ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin meer in seks’ en minstens een lichte seksuele functiestoornis hebben (Seksdis127). We stellen deze vragen via CASI.

Vraag

Seksdis80. Heb je – de afgelopen zes maanden – nog seks gehad zonder dat het probleem zich voordeed?

Seksdis127. Heb je nog seks gehad zonder dat het probleem zich voordeed?

- 1. *nee*
- 2. *nee, maar bij masturbatie deed het probleem zich niet voor*
- 3. *ja, maar toen had ik seks met een andere partner*
- 4. *ja, en toen had ik seks met de zelfde partner*

Motivering

Volgens DSM-IV-TR (APA, 2000) horen bij seksuele disfuncties bepaalde subtypes of specificaties. DSM stelt dat voor elke seksuele disfunctie een subtype kan worden aangegeven, afhankelijk van de context waarin de seksuele disfunctie optreedt. Indien de seksuele disfunctie aanwezig is ongeacht het type seksuele stimulatie, de situatie of de seksuele partner, spreken we van een gegeneraliseerd type. Wanneer de seksuele disfunctie beperkt is tot bepaalde seksuele stimulaties, situaties of partners, spreken we van een situationeel type. DSM stelt dat de meeste seksuele disfuncties optreden wanneer mensen seks hebben met een partner, maar raadt aan de uitzonderingssituatie bij masturbatie toch na te gaan.

Resultaten

Tabel 168. Aantal respondenten met minstens een licht seksueel functieprobleem dat nog seks had zonder dat het seksueel probleem zich voordeed

	Seks gehad zonder het seksuele probleem?				N
	Neen	Neen, maar geen probleem bij masturbatie	Ja, maar seks met andere partner	Ja, en seks met zelfde partner	
Minstens een lichte seksuele functiestoornis	46.7%	8.0%	2.4%	42.9%	1076

2.2.11. Gebruik en toegang tot informatie

2.2.11.1. Algemene informatiebehoefte

Vraagomschrijving

De volgende vragen peilen naar de informatiebehoefte die jongeren de voorbije zes maanden ervoeren met betrekking tot verschillende thema’s aangaande relaties en seksualiteit (RSV2). De relationele en seksuele thema’s zijn: biologische thema’s of lichamelijke aspecten van seks, veilig vrijen, relaties en seksualiteit en seks. De respondenten konden aangeven met ‘ja’ of ‘nee’ of zij behoefte hadden aan bepaalde

informatie. Verder vragen we ook op wie de jongere beroep zou doen, wanneer hij/zij nood heeft aan informatie over biologische aspecten, veilig vrijen, relaties of seksualiteit (RSV4). Omdat de informatiebronnen zich in een breed domein situeren, kiezen we ervoor om zowel officiële instanties, school, gezinleden, vrienden, etc. op te nemen. Alleen respondenten jonger dan 26 jaar beantwoorden RSV2 en RSV4. We bevragen deze variabelen via CAPI.

Alleen respondenten die secundair onderwijs volgen (en jonger zijn dan 26 jaar), beantwoorden ook RSV3. Deze vraag gaat na of schoolgaande jongeren het voorbijaande schooljaar informatie over biologische thema's, veilig vrijen, relaties en seksualiteit kregen.

Vraag

RSV2. Heb jij in de afgelopen 6 maanden wel eens vragen of behoefte aan informatie gehad over de volgende thema's? Antwoord per thema dat ik zal voorlezen met ja of nee.	Ja	Nee
1. <i>Biologische thema's/lichamelijke aspecten van seks. Hiermee bedoelen we o.a. informatie over menstruele cyclus, natte dromen, lichamelijke veranderingen tijdens de puberteit, geslachtsorganen en borsten, klaarkomen ...</i>	1	2
2. <i>Veilig vrijen. Hiermee bedoelen we o.a. informatie over het vermijden van zwangerschap, hoe je besmetting van hiv/soa (seksueel overdraagbare aandoening) kan voorkomen, condoomgebruik ...</i>	1	2
3. <i>Relaties: een vriend/vriendin/ lief hebben. Hiermee bedoelen we o.a. informatie over verliefdheid, intimiteit, een relatie beginnen, omgaan met verschillen in een relatie, verschillende relatievormen, zich zelfverzekerd voelen in relaties...</i>	1	2
4. <i>Seksualiteit en seks. Hiermee bedoelen we o.a. informatie rond masturbatie, klaarkomen, homoseksualiteit, maagdelijkheid, seksueel misbruik, hoe je vrijen leuker kan maken, communicatie over seks, grenzen aangeven, seks op het internet,...</i>	1	2

RSV3. Heb je dit schooljaar op school informatie gekregen over één van de volgende thema's? Antwoord per thema dat ik voorlees met ja of nee.	Ja	Nee
1. <i>Biologische thema's</i>	1	2
2. <i>Veilig vrijen</i>	1	2
3. <i>Relaties</i>	1	2
4. <i>Seksualiteit</i>	1	2

RSV4. *Mocht je over biologische aspecten, veilig vrijen, relaties of seksualiteit informatie nodig hebben, op wie zou je dan een beroep doen? Je kan meerdere personen of instanties aanduiden.*

1. *Een leerkracht/begeleider op school*
2. *Een (huis)arts*
3. *Een jongerenwerker, Jongerenadviescentrum (JAC) of een jeugdhuismedewerker*
4. *Een vriend(en)/vriendin(nen)*
5. *Mijn partner/lief*
6. *Mijn (stief-)vader*
7. *Mijn (stief-)moeder*
8. *Mijn broer(s) of stiefbroer(s)*

9. *Mijn zus(sen) of stiefzus(sen)*
10. *Een religieuze figuur (priester, imam,...)*
11. *Ik zou informatie opzoeken op het internet*
12. *Ik zou informatie opzoeken in een boek, tijdschrift of magazine*
13. *Andere*
14. *Ik zou op niemand een beroep doen*

Motivering

Om een goede seksuele gezondheidspromotie-strategie voor jongeren uit te bouwen, dienen we eerst te weten aan welke soort informatie jongeren behoefte hebben. Alleen op deze manier kunnen we ook ingaan op hun behoeften. Uit onderzoek van Judy Kuriansky (Schroeder & Kuriansky, 2009) bleek dat inhoudelijk de vragen van jongeren over seks en seksualiteit eigenlijk niet zoveel zijn veranderd doorheen de tijd. De antwoorden op de vragen veranderden echter wel met de tijd.

Naast de soort vragen die jongeren hebben, weten we niet bij wie jongeren het liefst ten rade gaan wanneer zij met vragen zitten over relaties en seksualiteit. Wat betekent het voor relationele en seksuele vorming indien jongeren het liefst op internet ten rade gaan? Of bij hun vrienden? Moeten onze seksuele gezondheidsprogramma's hier rekening mee houden? Wat als jongeren bij vragen op niemand beroep doen?

Resultaten

Tabel 169. Aantal jongeren (<26 jaar) die de voorbije zes maanden behoefte hadden aan informatie over bepaalde thema's (RSV2) (N=385)

	Neen	Ja	N
<i>Biologische thema's/lichamelijke aspecten van seks</i>	85.0%	15.0%	383
<i>Veilig vrijen</i>	83.2%	16.8%	383
<i>Relaties</i>	71.8%	28.2%	383
<i>Seksualiteit en seks</i>	82.1%	17.9%	385

Tabel 170. Aantal jongeren (<26 jaar) dat voor informatie over biologische thema's, veilig vrijen, relaties en seksualiteit beroep zou doen op een bepaald persoon/organisatie (RSV4) (N=385)

	Niet aangeduid	Aangeduid	N
<i>Een leerkracht/begeleider op school</i>	91.2%	8.8%	385
<i>Een (huis)arts</i>	69.5%	30.5%	385
<i>Een jongerenwerker, JAC of een jeugdhuismedewerker</i>	97.1%	2.9%	385
<i>Een vriend(en)/vriendin(nen)</i>	68.5%	31.5%	385
<i>Mijn partner/lief</i>	68.5%	31.5%	385
<i>Mijn (stief-)vader</i>	83.0%	17.0%	385
<i>Mijn (stief-)moeder</i>	61.2%	38.8%	385

<i>Mijn broer(s) of stiefbroer(s)</i>	91.2%	8.8%	385
<i>Mijn zus(sen) of stiefzus(sen)</i>	82.8%	17.2%	385
<i>Een religieuze figuur (priester, imam,...)</i>	99.9%	0.1%	385
<i>Ik zou informatie opzoeken op het internet</i>	60.4%	39.6%	385
<i>Ik zou informatie opzoeken in een boek, tijdschrift of magazine</i>	96.3%	3.7%	385
<i>Andere</i>	90.7%	9.3%	385
<i>Ik zou op niemand een beroep doen</i>	97.4%	2.6%	385

Tabel 171. Aantal schoolgaande jongeren (<26 jaar) dat het voorbije schooljaar informatie kreeg over bepaalde thema's (RSV3) (N=140)

	Neen	Ja	N
<i>Biologische thema's</i>	45.0%	55.0%	140
<i>Veilig vrijen</i>	52.9%	47.1%	140
<i>Relaties</i>	47.5%	52.5%	140
<i>Seksualiteit</i>	46.0%	54.0%	139

2.2.11.2. Informatie over relaties en seks vanuit het gezin (perspectief kind)

Vraagomschrijving

Volgende vragen gaan na op welk gezinslid jongeren beroep kunnen doen wanneer ze met vragen zitten over relaties (RSV5, RSV13) of over seks (RSV9, RSV14). Wanneer jongeren geen beroep kunnen doen op gezinsleden, peilen we tevens om welke reden zij dit niet kunnen (RSV6, RSV10).

Gezien de eerste vraag hypothetisch van aard is (Indien je vragen hebt, op wie zou je beroep doen?), vragen we jongeren ook of ze effectief behoefte hebben aan een gesprek over relaties (RSV7) en over seks (RSV11) met een van de gezinsleden en hoe vaak ze al met de gezinsleden hebben gepraat over relaties (RSV8) en seks (RSV12). Door de behoeftevraag te vergelijken met de activiteitsvraag (effectief gepraat), kunnen we te weten komen of de behoefte van jongeren aan informatie vanuit het gezin, vandaag ook wordt ingevuld.

Deze vragen (RSV5– RSV12) worden voorgelegd aan alle jongeren onder 26 jaar, ongeacht ze nog thuis of van huis wonen. Respondenten ouder dan 26 jaar krijgen enkel de vraag naar de persoon op wie ze vroeger beroep deden wanneer ze vragen hadden over relaties en seks (RSV13-RSC14). We bevragen deze variabelen via CAPI.

Vraag

A. Jonger dan 26 jaar

Bijkomende filter: indien inwonend bij één van beide of bij beide ouders (A7= 5, 6 of 7)

We zouden je nu graag enkele vragen willen stellen over het gezin waarin je opgroeit.

Bijkomende filter: indien co-ouderschap (A7=8)

We zouden je nu graag enkele vragen willen stellen over de gezinnen waarin je opgroeit.

Bijkomende filter: indien niet-inwonend bij ouders (A7= 1, 2, 3, 4, 9, 10)

We zouden je nu graag enkele vragen willen stellen over het gezin waarin je bent opgegroeid.

RSV5. Indien je vragen over relaties zou hebben, op wie in jouw gezin zou je dan een beroep doen? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Mijn moeder
2. Mijn vader
3. Mijn broer(s)
4. Mijn zus(sen)
5. Andere gezinsleden, namelijk:.....
6. Ik kan mijn vragen over relaties met niemand van mijn gezin bespreken

RSV6. Ik zal enkele stellingen voorlezen. Geef aan in welke mate je het eens of oneens bent met volgende stellingen. Gebruik kaart 10 om te antwoorden.

Ik bespreek mijn vragen over relaties niet met mijn gezinsleden...	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. uit angst voor de reactie van mijn familie	1	2	3	4	5
2. omdat het niet hoort om relaties te bespreken binnen mijn gezin	1	2	3	4	5
3. omdat voorhuwelijkse relaties niet toegelaten zijn in mijn cultuur/volgens mijn geloofsovertuiging en dus ook niet kunnen worden besproken	1	2	3	4	5
4. uit respect voor mijn ouders	1	2	3	4	5

Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1.).

RSV7. *Hoe vaak heb jij er behoefte aan om met jouw gezinsleden over relaties te praten?*

- 1. *Nooit*
- 2. *Zelden*
- 3. *Soms*
- 4. *Vaak*
- 5. *Heel vaak*

RSV8. *Hoe vaak heb je al met iemand uit jouw gezin over relaties gepraat?*

- 1. *(Nog) nooit*
- 2. *Zelden*
- 3. *Soms*
- 4. *Vaak*
- 5. *Heel vaak*

RSV9. *Indien je vragen over seks zou hebben, op wie in jouw gezin zou je dan een beroep doen? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.*

- 1. *Mijn moeder*
- 2. *Mijn vader*
- 3. *Mijn broer(s)*
- 4. *Mijn zus(sen)*
- 5. *Andere gezinsleden, namelijk:.....*
- 6. *Ik kan mijn vragen over seks met niemand van mijn gezin bespreken*

Bijkomende filter: indien RSV9=6 (ik kan mijn vragen over seks met niemand uit het gezin bespreken)

RSV10. Ik bespreek mijn vragen over seks niet met mijn gezinsleden...	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. uit angst voor de reactie van mijn familie	1	2	3	4	5
2. omdat het niet hoort om seksualiteit te bespreken binnen mijn gezin	1	2	3	4	5
3. omdat voorhuwelijkse seksuele contacten niet toegelaten zijn in mijn cultuur/volgens mijn geloofsovertuiging en dus ook niet kunnen worden besproken	1	2	3	4	5
4. uit respect voor mijn ouders	1	2	3	4	5

RSV11. Hoe vaak heb jij er behoefte aan om met jouw gezinsleden over seks te praten?

1. Nooit
2. Zelden
3. Soms
4. Vaak
5. Heel vaak

RSV12. Hoe vaak heb je al met iemand uit jouw gezin over seks gepraat?

1. (Nog) nooit
2. Zelden
3. Soms
4. Vaak
5. Heel vaak

B. 26 jaar of ouder

RSV13. Indien je, toen je 12 à 16 jaar oud was, vragen had over relaties, op wie in jouw gezin deed je dan een beroep? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Mijn moeder
2. Mijn vader
3. Mijn broer(s)
4. Mijn zus(sen)
5. Andere gezinsleden, namelijk:.....
6. Ik kon mijn vragen over relaties met niemand van mijn gezin bespreken
7. Ik had nooit vragen over relaties

RSV14. Indien je, toen je 12 à 16 jaar oud was, en vragen had over seks, op wie in jouw gezin deed je dan een beroep? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Mijn moeder
2. Mijn vader
3. Mijn broer(s)
4. Mijn zus(sen)
5. Andere gezinsleden, namelijk:.....
6. Ik kon mijn vragen over relaties met niemand van mijn gezin bespreken
7. Ik had nooit vragen over relaties

Motivering

Wanneer jongeren steun en nabijheid van hun ouders ervaren (v.b. ze geven aan dat ze beroep kunnen doen op hun ouders als ze met vragen over relaties of seks zitten), kan dit hun seksuele gezondheid positief beïnvloeden. Uit onderzoek (Miller, 2002) blijkt immers dat jongeren die ouderlijke warmte, steun, nabijheid of verbondenheid met hun ouders voelen, minder risico lopen op een tienerzwangerschap omdat zij geslachtsgemeenschap uitstellen, minder seksuele partners hebben of contraceptie meer consistent gebruiken.

De communicatie tussen ouders en kinderen is een andere factor die de seksuele gezondheid van jongeren kan beïnvloeden. Hoewel de resultaten van studies over de invloed van ouder-kindcommunicatie op seksuele gezondheid variabele resultaten weergeven, vinden de meeste studies dat communicatie met de moeder, maar niet met de vader, is geassocieerd met variabelen rond tienerzwangerschap (Miller, 2002).

Resultaten

Tabel 172. Op wie in het gezin deden jongeren (op het moment van afname 26 jaar of ouder) vroeger beroep met betrekking tot vragen over relaties en seks (RSV13-14) (N=1440)

	Relaties	Seks	N
Op mijn moeder	39.7%	20.4%	1440
Op mijn vader	9.9%	5.8%	1440
Op mijn broer(s)	5.5%	4.5%	1440
Op mijn zus(sen)	14.3%	12.0%	1440
Op andere gezinsleden	1.6%	-	1440
Ik kon vragen over dat thema met niemand van mijn familie bespreken	31.2%	42.3%	1440
Ik had nooit vragen over dat thema	12.9%	16.2%	1440

Tabel 173. Op wie in het gezin doen jongeren (op moment van afname jonger dan 26 jaar) vandaag beroep met betrekking tot vragen over relaties en seks (RSV5, RSV9) (N=385)

	Relaties	Seks	N
Op mijn moeder	70.0%	57.2%	385
Op mijn vader	21.4%	15.8%	385
Op mijn broer(s)	13.7%	12.3%	385
Op mijn zus(sen)	22.6%	17.6%	385
Op andere gezinsleden	2.4%	1.9%	385
Ik kon vragen over dat thema met niemand van mijn familie bespreken	8.9%	3.7%	385

Tabel 174. Redenen waarom jongeren (op moment van afname jonger dan 26 jaar) met niemand in het gezin praten over relaties (RSV10) (N=67)

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
<i>Uit angst voor de reactie van mijn gezin</i>	22.6%	32.1%	11.4%	11.6%	22.3%	67
<i>Omdat het niet hoort om seksualiteit te bespreken binnen mijn gezin</i>	19.0%	23.2%	6.3%	23.6%	27.6%	67
<i>Omdat voorhuwelijkse seksuele contacten niet toegelaten zijn</i>	62.2%	15.0%	2.4%	1.7%	18.7%	67
<i>Uit respect voor mijn ouders</i>	21.3%	14.8%	12.2%	30.7%	21.1%	67

Tabel 175. Hoe vaak hebben jongeren (op het moment van afname jonger dan 26 jaar) behoefte om met een gezinslid te praten over relaties en seks? (RSV7, RSV11) (N=385)

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Heel vaak	N
<i>Relaties</i>	17.5%	43.3%	30.8%	7.6%	0.7%	383
<i>Seks</i>	34.4%	46.6%	17.7%	0.7%	0.5%	383

Tabel 176. Hoe vaak hebben jongeren (op het moment van afname jonger dan 26 jaar) al effectief gepraat met een gezinslid over relaties en seks? (RSV8, RSV12) (N=385)

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Heel vaak	N
<i>Relaties</i>	8.6%	32.2%	36.7%	17.9%	4.7%	385
<i>Seks</i>	20.9%	48.5%	22.8%	6.2%	1.6%	383

2.2.12. Seksuele oriëntatie

Vraagomschrijving

Om seksuele oriëntatie in kaart te brengen hanteren we een item dat zelfbenoeming meet, twee items die seksueel verlangen meten en zeven items die peilen naar seksueel gedrag over verschillende tijdsperiodes heen en bij verschillende soorten seksueel contact (in casu bij de eerste keer seks, bij de eerste keer geslachtsgemeenschap, bij sekspartners over de levensloop heen, bij sekspartners van de afgelopen zes maanden, bij de laatste keer seks en bij bezoek aan een prostituee). Ten slotte vragen we ook naar het geslacht van de huidige relatiepartner. We stellen deze vragen via CASI. Verder geven we hieronder een overzicht met betrekking tot welke items we aan een beperkt aantal respondenten voorlegden:

STJ11a: mannen jonger dan 26 jaar;

STJ11b: vrouwen jonger dan 26 jaar;

STJ13: mannen jonger dan 26 jaar die ooit geslachtsgemeenschap hadden;

ST11a: mannen ouder dan 25 jaar;

ST11b: vrouwen ouder dan 25 jaar;

ST13: mannen ouder dan 25 jaar die ooit geslachtsgemeenschap hadden;

SEL3: enkel respondenten die met meerdere partners seks hadden;

SEL4: enkel respondenten die met één partner seks hadden;

SEZ15: enkel respondenten die met meerdere personen seks hadden EN zowel met mannen als vrouwen seks hadden doorheen hun leven;

SEZ16: enkel indien respondenten met één persoon seks hadden de voorbije zes maanden EN zowel met mannen als vrouwen seks hadden doorheen hun leven;

LC4a: niet aan respondenten bij wie de laatste keer seks met de vaste partner of met meerdere personen was, en niet wanneer men doorheen het leven enkel met mannen of met vrouwen seks had;

LC4b: enkel bij respondenten bij wie de laatste seks met meerdere personen was en die doorheen hun leven zowel met mannen als vrouwen seks hadden;

Pros3: enkel indien men de afgelopen zes maanden één keer een prostitué heeft bezocht;

Pros6: enkel indien men de afgelopen zes maanden meerdere keren een prostitué heeft bezocht;

HP1: enkel wanneer men een vaste partner heeft.

Vraag

SV2. *Hoe zou je jezelf als persoon benoemen?*

1. *heteroseksueel*
2. *meer heteroseksueel dan homoseksueel/lesbisch*
3. *biseksueel*
4. *meer homoseksueel/lesbisch dan heteroseksueel*
5. *homoseksueel/lesbisch*
6. *ik zie mezelf niet als homo-, lesbisch, hetero- of biseksueel, maar wel als* (specificeer - SV4_6)
7. *geen antwoord*

SV3. *Graag zouden we weten over wie je seksuele fantasieën hebt. Heb je seksuele fantasieën over vrouwen/meisjes, over mannen/jongens of over beide? Duid aan wat het beste bij jou past.*

1. *alleen over meisjes/vrouwen*
2. *voornamelijk over meisjes/vrouwen*
3. *net zoveel over meisjes/vrouwen als over jongens/mannen*
4. *voornamelijk over jongens/mannen*
5. *alleen over jongens/mannen*
6. *over geen van beide*

SEL1. Graag zouden we weten tot wie je je seksueel aangetrokken voelt. Voel je je seksueel aangetrokken tot vrouwen/meisjes, tot mannen/jongens of tot beide? Duid aan wat het beste bij jou past.

1. *alleen tot meisjes/vrouwen*
2. *voornamelijk tot meisjes/vrouwen*
3. *net zoveel tot meisjes/vrouwen als tot jongens/mannen*
4. *voornamelijk tot jongens/mannen*
5. *alleen tot jongens/mannen*
6. *tot geen van beide*
7. *andere*

STJ11a/STJ11b/ST11a/ST11b. Wat was het geslacht van de persoon waarmee je voor de eerste keer seks had?

1. *man*
2. *vrouw*

STJ13/ST13. Wat was het geslacht van de persoon waarmee je voor de eerste keer geslachtsgemeenschap had?

1. *man*
2. *vrouw*

SEL2. Je hele leven overziend, met hoeveel personen heb je seks gehad? Met seks bedoelen we allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is. Het gaat dus niet enkel om geslachtsgemeenschap.

..... (open antwoord, numeriek)

SEL3. Waren dit jongens/mannen, meisjes/vrouwen of allebei?

6. *alleen met meisjes/vrouwen*
7. *voornamelijk met meisjes/vrouwen*
8. *ongeveer net zoveel met meisjes/vrouwen als met jongens/mannen*
9. *voornamelijk met jongens/mannen*
10. *alleen met jongens/mannen*

SEL4. Was dit met een jongen/man of met een meisje/vrouw?

1. *Een jongen / man*
2. *Een meisje / vrouw*

SEZ14. Met hoeveel personen heb je in het totaal seks gehad de afgelopen zes maanden?

3. *Met 1 persoon*
4. *Met meerdere personen, namelijk (gelieve het aantal in te vullen):.....*
(open antwoord – numeriek – SEZ3_freq)

SEZ15. Waren dit jongens/mannen, meisjes/vrouwen of allebei?

6. *alleen met meisjes/vrouwen*

7. *voornamelijk met meisjes/vrouwen*
8. *ongeveer net zoveel met meisjes/vrouwen als met jongens/mannen*
9. *voornamelijk met jongens/mannen*
10. *alleen met jongens/mannen*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook paragraaf XX in deel 2 'Kleine aantallen').

SEZ16. Wat was het geslacht van deze persoon?

3. *jongen/man*
4. *meisje/vrouw*

LC4a. Wat is het geslacht van deze persoon waarmee je de laatste keer seks had?

3. *man*
4. *vrouw*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

LC4b. Wat is het geslacht van de personen waarmee je de laatste keer seks had?

1. *Enkel mannen*
2. *Enkel vrouwen*
3. *Zowel een vrouw/vrouwen als een man/mannen*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Pros3. Was dat toen met ...

4. *een jongen/man*
5. *een meisje/vrouw*
6. *andere*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Pros6. Waren dit ...

1. *alleen meisjes/vrouwen*
2. *voornamelijk meisjes/vrouwen*
3. *ongeveer net zoveel meisjes/vrouwen als jongens/mannen*
4. *voornamelijk jongens/mannen*
5. *alleen jongens/mannen*
6. *geen antwoord*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

HP1. Wat is het geslacht van jouw partner?

1. *man*
2. *vrouw*

Motivering

Onder seksuele oriëntatie verstaan we een seksuele gerichtheid naar mannen, vrouwen, allebei of naar geen van beide. In dit onderzoek verkiezen we om seksuele oriëntatie als een multidimensioneel concept te behandelen. Seksueel verlangen (zich seksueel aangetrokken voelen tot iemand van het zelfde geslacht), gedrag (daadwerkelijk seks hebben met iemand van hetzelfde geslacht) en identiteit (zichzelf omschrijven als homo, lesbienne of biseksueel) vallen immers niet altijd samen (Laumann et al., 1994). Verscheidene pogingen werden reeds ondernomen om het multidimensionele gegeven van holebiseksualiteit te meten (zie Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1957; Bell & Weinberg, 1979; Shively & De Cecco, 1993; Coleman, 1990; Klein, 1990; Sell, 1997; Sell, 1996), maar dit leidde niet tot een gestandaardiseerd meetinstrument.

In deze studie onderscheiden we (cfr. Laumann et al., 1994) drie componenten die gerelateerd zijn aan seksuele oriëntatie namelijk 1. zelfbenoeming of seksuele identiteit, 2. seksueel gedrag en 3. seksueel verlangen. Zelfbenoeming of seksuele identiteit verwijst naar het label dat respondenten gebruiken om hun seksuele oriëntatie te benoemen. We baseren ons daarvoor op de Kinsey continuïumschaal (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey et al., 1957; Bell & Weinberg, 1979) maar we herleidden ze naar een 5-puntenschaal uniform met de andere continuïumvariabelen in de vragenlijst. Daarnaast gebruikten we de Nederlandse vertaling conform met het onderzoek ‘Seks in Nederland’ (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Seksueel gedrag brengen we in kaart door te vragen naar het geslacht van de sekspartner(s) die men had op verschillende momenten in de levensloop (bij de eerste keer seks of geslachtsgemeenschap, het hele leven overziend, gedurende de laatste zes maanden en bij de laatste keer). Daarnaast vragen we ook naar het geslacht van de sekspartner(s) indien dit een prostitué was. Seksueel verlangen meten we door te peilen naar seksuele aantrekking (voelt men zich voornamelijk aangetrokken tot mannen, vrouwen, allebei of geen van beide) en seksuele fantasieën (heeft men voornamelijk seksuele fantasieën over mannen, vrouwen, allebei of geen van beide) (zie Coleman, 1990). Ten slotte vragen we naar het geslacht van de huidige potentiële relatiepartner omdat dit ook een indicator voor seksuele oriëntatie kan zijn.

Resultaten

Tabel 177. Seksuele zelfidentificatie. (SV2) (N=1825)

	percentage
1 heteroseksueel	91.8%
2 meer heteroseksueel dan homoseksueel / lesbisch	3.7%
3 biseksueel	2%
4 meer homoseksueel / lesbisch dan heteroseksueel	0.2%
5 homoseksueel / lesbisch	1%
6 Ik zie mezelf niet als homo-, lesbisch, hetero- of biseksueel, maar wel als....	1.3%
N	1801

Tabel 178. Seksueel verlangen: fantasieën over. (SV3) (N=1825)

	percentage
1 alleen over meisjes/vrouwen	43.3%
2 voornamelijk over meisjes/vrouwen	5.6%
3 net zoveel over meisjes/vrouwen als over jongens/mannen	2.6%
4 voornamelijk over jongens/mannen	9.7%
5 alleen over jongens/mannen	27.5%
6 over geen van beide	11.4%
N	1806

Tabel 179. Seksueel verlangen: aangetrokken tot. (SEL1) (N=1825)

	percentage
1 alleen tot meisjes/vrouwen	46.3%
2 voornamelijk tot meisjes/vrouwen	3.7%
3 net zoveel tot meisjes/vrouwen als tot jongens/mannen	1.2%
4 voornamelijk tot jongens/mannen	8%
5 alleen tot jongens/mannen	40.3%
6 tot geen van beide	0.4%
N	1811

Tabel 180. Geslacht persoon eerste keer seks. (STJ11a) (N=144)

	percentage
Man	4.6%
Vrouw	95.4%
N	144

Tabel 181. Geslacht persoon eerste keer seks. (STJ11b) (N=142)

	percentage
<i>Man</i>	98.1%
<i>Vrouw</i>	1.9%
<i>N</i>	142

Tabel 182. Geslacht persoon eerste keer geslachtsgemeenschap. (STJ13) (N=132)

	percentage
<i>Man</i>	5.5%
<i>Vrouw</i>	94.5%
<i>N</i>	132

Tabel 183. Geslacht persoon eerste keer seks. (ST11a) (N=840)

	percentage
<i>Man</i>	3.5%
<i>Vrouw</i>	96.5%
<i>N</i>	840

Tabel 184. Geslacht persoon eerste keer seks. (ST11b) (N=851)

	percentage
<i>Man</i>	98.4%
<i>Vrouw</i>	1.6%
<i>N</i>	850

Tabel 185. Geslacht persoon eerste keer geslachtsgemeenschap. (ST13) (N=814)

	percentage
<i>Man</i>	2%
<i>Vrouw</i>	98%
<i>N</i>	814

Tabel 186. Geslacht sekspartners over de levensloop heen. (SEL3) (N=1264)

	Percentage
<i>1 alleen met meisjes/vrouwen</i>	47.5%
<i>2 voornamelijk met meisjes/vrouwen</i>	4.2%
<i>3 ongeveer net zoveel met meisjes/vrouwen als met jongens/mannen</i>	0.8%
<i>4 voornamelijk met jongens/mannen</i>	5.9%
<i>5 alleen met jongens/mannen</i>	41.6%
<i>N</i>	1263

Tabel 187. Geslacht sekspartner over de levensloop heen. (SEL4) (N=428)

	Percentage
<i>Man</i>	59.9%
<i>Vrouw</i>	40.1%
<i>N</i>	428

Tabel 188. Geslacht sekspartner afgelopen zes maanden. (SEZ16) (N=90)

	percentage
<i>Een jongen/man</i>	51.7%
<i>Een meisje/vrouw</i>	48.3%
<i>N</i>	90

Tabel 189. Geslacht huidige relatiepartner. (HP1) (N=1412)

	percentage
<i>Een jongen/man</i>	49.6%
<i>Een meisje/vrouw</i>	50.4%
<i>N</i>	1406

2.2.13. *Genderidentiteit*

Vraagomschrijving

Gebaseerd op de Welebi-studie (Schoonacker & Dumon, 2009), wordt gevraagd hoe vrouwelijk en mannelijk men zich voelt, gedraagt of eruit ziet. We gebruiken een verkorte versie van de oorspronkelijke vragen naar genderidentiteit die bestaat uit 6 items die beantwoord worden op een vijfpuntenschaal. Deze vragen worden aan alle respondenten voorgelegd.

Vraag

De volgende vragen gaan over de mate waarin je je vrouwelijk en/of mannelijk voelt en tot wie je aangetrokken voelt.

SV1. Duid aan in welke mate je het al dan niet eens bent met de volgende uitspraken.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Ik voel me vrouw	1	2	3	4	5
2. Ik voel me man	1	2	3	4	5
3. Ik zie er vrouwelijk uit	1	2	3	4	5
4. Ik zie er mannelijk uit	1	2	3	4	5
5. Ik wou dat ik meer vrouwelijk was	1	2	3	4	5
6. Ik wou dat ik meer mannelijk was	1	2	3	4	5

Motivering

Met het concept ‘gender’ wordt verwezen naar de sociale, culturele en psychologische invulling van man-en/of vrouw-zijn. Deze invulling varieert naar cultuur en tijdperiode. Gender is dus niet te verwarren met het ‘biologische geslacht’ of ‘seks’, wat verwijst naar de fysieke anatomie van een individu. ‘Genderidentiteit’ slaat op het innerlijke gevoel een meisje/vrouw of jongen/man te zijn. Meestal komt dit gevoel overeen met het geboortegeslacht. Het psychologische en biologische zijn dan congruent. Het concept ‘genderidentiteit’ wordt gemeten aan de hand van de eerste twee items.

Het gebeurt echter dat het anatomisch geslacht en de genderidentiteit niet helemaal samenvallen: dat iemand met een mannelijk geboortegeslacht zich identificeert als vrouw (of omgekeerd). Of dat men zich tegelijk man en vrouw voelt. Dergelijke incongruenties kunnen zich uiten in de ‘genderrol’, of de gedragingen, attitudes en persoonlijkheidstrekken die op een bepaald moment in een bepaalde maatschappij als mannelijk of vrouwelijk worden beschouwd (Money & Ehrhardt, 1972). De genderrol wordt gemeten door item 3 en 4.

Wanneer individuen zich niet conformeren aan dergelijke genderrollen, spreken we van ‘gendernonconformiteit’ of ‘genderatypicaliteit’. Soms kan dit gepaard gaan met een verlangen om tot het andere biologische geslacht te behoren, soms is dit een variant op het continuüm mannelijkheid en vrouwelijkheid. Dit verlangen om zich elders in het continuüm te situeren wordt gemeten door item 5 en 6.

Resultaten

Tabel 190. Genderidentiteit, genderrol en gendernonconformiteit, bij mannen (SV1) (N=909)

	Helemaal onees	Eerder onees	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Ik voel me vrouw	95,3%	2,9%	0,4%	0,5%	1,0%	898
2. Ik voel me man	1,6%	0,7%	0,1%	3,6%	94,0%	904
3. Ik zie er vrouwelijk uit	91,0%	6,6%	1,4%	0,3%	0,7%	897
4. Ik zie er mannelijk uit	2,0%	0,2%	0,7%	13,6%	83,5%	904
5. Ik wou dat ik meer vrouwelijk was	91,4%	2,9%	3,4%	1,1%	1,3%	894
6. Ik wou dat ik meer mannelijk was	38,3%	10,7%	27,7%	10,7%	12,8%	884

Tabel 191. Genderidentiteit, genderrol en gendernonconformiteit, bij vrouwen (SV1) (N=916)

	Helemaal onees	Eerder onees	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Ik voel me vrouw	1,2%	0,3%	2,0%	11,0%	85,5%	915
2. Ik voel me man	93,2%	4,3%	0,8%	0,6%	1,1%	907
3. Ik zie er vrouwelijk uit	1,2%	0,6%	3,2%	22,9%	72,1%	915
4. Ik zie er mannelijk uit	90,3%	6,2%	1,7%	1,3%	0,5%	907
5. Ik wou dat ik meer vrouwelijk was	43,2%	17,2%	18,8%	12,1%	8,6%	891
6. Ik wou dat ik meer mannelijk was	90,7%	4,8%	3,4%	0,8%	0,3%	898

2.3. Correlaten

2.3.1. Achtergrondvariabelen

Al de vragen in verband met de achtergrondvariabelen bevinden zich in het CAPI-gedeelte van de vragenlijst en werden dus rechtstreeks door de interviewer aan de respondent gevraagd.

2.3.1.1. Geslacht

Vraagomschrijving

Met vraag A1 peilen we naar het geslacht van de respondent. De interviewer noteerde het geslacht van de respondent bij aanvang van het interview.

Vraag

A1. (Interviewer noteerde geslacht respondent)

1. *Man*
2. *Vrouw*

Resultaten

Tabel 192. Geslacht van de respondent (A1) (N=1825)

	Percentage
<i>Man</i>	49.8%
<i>Vrouw</i>	50.2%
<i>N</i>	1825

2.3.1.2. Leeftijd

Vraagomschrijving

Bij vraag A3 vragen we naar de geboortedatum van de respondent om zijn of haar leeftijd te achterhalen.

Vraag

A3. Wat is je geboortedatum?

DD/MM/JJJJ (A3_dag/A3_maand/A3_jaar)

Resultaten

Tabel 193. Leeftijd van de respondenten (A3) (N=1825)

	Percentage
<i>-18</i>	7.4%
<i>18-29</i>	19.6%
<i>30-39</i>	15.7%
<i>40-49</i>	18.4%
<i>50-64</i>	23.8%
<i>65+</i>	15.2%
<i>N</i>	1825

2.3.1.3. Burgerlijke staat en gezinssituatie

Vraagomschrijving

Met de volgende vragen willen we ons een beeld vormen van de burgerlijke staat en de gezinssituatie van de respondent. Vraag A4a is bedoeld om een eerste zicht te krijgen op de burgerlijke staat van de respondent. Met vragen A4b tot en met A4i willen we dit beeld verder verfijnen door onder andere te vragen naar het jaartal waarin men huwde of ging samenwonen of het jaar waarin men scheidde. Voor respondenten waarvan we uit deze vragen niet kunnen opmaken of ze een partner hebben of niet, wordt vraag A5 gesteld. In deze vraag gaan we na of de respondent momenteel een partner heeft of niet. Vraag A6 leggen we voor aan alle mensen die momenteel een partner hebben, om te weten te komen hoe lang de relatie reeds duurt. Hierbij hebben we ervoor geopteerd om de respondent zelf de tijdsperiode te laten kiezen. Voor mensen die nog maar net een relatie hebben, is het immers niet mogelijk om accuraat aan te geven hoeveel jaren ze al een relatie hebben. Omgekeerd is het voor mensen die jaren samen zijn, quasi onmogelijk om dit in dagen of weken te vatten.

Met vragen A7 en volgende willen we een beter zicht krijgen op de gezinssituatie van de respondent. Na een algemene vraag over de gezinssituatie (A7), zijn vragen A8 tot A11 bedoeld om het gezin van de respondent goed in kaart te brengen. Hierbij vragen we voor elk van de gezinsleden naar het geslacht (A9), de leeftijd (A10) en de relatie tot de respondent (A11). Respondenten die bij vraag A7 antwoorden dat ze alleen of enkel met hun partner samen wonen, moeten vragen A8 tot A11 niet invullen. Voor respondenten die bij vraag A7 aangeven dat ze in verschillende gezinssituaties leven, vragen we eerst naar hoeveel tijd ze in elke gezinssituatie doorbrengen en met hoeveel personen ze in elke gezinssituatie samenwonen. Vervolgens worden de vragen naar geslacht, leeftijd en relatie tot elk gezinslid voor beide gezinssituaties gesteld (A12 tot A20).

Vraag A22 is, ten slotte, bedoeld om de plaats van de respondent in de rangorde van kinderen in het gezin van oorsprong te weten te komen. Voor respondenten die niet meer bij hun ouders wonen, vragen we om dit aan te geven voor het gezin waarin men opgroeide.

Vraag

A4a.	Wat is je burgerlijke staat?	
	<i>Ongehuwd en nooit gehuwd geweest/nooit samengewoond</i>	1
	<i>Gehuwd</i>	2
	<i>Weduwnaar of weduwe</i>	3
	<i>Wettelijk gescheiden</i>	4
	<i>Feitelijk gescheiden</i>	5
	<i>(Feitelijk of wettelijk) samenwonend</i>	6
	<i>Andere</i>	7

A4b. In welk jaar en welke maand ben je gehuwd of ging je samenwonen?
MM/JJJJ (A4b_maand/4b_jaar)

A4c. Is dit jouw eerste huwelijk/de eerste keer dat je ging samenwonen?

1. Ja, eerste huwelijk
2. Nee, ik was reeds eerder gehuwd of woonde reeds eerder samen, namelijk ...
 keer (A4c_freq)

A4d. Kan je voor elk vorig huwelijk of elke keer dat je met een partner ging samenwonen zeggen in welk jaar dit huwelijk plaatsvond/in welk jaar je ging samenwonen en in welk jaar je apart ging wonen of je partner overleed?

eerste keer: van (A4d_1a) – tot (A4d_1b)

eerste keer: van (A4d_2a) – tot (A4d_2b)

eerste keer: van (A4d_3a) – tot (A4d_3b)

eerste keer: van (A4d_4a) – tot (A4d_4b)

A4e. In welk jaar ben je weduwe/weduwenaar geworden of is je partner overleden?
 in ...

A4f. In welk jaar ben je wettelijk gescheiden?
 in ...

A4g. In welk jaar ben je feitelijk gescheiden of gingen jullie uit elkaar?
 in ...

A4h. Was dit je eerste huwelijk of de eerste keer dat je met een partner samenwoonde?
 1. Ja
 2. Nee, ik was reeds eerder gehuwd of woonde reeds eerder samen, namelijk ...
 keer (A4c_freq)

A4i. Kan je voor elk vorig huwelijk of elke keer dat je met een partner ging samenwonen zeggen in welk jaar dit huwelijk plaatsvond/in welk jaar je ging samenwonen en in welk jaar je apart ging wonen of je partner overleed?

eerste keer: van (A4i_1a) – tot (A4i_1b)

eerste keer: van (A4i_2a) – tot (A4i_2b)

eerste keer: van (A4i_3a) – tot (A4i_3b)

eerste keer: van (A4i_4a) – tot (A4i_4b)

A5. Heb je op dit moment een partner

Ja	1
Nee	2
weet niet/geen antwoord	3

A6. Hoe lang zijn jij en jouw partner al samen? Gelieve te antwoorden in jaren, maanden of weken.

... weken	A6_weken
... maanden	A6_maand
... jaren	A6_jaren

A7. Welke gezinssituatie is op jou van toepassing?	
<i>ik woon alleen</i>	1
<i>ik woon enkel samen met mijn partner</i>	2
<i>ik woon samen met mijn partner en kind(eren)</i>	3
<i>ik woon niet samen met mijn partner maar wel samen met mijn kind(eren)</i>	4
<i>ik woon bij mijn beide ouders</i>	5
<i>ik woon bij mijn vader (en eventueel ook met zijn partner)</i>	6
<i>ik woon bij mijn moeder (en eventueel ook met haar partner)</i>	7
<i>ik woon afwisselend bij mijn vader en mijn moeder (met hun eventuele partner)</i>	8
<i>ik woon afwisselend in verschillende gezinssituaties</i>	9
<i>ik woon samen met anderen/ vrienden</i>	10
<i>ik ben kotstudent/zit op internaat en woon in het weekend bij mijn ouders</i>	11
<i>andere, namelijk (A70)</i>	12

A8. Met hoeveel personen woon je samen, jezelf meegerekend?				
... personen				
Kan je voor elk van deze personen in je huisbouden aangeven wat zijn/haar geslacht en leeftijd is alsook wat je relatie is met deze persoon? Bijvoorbeeld: het is mijn kind, mijn partner, mijn moeder,... Het gaat om alle personen die regelmatig in de woning verblijven. Het gaat ook om personen die tijdelijk afwezig zijn (bijvoorbeeld personen die op vakantie of in het ziekenhuis zijn, kotstudenten, kinderen uit een vorige relatie die momenteel in een ander gezin verblijven). Personen die slechts tijdelijk aanwezig zijn of waren (logés, gasten,...) hoef je niet op te nemen.				
	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	...
Geslacht (vraag A9)				
Man	1	1	1	1
Vrouw	2	2	2	2
Leeftijd (vraag A10)				
Leeftijd	...	...	...	...
Relatie met respondent (vraag A11)				
respondent zelf	1	/	/	/
partner	/	2	2	2
kind van respondent	/	3	3	3
kind van partner, niet van respondent	/	4	4	4
moeder/vader	/	5	5	5
zus/broer	/	6	6	6
stiefmoeder/vader	/	7	7	7
schoonmoeder/ vader	/	8	8	8
stiefbroer/zus	/	9	9	9
grootouder	/	10	10	10
ander (ander familielid, vriend, ...)	/	11	11	11

A12. Je gaf in de vorige vraag aan dat je afwisselend bij één van je ouders woont. Hoeveel dagen per MAAND woon je bij elk van hen? Denk aan een gemiddelde maand van 30 dagen.

A12a. ik woon (ongeveer) Dagen per maand bij mijn vader
A12b. ik woon (ongeveer) Dagen per maand bij mijn moeder

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

A13. Je gaf in de vorige vraag aan dat je in verschillende gezinssituaties woont. Met de volgende vraag wil ik deze gezinssituaties zo goed mogelijk in kaart brengen. Denk aan de eerste gezinssituatie. Met hoeveel personen woon je samen in de eerste situatie, jezelf meegerekend?
... personen

Kan je voor elk van deze personen aangeven wat zijn/haar geslacht en leeftijd is alsook wat je relatie is met deze persoon? Bijvoorbeeld: het is mijn kind, mijn partner, mijn moeder,... Het gaat om alle personen die regelmatig in de woning verblijven. Het gaat ook om personen die tijdelijk afwezig zijn (bijvoorbeeld personen die op vakantie of in het ziekenhuis zijn, kotstudenten, kinderen uit een vorige relatie die momenteel in een ander gezin verblijven). Personen die slechts tijdelijk aanwezig zijn (logés, gasten,...) hoeft je niet op te nemen.

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	...
Geslacht (vraag A14)				
Man	1	1	1	1
Vrouw	2	2	2	2
Leeftijd (vraag A15)				
Leeftijd	...	...	...	...
Relatie met respondent (vraag A16)				
respondent zelf	1	/	/	/
partner	/	2	2	2
kind van respondent	/	3	3	3
kind van partner, niet van respondent	/	4	4	4
moeder/vader	/	5	5	5
zus/broer	/	6	6	6
stiefmoeder/vader	/	7	7	7
schoonmoeder/ vader	/	8	8	8
stiefbroer/zus	/	9	9	9
grootouder	/	10	10	10
ander (ander familielid, vriend, ...)	/	11	11	11

A13. Denk nu aan de tweede gezinssituatie. Met hoeveel personen woon je samen in de tweede situatie, jezelf meegerekend?
... personen

Kan je voor elk van deze personen aangeven wat zijn/haar geslacht en leeftijd is alsook wat je relatie is met deze persoon? Bijvoorbeeld: het is mijn kind, mijn partner, mijn moeder,... Het gaat om alle personen die regelmatig in de woning verblijven. Het gaat ook om personen die tijdelijk afwezig zijn (bijvoorbeeld personen die op vakantie of in het ziekenhuis zijn, kotstudenten, kinderen uit een vorige relatie die momenteel in een ander gezin verblijven). Personen die slechts tijdelijk aanwezig zijn (logés, gasten,...) hoef je niet op te nemen.

Kan je voor elk van deze personen aangeven wat zijn/haar geslacht en leeftijd is alsook wat je relatie is met deze persoon? Bijvoorbeeld: het is mijn kind, mijn partner, mijn moeder,... Het gaat om alle personen die regelmatig in de woning verblijven. Het gaat ook om personen die tijdelijk afwezig zijn (bijvoorbeeld personen die op vakantie of in het ziekenhuis zijn, kotstudenten, kinderen uit een vorige relatie die momenteel in een ander gezin verblijven). Personen die slechts tijdelijk aanwezig zijn (logés, gasten,...) hoef je niet op te nemen.

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	...
<i>Geslacht (vraag A18)</i>				
Man	1	1	1	1
Vrouw	2	2	2	2
<i>Leeftijd (vraag A19)</i>				
Leeftijd	...	...	...	...
<i>Relatie met respondent (vraag A20)</i>				
respondent zelf	1	/	/	/
partner	/	2	2	2
kind van respondent	/	3	3	3
kind van partner, niet van respondent	/	4	4	4
moeder/vader	/	5	5	5
zus/broer	/	6	6	6
stiefmoeder/vader	/	7	7	7
schoonmoeder/ vader	/	8	8	8
stiefbroer/zus	/	9	9	9
grootouder	/	10	10	10
ander (ander familielid, vriend, ...)	/	11	11	11

A22. Waar plaats je jezelf in de rangorde van jongste naar oudste kind? Indien je enig kind bent, kan je dit ook aangeven. Stiefbroers of –zussen waarmee je samen opgroeide rekenen we hier ook bij.

1. Ik ben enig kind
2. Ik ben/was de jongste in het gezin
3. Ik ben/was noch de jongste, noch de oudste in het gezin
4. Ik ben/was de oudste in het gezin

Motivering

Om verschillende redenen hebben we ervoor gekozen om burgerlijke staat en gezins-situatie uitgebreid te bevragen. Ten eerste heeft eerder onderzoek al aangetoond dat de familiestructuur een invloed heeft op de seksuele en genderontwikkeling (Lencia-suskiene & Zaborskis, 2008; McHale, Crouter & Whiteman, 2003; Pearson, Muller & Frisco, 2006). Volgens Calhoun, Davis en Friel (2001) daarentegen heeft de ge-zinsstructuur weinig of geen invloed op de seksuele ontwikkeling. Door middel van bovenstaande vragen willen we een bijdrage leveren aan deze discussie. Daarnaast zijn er, ten tweede, ook verschillende onderzoeken met betrekking tot de invloed van

transities naar een ander stadium in de familielevensloop. In elk van de stadia van deze cyclus worden het individu en het koppel geconfronteerd met nieuwe taken, uitdagingen en problemen, wat een invloed kan hebben op de seksleven van een koppel. Het merendeel van de bestaande onderzoeken heeft de invloed van relatieduur en leeftijd op seksuele frequentie, tevredenheid en dysfuncties bekeken (bvb Edwards & Booth, 1994; Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994). Hiernaast lijkt het ons echter ook nuttig om te kijken naar het stadium in de familielevensloop waarin de respondenten zich bevinden, aangezien dit een sterke invloed kan hebben op seksuele attitudes, tevredenheid en seksuele disfuncties.

Resultaten

Tabel 194. Burgerlijke staat (A4a) (N=1825).

	Percentage
Ongehuwd en nooit gehuwd geweest/nooit samengewoond	24.6%
Gehuwd	49.4%
Weduwnaar of weduwe	4.2%
Wettelijk gescheiden	6.9%
Feitelijk gescheiden	1.9%
(Feitelijk of wettelijk) samenwonend	12.2%
Andere	0.8%
N	1825

Tabel 195. Eerste huwelijk/eerste keer samenwonen, enkel voor respondenten die aangaven gehuwd te zijn/samen te wonen (A4c) (N=1124).

	Percentage
Ja, eerste huwelijk	81.4%
Nee, ik was reeds eerder gehuwd of woonde reeds eerder samen, namelijk ... keer	18.6%
N	1124

Tabel 196. Eerste huwelijk/eerste keer samenwonen, enkel voor respondenten die aangaven weduwe/weduwenaar, wettelijk of feitelijk gescheiden te zijn (A4h) (N=238).

	Percentage
Ja	89.0%
Nee, ik was reeds eerder gehuwd of woonde reeds eerder samen	11.0%
N	237

Tabel 197. Huidige relatiestatus, enkel voor respondenten die aangaven niet gehuwd te zijn/niet samen te wonen (A5) (N=702).

	Percentage
Ja	41.1%
Nee	58.9%
N	700

Tabel 198. Huidige gezinssituatie (A7) (N=1825).

	Percentage
ik woon alleen	12.1%
ik woon enkel samen met mijn partner	31.1%
ik woon samen met mijn partner en kind(eren)	34.4%
ik woon niet samen met mijn partner maar wel samen met mijn kind(eren)	3.5%
ik woon bij mijn beide ouders	11.1%
ik woon bij mijn vader (en eventueel ook met zijn partner)	0.7%
ik woon bij mijn moeder (en eventueel ook met haar partner)	4.3%
ik woon afwisselend bij mijn vader en mijn moeder (met hun eventuele partner)	0.6%
ik woon afwisselend in verschillende gezinssituaties	0%
ik woon samen met anderen/ vrienden	0.6%
ik ben kotstudent/zit op internaat en woon in het weekend bij mijn ouders	0.7%
Ik woon samen met partner en/of kinderen en ouder(s) of schoonouder(s)	0.4%
andere	0.5%
N	1825

Tabel 199. Aantal personen in het huishouden, enkel voor respondenten die aangaven samen te wonen met anderen, en in slechts in één gezinssituatie wonen (A8) ($N=1026$).

	Percentage
2	8.0%
3	33.4%
4	36.5%
5	15.7%
6	4.7%
7	1.2%
8	0.4%
9	0.2%
<i>N</i>	1026

Tabel 200. Rangorde tussen broers/zussen (A22) ($N=1825$).

	Percentage
Ik ben enig kind	9.9%
Ik ben/was de jongste in het gezin	31.2%
Ik ben/was noch de jongste, noch de oudste in het gezin	28.3%
Ik ben/was de oudste in het gezin	30.6%
<i>N</i>	1823

2.3.1.4. Opleidingsniveau

Vraagomschrijving

Met de volgende vragen peilen we naar het hoogst behaalde diploma van de respondent. Voor respondenten die in vraag A23 aangeven dat ze voltijds onderwijs volgen, wordt in vraag A24 doorgevraagd naar het niveau van de opleiding die ze momenteel volgen. Respondenten die secundair onderwijs volgen, krijgen vervolgens vraag A24 over het type van de school waarin ze les volgen. Respondenten die geen voltijds dagonderwijs volgen, vragen we eerst naar de leeftijd waarop ze de school verlieten (AV1). Dit is vooral voor oudere respondenten een belangrijke vraag, omdat zij zich vaak weinig kunnen voorstellen bij de gebruikte categorieën in verband met opleidingsniveau. Vervolgens wordt met vraag AV2 het hoogst behaalde diploma van deze respondenten nagegaan. Deze vragen zijn grotendeels overgenomen uit de Participatiesurvey 2009 (Lievens & Waeghe, 2011).

Vraag

A23. *Volg je momenteel voltijds dagonderwijs?*

1. *Ja*
2. *Nee*

A24. Wat is het niveau van de opleiding die je momenteel volgt ?	
<i>Lager onderwijs</i>	1
<i>Buitengewoon lager onderwijs</i>	2
<i>Lager buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)</i>	3
<i>Lager secundair onderwijs – beroeps (BSO)</i>	4
<i>Lager secundair onderwijs – technisch (TSO)</i>	5
<i>Lager secundair onderwijs – kunst (KSO)</i>	6
<i>Lager secundair onderwijs – algemeen (ASO)</i>	7
<i>Hoger buitengewoon onderwijs – beroeps (BuSO)</i>	8
<i>Hoger secundair onderwijs – beroeps (BSO)</i>	9
<i>Hoger secundair onderwijs – technisch (TSO)</i>	10
<i>Hoger secundair onderwijs – algemeen (ASO)</i>	11
<i>Bachelor aan een hogeschool/ professionele bachelor/ niet universitair hoger onderwijs korte type</i>	12
<i>Bachelor aan een hogeschool/ professionele bachelor/ niet universitair hoger onderwijs lange type</i>	13
<i>Bachelor aan een universiteit/ academische bachelor</i>	14
<i>Master aan een hogeschool/ niet universitair hoger onderwijs lange type</i>	15
<i>Master aan een universiteit</i>	16
<i>Doctoraat</i>	17
<i>Andere of twijfel – specificeer (A24O)</i>	18

A25. In welk soort school volg je momenteel je onderwijs?	
<i>In een school van het GO! Onderwijs van de Vlaamse gemeenschap</i>	1
<i>In een stedelijke of provinciale school</i>	2
<i>In een katholieke school</i>	3
<i>Andere – specificeer..... (A25O)</i>	4

AV1. Tot welke leeftijd ben je in voltijds dagonderwijs naar school geweest?
Tot de leeftijd van (numeriek open antwoord)

AV2. Op kaart 52 staan een aantal diploma's. Wat is het hoogste getuigenschrift of diploma dat je hebt behaald? Je kan gewoon het cijfer noemen.	
<i>Geen</i>	1
<i>Lager onderwijs</i>	2
<i>Buitengewoon lager onderwijs</i>	3
<i>Lager buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)</i>	4
<i>Lager secundair onderwijs – beroeps (BSO)</i>	5
<i>Lager secundair onderwijs – technisch (TSO)</i>	6
<i>Lager secundair onderwijs – kunst (KSO)</i>	7
<i>Lager secundair onderwijs – algemeen (ASO)</i>	8
<i>Hoger buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)</i>	9
<i>Hoger secundair onderwijs – beroeps (BSO)</i>	10
<i>Hoger secundair onderwijs – technisch (TSO)</i>	11
<i>Hoger secundair onderwijs – kunst (KSO)</i>	12

<i>Hoger secundair onderwijs – algemeen (ASO)</i>	13
<i>Bachelor aan een hogeschool/Niet universitair hoger onderwijs korte type</i>	14
<i>Bachelor/Kandidaat aan een universiteit</i>	15
<i>Master aan een hogeschool/ Niet universitair hoger onderwijs lange type</i>	16
<i>Master of licentiaat aan een universiteit</i>	17
<i>Doctoraat</i>	18
<i>9998. Andere of twijfel – specificeer..... (in AV2_and – open antwoord)</i>	19

Motivering

In de literatuur is er voldoende evidentie te vinden voor het bestaan van een *social gradient in health*. Dit verwijst naar het graduele verband tussen sociale positie en gezondheid dat voor uiteenlopende indicatoren van gezondheid is vastgesteld (zie Adler et al., 1994; Link & Phelan, 1995 voor een bondig overzicht). In het overgrote deel van de literatuur wordt sociale positie geoperationaliseerd als socio-economische status (SES) wat verwijst naar “the diverse components of economic and social well-being as related to class position” (Krieger, Williams & Moss, 1997, p. 346). SES is volgens Williams (1990) een zeer geschikt concept om ongelijkheden naar de *ranking* in een samenleving te beschrijven.

Socio-economische status wordt doorgaans geoperationaliseerd aan de hand van één of meerdere van de volgende indicatoren: inkomen, opleidingsniveau en beroepstoestand (Dutton en Levine, 1989, in Adler et al., 1994; Adler & Snibbe, 2003). Aangezien elk van deze indicatoren afzonderlijk een invloed heeft op gezondheid, is het van belang om deze apart op te nemen (Krieger et al., 1997; Mirowsky & Ross, 2003). Zoals Hogben en Leichter (2008) argumenteren, is SES ook een belangrijke determinant van seksuele gezondheid: “One of the most important social determinants of sexual health is SES” (p. S15). In dit licht hebben we opleidingsniveau opgenomen om de link met seksuele gezondheid te maken. Johannes et al. (2000) hebben bijvoorbeeld een inverse relatie gevonden tussen opleidingsniveau en incidentie van erectiestoornissen. Laumann, Paik en Rosen (1999) vonden eveneens een inverse relatie met seksuele disfuncties bij zowel mannen als vrouwen.

Resultaten

Tabel 201. Momenteel voltijds dagonderwijs (A23) (N=1825).

	Percentage
Ja	11.6%
Nee	88.4%
N	1820

Tabel 202. Huidig studieniveau, enkel voor respondenten die aangaven voltijds dagonderwijs te volgen (A24) (N=212).

	Percentage
Lager onderwijs	0%
Buitengewoon lager onderwijs	1.4%
Lager buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)	2.8%
Lager secundair onderwijs – beroeps (BSO)	11.5%
Lager secundair onderwijs – technisch (TSO)	9.2%
Lager secundair onderwijs – kunst (KSO)	1.1%
Lager secundair onderwijs – algemeen (ASO)	12.3%
Hoger buitengewoon onderwijs – beroeps (BuSO)	2.5%
Hoger secundair onderwijs – beroeps (BSO)	7.9%
Hoger secundair onderwijs – technisch (TSO)	9.3%
Hoger secundair onderwijs – kunst (KSO)	0.3%
Hoger secundair onderwijs – algemeen (ASO)	10.5%
Bachelor aan een hogeschool/ professionele bachelor/ niet universitair hoger onderwijs korte type	15.5%
Bachelor aan een universiteit/ academische bachelor	8.5%
Master aan een hogeschool/ niet universitair hoger onderwijs lange type	1.3%
Master aan een universiteit	5.9%
Doctoraat	0%
Andere of twijfel – specificeer (A24O)	0%
<i>N</i>	211

Tabel 203. Onderwijstype, enkel voor respondenten die aangaven naar de lagere school of middelbare school te gaan (A25) (N=143).

	Percentage
In een school van het GO! Onderwijs van de Vlaamse gemeenschap	23.3%
In een stedelijke of provinciale school	9.3%
In een katholieke school	66.0%
Andere – specificeer..... (A25O)	1.4%
<i>N</i>	140

Tabel 204. Aantal onderwijsjaren, enkel voor respondenten die momenteel geen voltijds dagonderwijs volgen (AV1) (N=1607).

	Percentage
Jonger dan 12 jaar	0.2%
12 jaar	0.6%
13 jaar	0.8%
14 jaar	9.9%
15 jaar	3.5%
16 jaar	8.0%
17 jaar	4.4%
18 jaar	21.1%
19 jaar	11.4%
20 jaar	8.1%
21 jaar	12.0%
22 jaar	8.4%
23 jaar	5.4%
24 jaar	3.3%
Ouder dan 24 jaar	3.0%
<i>N</i>	1586

Tabel 205. Hoogst behaalde getuigschrift of diploma, enkel voor respondenten die momenteel geen voltijds dagonderwijs volgen (AV2) (N=1608).

	Percentage
Geen	0.9%
Lager onderwijs	12.0%
Buitengewoon lager onderwijs	0.4%
Lager buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)	0.6%
Lager secundair onderwijs – beroeps (BSO)	6.9%
Lager secundair onderwijs – technisch (TSO)	6.7%
Lager secundair onderwijs – kunst (KSO)	0.1%
Lager secundair onderwijs – algemeen (ASO)	3.5%
Hoger buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)	0.4%
Hoger secundair onderwijs – beroeps (BSO)	12.4%
Hoger secundair onderwijs – technisch (TSO)	16.9%
Hoger secundair onderwijs – kunst (KSO)	0.5%
Hoger secundair onderwijs – algemeen (ASO)	8.2%
Bachelor aan een hogeschool/Niet universitair hoger onderwijs korte type	17.6%
Bachelor/Kandidaat aan een universiteit	0.8%
Master aan een hogeschool/ Niet universitair hoger onderwijs lange type	3.0%
Master of licentiaat aan een universiteit	8.5%
Doctoraat	0.5%
<i>N</i>	1604

2.3.1.5. Arbeidstoestand

Vraagomschrijving

Met de volgende vragen willen we de beroepstoestand van de respondenten in kaart brengen. Voor deze vraag hebben we ons gebaseerd op de *The National Statistics Socio-economic Classification* (NS-SEC) van het Britse bureau voor statistiek (Office for National Statistics - ONS). Deze beroepenclassificatie resulteert in een categorisering met negen, vijf of drie categorieën (Office for National Statistics, 2005; Rose, Pevalin, & O'Reilly, 2005;). Omdat de bevraging voor de constructie van de NS-SEC nogal uitgebreid is en bepaalde van de categorieën uit de vragen niet overeenkomen met de Vlaamse situatie, opteren we voor een andere bevraging. Op basis hiervan willen we uiteindelijk tot een met de NS-SEC vergelijkbare classificatie komen. Personen die in AV3 aangeven momenteel geen betaald werk uit te oefenen, worden in vraag AV4 gevraagd of ze vroeger ooit een betaalde job hebben uitgeoefend. Enkel voor de respondenten die in AV3 aangeven dat ze voor het eerst op zoek zijn naar werk wordt niet doorgevraagd naar eerdere werkervaring. Respondenten die in vraag AV4 bevestigen dat ze vroeger een beroep hebben uitgeoefend, vragen we vervolgens hoe lang ze geen job meer hebben (AV5) en wat hun vorige job was (AV6). Daarna stellen we een aantal vervolgvragen om een duidelijk zicht te krijgen op het type job dat ze uitoefenden. Concreet vragen we naar het statuut waarin ze werkzaam waren (AV7) en hun takenpakket (AV8). Afhankelijk van het statuut hebben we vervolgens nog een aantal vervolgvragen gesteld. Voor arbeiders, bedienden, ambtenaren en zelfstandigen peilen we naar niveau waarop ze tewerkgesteld zijn in de onderneming (AV9). Leerkrachten en docenten vragen we naar het onderwijsniveau waarin ze werkzaam waren (AV10). Aan zelfstandige ondernemers vragen we naar het aantal werknemers dat ze tewerkstelden (AV11 – AV12). Aan personen die in vraag AV3 aangeven dat ze betaald werk hebben, worden dezelfde vragen (AV6 – AV12) gesteld als bij de andere respondenten, toegepast op hun huidige hoofdberoep (AV13– AV20). De enige uitzondering hierop is vraag AV17 waarin ernaar gepeild wordt of de respondent momenteel nachtwerk doet of niet. Deze vraag stellen we enkel aan arbeiders, bedienden, ambtenaren en zelfstandigen.

Vraag

AV3. Wat is jouw beroepstoestand nu, wat doe je op dit moment?

<i>Betaald werk (als werknemer, zelfstandige, ook GESCO, RVA-stage, PWA, interim, DAC, dienstencheques, meewerkend in gezins- of familiebedrijf)</i>	1
<i>Gepensioneerd (brugpensioen, pre-pensioen, enz.)</i>	2
<i>Huisvrouw, huisman</i>	3
<i>Op ziekte, bevallingsverlof</i>	4
<i>Met verlof zonder wedde/loopbaanonderbreking</i>	5
<i>Arbeidsongeschikt</i>	6
<i>Op zoek naar eerste werk</i>	7
<i>Werkloos</i>	8
<i>Andere, namelijk: (AV3_9)</i>	9

AV4. Heb je vroeger ooit een beroep uitgeoefend

1. *nee*
2. *ja*

AV5. Sinds hoe lang heb je geen betaald beroep meer?

Aantal jaren:

AV6. Kan je je vorige hoofdberoep zo nauwkeurig mogelijk omschrijven?

..... (open vraag)

AV7. Welk van de volgende categorieën was op jou van toepassing?

<i>arbeider</i>	1
<i>bediende</i>	2
<i>onderwijzend personeel</i>	3
<i>ambtenaar</i>	4
<i>zelfstandige (eventueel in onderneming)</i>	5
<i>zelfstandige ondernemer</i>	6
<i>vrij beroep</i>	7
<i>andere, namelijk (AV7_and)</i>	8

AV8. Ik zou het nu even willen hebben over een aantal elementen in je vorige hoofd-beroep. In welke mate had je in je werk te maken met volgende aspecten?

AV8. Ik zou het nu even willen hebben over een aantal elementen in je vorige hoofd-beroep. In welke mate had je in je werk te maken met volgende aspecten?	Nooit						Voortdurend
1. Geven van leiding aan anderen	1	2	3	4	5	6	7
2. Praktisch, uitvoerend werk	1	2	3	4	5	6	7
3. Besturen van de zaak, de onderneming of dienst	1	2	3	4	5	6	7
4. Uitdenken en/of uitwerken van nieuwe ideeën, producten ...	1	2	3	4	5	6	7
5. Vorming, onderwijs begeleiding of hulp geven aan anderen	1	2	3	4	5	6	7

AV9. Op welk niveau van de organisatie, dienst of departement was je tewerkgesteld?	
Topkader (bedrijfsleider/entrepreneur, CEO, directeur-generaal, ...)	1
Hoger kader: je bent verantwoordelijk voor de organisatie en het goed functioneren van de onderneming of het departement en je stuurt het middenkader aan	2
Middenkader: je stuurt het superviserend personeel aan maar oefent geen directe supervisie uit op de mensen op de werkvloer	3
Superviserende functie: je doet de rechtstreekse supervisie over de mensen op de werkvloer en zorgt ervoor dat ze hun taken naar behoren uitvoeren	4
Uitvoerende functie: je bent vooral bezig met het uitvoeren van taken die je van bovenaf zijn opgedragen en je hebt geen leidinggevende functie	5

AV10. Gaf je les in het lager, secundair, hoger of buitengewoon onderwijs?	
Lager onderwijs	1
Secundair onderwijs	2
Hoger onderwijs	3
Buitengewoon onderwijs	4
Andere	5

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

AV11. Werkte je alleen (eventueel met één of meerdere helpers) of had je ook werknemers die voor je werkten?

1. Ik werk alleen of met één of meerdere helpers
2. Er werken ook werknemers voor mij

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

AV12. Hoeveel mensen werkten er in jouw onderneming?	
Minder dan 50 personen	1
Meer dan 50 maar minder dan 250 personen	2
250 of meer personen	3

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

AV13. Kan je je hoofdberoep zo nauwkeurig mogelijk omschrijven?
..... (open vraag)

AV14. Welk van de volgende categorieën is op jou van toepassing?

<i>arbeider</i>	1
<i>bediende</i>	2
<i>onderwijzend personeel</i>	3
<i>ambtenaar</i>	4
<i>zelfstandige (eventueel in onderneming)</i>	5
<i>zelfstandige ondernemer</i>	6
<i>vrij beroep</i>	7
<i>andere, namelijk (AV7_and)</i>	8

AV15. Ik zou het nu even willen hebben over een aantal elementen in je vorige hoofd-beroep. In welke mate heb je in je werk te maken met volgende aspecten?

Nooit

Voortdurend

1. Geven van leiding aan anderen	1	2	3	4	5	6	7
2. Praktisch, uitvoerend werk	1	2	3	4	5	6	7
3. Besturen van de zaak, de onderneming of dienst	1	2	3	4	5	6	7
4. Uitdenken en/of uitwerken van nieuwe ideeën, producten ...	1	2	3	4	5	6	7
5. Vorming, onderwijs begeleiding of hulp geven aan anderen	1	2	3	4	5	6	7

AV16. Op welk niveau van de organisatie, dienst of departement ben je tewerkgesteld?

<i>Topkader (bedrijfsleider/entrepreneur, CEO, directeur-generaal, ...)</i>	1
<i>Hoger kader: je bent verantwoordelijk voor de organisatie en het goed functioneren van de onderneming of het departement en je stuurt het middenkader aan</i>	2
<i>Middenkader: je stuurt het superviserend personeel aan maar oefent geen directe supervisie uit op de mensen op de werkvloer</i>	3
<i>Superviserende functie: je doet de rechtstreekse supervisie over de mensen op de werkvloer en zorgt ervoor dat ze hun taken naar behoren uitvoeren</i>	4
<i>Uitvoerende functie: je bent vooral bezig met het uitvoeren van taken die je van bovenaf zijn opgedragen en je hebt geen leidinggevende functie</i>	5

AV17. Doe jij momenteel nachtwerk of ploegdienst?

<i>Ja, nachtwerk</i>	1
<i>Ja, ploegdienst (overdag)</i>	2
<i>Nee</i>	3
<i>Weet niet/geen antwoord</i>	4

AV18. Geef je les in het lager, secundair, hoger of buitengewoon onderwijs?

<i>Lager onderwijs</i>	1
<i>Secundair onderwijs</i>	2
<i>Hoger onderwijs</i>	3
<i>Buitengewoon onderwijs</i>	4
<i>Andere</i>	5

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

AV19. Werk je alleen (eventueel met één of meerdere helpers) of heb je ook werknemers die voor je werkten?

- 1. *Ik werk alleen of met één of meerdere helpers*
- 2. *Er werken ook werknemers voor mij*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

AV20. Hoeveel mensen werken er in jouw onderneming?	
Minder dan 50 personen	1
Meer dan 50 maar minder dan 250 personen	2
250 of meer personen	3

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Motivering

Zoals we in paragraaf 2.3.1.4 al aanhaalden, is beroepstoestand één van de drie indicatoren van socio-economische status (SES) wat op zijn beurt als een belangrijke indicator van (seksuele) gezondheid kan worden beschouwd. Wood et al. (2000) vonden bijvoorbeeld een statistisch significant positief verband tussen werkloosheidsgraad in een regio en de hoeveelheid mensen die in die regio antiretrovirale medicijnen gebruikt.

De vraag naar nachtwerk hebben we om een andere reden toegevoegd aan de vragenlijst. De variatie van testosteron en cortisol doorheen de dag, het zo geheten circa-diaans ritme, kan immers onderhevig zijn aan ploegendienst en nachtwerk (Morris, 2012). Door deze vraag kunnen we hier rekening mee houden in analyses met de hormoonwaarden.

Resultaten

Tabel 206. Huidige beroepstoestand, enkel bevraagd aan respondenten die geen voltijds dagonderwijs volgen (AV3) (N=1607).

	Percentage
Betaald werk (als werknemer, zelfstandige, ook GESCO, RVA-stage, PWA, interim, DAC, dienstencheques, meewerkend in gezins- of familiebedrijf)	63.8%
Gepensioneerd (brugpensioen, pre-pensioen, enz.)	22.5%
Huisvrouw, huisman	4.9%
Op ziekte, bevallingsverlof	2.6%
Met verlof zonder wedde/loopbaanonderbreking	0.2%
Arbeidsongeschikt	2.5%
Op zoek naar eerste werk	0.5%
Werkloos	2.7%
Andere	0.4%
N	1603

Tabel 207. Vroegere beroepsuitoefening, enkel bevraagd bij respondenten die gepensioneerd, huisman/huisvrouw, op ziekte/bevallingsverlof, met loopbaanonderbreking, arbeidsongeschikt of werkloos zijn (AV4) (N=579).

	Percentage
Nee	11.4%
Ja	88.6%
N	579

Tabel 208. Duur geen betaald beroep meer, enkel bevraagd bij respondenten die gepensioneerd, huisman/huisvrouw, op ziekte/bevallingsverlof, met loopbaanonderbreking, arbeidsongeschikt of werkloos zijn (AV5) (N=513).

	Percentage
0	8.6%
1	8.1%
2	7.1%
3	5.5%
4	3.8%
5	4.2%
6	3.0%
7	3.5%
8	3.8%
9	1.3%
10	5.7%
Meer dan 10 jaar	54.4%
N	496

Tabel 209. Type vorige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel geen betaald beroep uitoefenen maar dit vroeger wel deden (AV7) (N=513).

	Percentage
arbeider	42.6%
bediende	33.5%
onderwijzend personeel	6.1%
ambtenaar	5.5%
zelfstandige (eventueel in onderneming)	5.4%
zelfstandige ondernemer	6.7%
vrij beroep	0.2%
N	510

Tabel 210. Kenmerken vorige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel geen betaald beroep uitoefenen maar dit vroeger wel deden (AV8) (N=513).

	Nooit						Voortdurend	N
1. Geven van leiding aan anderen	50.9%	3.5%	7.2%	7.4%	4.8%	6.6%	19.6%	510
2. Praktisch, uitvoerend werk	5.5%	2.2%	3.3%	5.0%	7.3%	11.0%	65.7%	510
3. Besturen van de zaak, de onderneming of dienst	61.9%	4.1%	3.0%	4.2%	4.0%	6.0%	16.8%	511
4. Uitdenken en/of uitwerken van nieuwe ideeën, producten ...	51.7%	5.4%	6.5%	8.1%	8.6%	7.5%	12.1%	508
5. Vorming, onderwijs begeleiding of hulp geven aan anderen	55.0%	3.4%	6.0%	7.7%	7.9%	6.3%	13.7%	508

Tabel 211. Niveau vorige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel geen betaald beroep uitoefenen en vroeger arbeider, bediende, ambtenaar of zelfstandige waren (AV9) (N=436).

	Percentage
Topkader (bedrijfsleider/entrepreneur, CEO, directeur-generaal, ...)	2.4%
Hoger kader: je bent verantwoordelijk voor de organisatie en het goed functioneren van de onderneming of het departement en je stuurt het middenkader aan	3.7%
Middenkader: je stuurt het superviserend personeel aan maar oefent geen directe supervisie uit op de mensen op de werkvloer	9.1%
Superviserende functie: je doet de rechtstreekse supervisie over de mensen op de werkvloer en zorgt ervoor dat ze hun taken naar behoren uitvoeren	11.3%
Uitvoerende functie: je bent vooral bezig met het uitvoeren van taken die je van bovenaf zijn opgedragen en je hebt geen leidinggevende functie	73.5%
N	426

Tabel 212. Type huidig beroep, enkel voor de respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen (AV14) (N=1016).

	Percentage
arbeider	28.4%
bediende	47.5%
onderwijzend personeel	4.8%
ambtenaar	6.5%
zelfstandige (eventueel in onderneming)	4.7%
zelfstandige ondernemer	6.9%
vrij beroep	0.9%
andere	0.3%
<i>N</i>	1011

Tabel 213. Kenmerken huidig beroep, enkel voor de respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen (AV15) (N=1016).

	Nooit							Voortdurend	N
1. Geven van leiding aan anderen	33.2%	9.5%	10.2%	10.8%	10.9%	6.0%	19.5%	1014	
2. Praktisch, uitvoerend werk	3.2%	4.2%	4.9%	8.4%	10.6%	12.5%	56.2%	1015	
3. Besturen van de zaak, de onderneming of dienst	50.1%	8.1%	5.9%	8.8%	6.1%	5.3%	15.7%	1014	
4. Uitdenken en/of uitwerken van nieuwe ideeën, producten ...	30.3%	6.4%	9.7%	12.8%	14.3%	13.0%	13.5%	1015	
5. Vorming, onderwijs begeleiding of hulp geven aan anderen	31.3%	9.7%	10.0%	14.7%	11.2%	7.1%	16.1%	1015	

Tabel 214. Niveau huidige beroep, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen als arbeider, bediende, ambtenaar of zelfstandige (AV16) (N=878).

	Percentage
Topkader (bedrijfsleider/entrepreneur, CEO, directeur-generaal, ...)	2.7%
Hoger kader: je bent verantwoordelijk voor de organisatie en het goed functioneren van de onderneming of het departement en je stuurt het middenkader aan	6.6%
Middenkader: je stuurt het superviserend personeel aan maar oefent geen directe supervisie uit op de mensen op de werkvloer	10.2%
Superviserende functie: je doet de rechtstreekse supervisie over de mensen op de werkvloer en zorgt ervoor dat ze hun taken naar behoren uitvoeren	13.0%
Uitvoerende functie: je bent vooral bezig met het uitvoeren van taken die je van bovenaf zijn opgedragen en je hebt geen leidinggevende functie	67.4%
<i>N</i>	855

Tabel 215. Nachtwerk of ploegendienst, enkel bevraagd bij respondenten die momenteel een betaald beroep uitoefenen (AV17) (N=881).

	Percentage
Ja, nachtwerk	7.5%
Ja, ploegendienst (overdag)	14.6%
Nee	78.0%
N	869

2.3.1.6. Inkomens

Vraagomschrijving

Met de volgende vragen peilen we naar het inkomen van de respondent. Enerzijds vragen we naar de grootte van het gezinsinkomen (AV26) en anderzijds naar de subjectieve beleving van het inkomen (AV27). Dit laatste verwijst naar de mate waarin de respondenten vinden dat ze makkelijk of moeilijk rondkomen met hun inkomen. Beide vragen zijn afkomstig uit de Participatiesurvey 2009 (Lievens & Waeghe, 2011).

Vraag

AV26a.	Ik wil nu iets vragen over het inkomen van jouw gezin. Met gezin bedoelen we het huishouden van gehuwde of samenwonende personen, van een alleenstaande of van iemand die nog bij de ouders inwoont. Onder netto maandelijks inkomen verstaan we het totaal van de inkomsten van het gezin, na aftrek van belastingen; alles inbegrepen zoals loon, maaltijdcheques, het eventuele kindergeld, pensioen of andere inkomsten zoals inkomen uit kapitaal, onroerende goederen, Is het gezamenlijk netto maandinkomen van jouw gezin groter dan 2000 euro of 80.000 Belgische frank?	
Nee		1
Ja		2
Weet niet/geen antwoord		3

AV26b.	Indien je de categorieën op kaart 67 bekijkt, in welke categorie valt dan het gezamenlijk netto maandinkomen van jouw gezin?	
500 – 599 euro	of 20.170 - 24.164 Bf	1
600 – 699 euro	of 24.165 - 28.198 Bf	2
700 – 799 euro	of 28.199 - 32.232 Bf	3
800 – 899 euro	of 32.233 - 36.266 Bf	4
900 – 999 euro	of 36.267 - 40.300 Bf	5
1000 – 1099 euro	of 40.301 - 44.334 Bf	6
1100 – 1199 euro	of 44.335 - 48.368 Bf	7
1200 – 1299 euro	of 48.369 - 52.402 Bf	8
1300 – 1399 euro	of 52.403 - 56.436 Bf	9
1400 – 1499 euro	of 56.437 - 60.470 Bf	10
1500 – 1599 euro	of 60.471 - 64.504 Bf	11

1600 – 1699 euro	of	64.505 - 68.537 Bcf	12
1700 – 1799 euro	of	68.538 - 72.571 Bcf	13
1800 – 1899 euro	of	72.572 - 76.605 Bcf	14
1900 – 1999 euro	of	76.606 - 80.639 Bcf	15

AV26c. Indien u de categorieën op kaart 68 bekijkt, in welke categorie valt dan het gezamenlijk netto maandinkomen van jouw gezin?			
2000 – 2099 euro	of	80.680 – 84.673 Bcf	1
2100 – 2199 euro	of	84.674 – 88.707 Bcf	2
2200 – 2299 euro	of	88.708 – 92.741 Bcf	3
2300 – 2399 euro	of	92.742 – 96.775 Bcf	4
2400 – 2499 euro	of	96.776 – 100.809 Bcf	5
2500 – 2599 euro	of	100.810 – 104.843 Bcf	6
2600 – 2699 euro	of	104.844 – 108.877 Bcf	7
2700 – 2799 euro	of	108.878 – 112.911 Bcf	8
2800 – 2899 euro	of	112.912 – 116.945 Bcf	9
2900 – 2999 euro	of	116.946 – 120.979 Bcf	10
3000 – 3099 euro	of	120.980 – 125.013 Bcf	11
3100 – 3199 euro	of	125.014 – 129.047 Bcf	12
3200 – 3299 euro	of	129.048 – 133.081 Bcf	13
3300 – 3399 euro	of	133.082 – 137.115 Bcf	14
3400 – 3499 euro	of	137.116 – 141.149 Bcf	15
3500 – 3599 euro	of	141.150 – 145.183 Bcf	16
3600 – 3699 euro	of	145.184 – 149.217 Bcf	17
3700 – 3949 euro	of	149.218 – 159.302 Bcf	18
3950 – 4199 euro	of	159.303 – 169.387 Bcf	19
4200 – 4449 euro	of	169.388 – 179.472 Bcf	20
4450 – 4699 euro	of	179.473 – 189.557 Bcf	21
4700 – 4949 euro	of	189.558 – 199.642 Bcf	22
4950 – 5199 euro	of	199.643 – 209.727 Bcf	23
5200 – 5449 euro	of	209.728 – 219.812 Bcf	24
5450 – 7949 euro	of	219.813 – 320.662 Bcf	25
7950 – 10449 euro	of	320.663 – 421.512 Bcf	26
10450+ euro	of	421.512 + Bcf	27

AV27. In welke mate vind je dat je comfortabel kan leven met je huidig gezinsinkomen? Gebruik kaart 69 om te antwoorden. Noem een getal van 1 tot en met 7. 1 betekent dat je vindt dat je zeer moeilijk kan rondkomen, 7 dat je vindt dat je zeer comfortabel kan leven. Uiteraard kan je ook een tussenliggend cijfer noemen.							
Het is zeer moeilijk rond te komen				We kunnen zeer comfortabel leven			
1	2	3	4	5	6	7	

Motivering

Inkomen is de laatste van de drie belangrijke indicatoren van socio-economische status (zie paragraaf 2.3.1.4). Wood et al. (2000) vonden ook voor mediaaninkomen een statistisch significant verband met de hoeveelheid mensen die in die regio antiretrovirale medicijnen gebruikt. Johannes et al. (2000) vonden op hun beurt een inverse relatie tussen inkomen en incidentie van erectiestoornissen en ook Laumann et al. (2000) vonden een dergelijk verband: een laag inkomen bleek een negatieve invloed te hebben op seksueel functioneren. In tegenstelling tot de drie voorgaande studies, vonden Santelli, Lowry, Brener en Robin (2000) geen effect van gezinsinkomen in hun studie naar determinanten van seksueel gedrag.

Resultaten

Tabel 216. Gezamenlijk maandinkomen boven de 2000 euro (AV26a) (N=1825).

	Percentage
Nee	28.2%
Ja	71.8%
N	1679

Tabel 217. Inkomenscategorie onder 2000 euro, voor respondenten die aangaven dat hun maandinkomen minder dan 2000 euro bedraagt (AV26b) (N=475).

	Percentage
500 – 599 euro of 20.170 - 24.164 Bef	0.6%
600 – 699 euro of 24.165 - 28.198 Bef	0%
700 – 799 euro of 28.199 - 32.232 Bef	0.6%
800 – 899 euro of 32.233 - 36.266 Bef	1.6%
900 – 999 euro of 36.267 - 40.300 Bef	3.8%
1000 – 1099 euro of 40.301 - 44.334 Bef	7.2%
1100 – 1199 euro of 44.335 - 48.368 Bef	7.2%
1200 – 1299 euro of 48.369 - 52.402 Bef	10.7%
1300 – 1399 euro of 52.403 - 56.436 Bef	11.4%
1400 – 1499 euro of 56.437 - 60.470 Bef	6.7%
1500 – 1599 euro of 60.471 - 64.504 Bef	10.9%
1600 – 1699 euro of 64.505 - 68.537 Bef	10.2%
1700 – 1799 euro of 68.538 - 72.571 Bef	9.0%
1800 – 1899 euro of 72.572 - 76.605 Bef	11.3%
1900 – 1999 euro of 76.606 - 80.639 Bef	8.8%
N	439

Tabel 218. Inkomenscategorie boven 2000 euro, voor respondenten die aangaven dat hun maandinkomen meer dan 2000 euro bedraagt (AV26c) (N=1206).

			Percentage
2000 – 2099 euro	of	80.680 – 84.673 Bef	5.1%
2100 – 2199 euro	of	84.674 – 88.707 Bef	3.8%
2200 – 2299 euro	of	88.708 – 92.741 Bef	4.7%
2300 – 2399 euro	of	92.742 – 96.775 Bef	3.7%
2400 – 2499 euro	of	96.776 – 100.809 Bef	3.9%
2500 – 2599 euro	of	100.810 – 104.843 Bef	5.1%
2600 – 2699 euro	of	104.844 – 108.877 Bef	3.4%
2700 – 2799 euro	of	108.878 – 112.911 Bef	3.1%
2800 – 2899 euro	of	112.912 – 116.945 Bef	3.6%
2900 – 2999 euro	of	116.946 – 120.979 Bef	4.4%
3000 – 3099 euro	of	120.980 – 125.013 Bef	6.1%
3100 – 3199 euro	of	125.014 – 129.047 Bef	4.2%
3200 – 3299 euro	of	129.048 – 133.081 Bef	3.3%
3300 – 3399 euro	of	133.082 – 137.115 Bef	3.1%
3400 – 3499 euro	of	137.116 – 141.149 Bef	5.8%
3500 – 3599 euro	of	141.150 – 145.183 Bef	5.4%
3600 – 3699 euro	of	145.184 – 149.217 Bef	3.8%
3700 – 3949 euro	of	149.218 – 159.302 Bef	4.1%
3950 – 4199 euro	of	159.303 – 169.387 Bef	3.9%
4200 – 4449 euro	of	169.388 – 179.472 Bef	5.4%
4450 – 4699 euro	of	179.473 – 189.557 Bef	3.1%
4700 – 4949 euro	of	189.558 – 199.642 Bef	2.5%
4950 – 5199 euro	of	199.643 – 209.727 Bef	1.6%
5200 – 5449 euro	of	209.728 – 219.812 Bef	2.4%
5450 – 7949 euro	of	219.813 – 320.662 Bef	2.4%
7950 – 10449 euro	of	320.663 – 421.512 Bef	0.8%
10450+ euro	of	421.512 + Bef	1.4%
N			1113

Tabel 219. Gevoel comfortabel te kunnen leven met het gezinsinkomen (AV27) (N=1825)

Het is zeer moeilijk rond te komen						We kunnen zeer comfortabel leven	N
2.4%	3.5%	6.7%	16.3%	24.1%	24.7%	22.3%	1806

2.3.1.7. Subjectieve sociale status

Vraagomschrijving

Bij vraag AV21 worden de respondenten verzocht om een inschatting te maken van de plaats die ze innemen in de maatschappij. Dit kunnen ze doen door zich op een trede van een ladder met tien sporten te plaatsen, die we als metafoor gebruiken voor de maatschappelijke rangorde. Deze vraag is gebaseerd op de vraagstelling ontworpen door Adler, Epel, Castellazzo en Ickovics (2000).

Vraag

AV21. Ik toon je kaart 63. De ladder kan je zien als een weergave van waar mensen staan in onze samenleving. Bovenaan staan de mensen met het meeste geld, de hoogste opleiding en de beste jobs. Onderaan staan de mensen met het minste geld, de laagste opleiding en de slechtste jobs. Kan je aangeven op welke trede van de ladder jij jezelf zou plaatsen? Je kan gewoon het cijfer geven.

Voorbeeld:

	10
X	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
	1

Motivering

Krieger et al. (1997) verkiezen de term socio-economische positie boven het wijder verspreide socio-economische status omdat in deze laatstgenoemde twee elementen (reële hulpbronnen en status) worden vermengd. Volgens Adler en Ostrove (1999) is het beter om deze statuscomponent apart mee in rekening te brengen. Een maatstaf hiertoe is subjectieve sociale status wat refereert aan de perceptie van het individu met betrekking tot zijn of haar plaats in de sociale hiërarchie (Jackman & Jackman, 1973, p. 569). Verschillende onderzoeken hebben een additionele invloed gevonden van subjectieve status op uiteenlopende indicatoren van gezondheid (Adler et al.,

2000; . Demakakos, Nazroo, Breeze & Marmot, 2008; Dunn, Veenstra & Ross, 2006; Karvonen & Rakhonen, 2011). In lijn met deze onderzoeken gaan we na of subjectieve sociale status ook een determinerende factor is voor seksuele gezondheid.

Resultaten

Tabel 220. Subjectieve sociale status (AV21) (N=1825)

	Percentage
1	1.0%
2	1.0%
3	3.4%
4	6.6%
5	18.2%
6	24.7%
7	29.9%
8	13.3%
9	1.4%
10	0.6%
N	1759

2.3.1.8. Levensbeschouwing

Vraagomschrijving

Om levensbeschouwelijke strekking en het belang dat respondenten hieraan hechten in kaart te brengen, maken we gebruik van de volgende vragen. In AV23 vragen we de respondenten om aan te duiden welke levensbeschouwelijke strekking ze aanhangen. Aan de hand van vraag AV24 willen we zicht krijgen op de mate waarin respondenten praktiseren in de levensbeschouwelijke strekking die ze aangaven. Met vraag AV25 willen we het belang dat respondenten aan religie en levensbeschouwing hechten, in kaart brengen. AV32 is, ten slotte, bedoeld om de mate van religiositeit in het gezin waarin de respondent opgroeide, te bepalen.

Vraag

AV23. Op kaart 64 vind je enkele levensbeschouwelijke strekkingen. Welke past het beste bij jou?	
<i>Ongelovig</i>	1
<i>Vrijzinnig</i>	2
<i>Katholiek</i>	3
<i>Christelijk gelovig, maar niet katholiek</i>	4
<i>Islamitisch</i>	5
<i>Joodse godsdienst</i>	6
<i>Boeddhisme</i>	7

<i>Geloof in iets (niet gespecificeerd)</i>	8
<i>Geloof laat me onverschillig</i>	9
<i>Andere, namelijk (AV24_13)</i>	10

AV24. Hoe vaak in de afgelopen 6 maanden heb je deelgenomen aan godsdienstige of levensbeschouwelijke bijeenkomsten of erediensten?	
<i>Nooit</i>	1
<i>Enkel bij uitzonderlijke gebeurtenissen, zoals een huwelijk, begrafenis of een godsdienstige of levensbeschouwelijke feestdag zoals Pasen, Suikerfeest, ...</i>	2
<i>Maandelijks</i>	3
<i>Meerdere keren per maand</i>	4
<i>Wekelijks</i>	5
<i>Meerdere keren per week</i>	6

AV25. Hoe belangrijk is religie of levensbeschouwing voor jou?	
<i>Heel onbelangrijk</i>	1
<i>Eerder onbelangrijk</i>	2
<i>Noch belangrijk, noch onbelangrijk</i>	3
<i>Eerder belangrijk</i>	4
<i>Heel belangrijk</i>	5

AV32. Hoe belangrijk was religie in het gezin waarin je opgroeide?	
<i>Heel onbelangrijk</i>	1
<i>Eerder onbelangrijk</i>	2
<i>Noch belangrijk, noch onbelangrijk</i>	3
<i>Eerder belangrijk</i>	4
<i>Heel belangrijk</i>	5

Motivering

De meeste religies hebben een aantal gedragsvoorschriften waaraan gelovigen zich dienen te houden. Ook in verband met seksualiteit zijn er vaak zulke voorschriften die potentieel een impact hebben op de seksuele gezondheid van de gelovigen. Rostosky, Wilcox, Wrigh en Randall (2004) hebben een overzichtsstudie gemaakt over de invloed van religiositeit op het seksuele gedrag van adolescenten. De meeste onderzoeken uit hun studie concludeerden dat er een verband bestaat tussen religiositeit en seksuele start, maar dat dit vaker het geval was bij mannen dan bij vrouwen. Impett, Schooler, en Tolman (2006) hebben in hun studie de variabele naar het belang van religie opgenomen, maar ze vonden geen statistisch significant effect op het seksuele gedrag en gebruik van voorbehoedsmiddelen bij adolescente vrouwen. We nemen dit echter wel op om dit te verifiëren. Manlove, Logan, Moore en Ikramullah (2008) en Manlove, Terry-Humen, Ikramullah en Moore (2005) hebben positieve effecten gevonden van familiereligositeit op de seksuele gezondheid bij adolescenten. Er bleek wel geen verband te zijn met contraceptiegebruik. Ook bij volwassenen

zijn er studies gedaan naar de invloed van religie. Barkan (2006) vond zo een negatief verband tussen religiositeit en aantal partners doorheen het leven bij ongetrouwde volwassenen. Farmer, Trapnell en Meston hebben eveneens verbanden gevonden tussen verschillende subtypes van religiositeit en seksueel gedrag. McFarland, Uecker en Regnerus (2011) vonden een positief verband tussen religieuze integratie in het dagelijkse leven en seksueel plezier bij getrouwde volwassenen. Bij ongetrouwde vrouwen was dit verband echter negatief, terwijl er bij ongetrouwde mannen geen verband bleek te zijn.

Resultaten

Tabel 221. Levensbeschouwelijke strekking (AV23) (N=1825).

	Percentage
Ongelovig	15.0%
Vrijzinnig	8.4%
Katholiek	41.4%
Christelijk gelovig, maar niet katholiek	17.3%
Islamitisch	1.8%
Joodse godsdienst	0.1%
Boeddhisme	0.3%
Geloof in iets (niet gespecificeerd)	8.4%
Geloof laat me onverschillig	6.9%
Andere	0.4%
N	1817

Tabel 222. Deelname aan godsdienstige of levensbeschouwelijke bijeenkomsten of erediensten (AV24) (N=1825).

	Percentage
Nooit	31.0%
Enkel bij uitzonderlijke gebeurtenissen, zoals een huwelijk, begrafenis of een godsdienstige of levensbeschouwelijke feestdag zoals Pasen, Suikerfeest, ...	56.1%
Maandelijks	4.4%
Meerdere keren per maand	3.1%
Wekelijks	4.9%
Meerdere keren per week	0.5%
N	1813

Tabel 223. Persoonlijk belang van religie of levensbeschouwing (AV25) (N=1825).

	Percentage
Heel onbelangrijk	21.2%
Eerder onbelangrijk	27.1%
Noch belangrijk, noch onbelangrijk	22.5%
Eerder belangrijk	20.9%
Heel belangrijk	8.4%
N	1815

Tabel 224. Belang van religie of levensbeschouwing in het gezin van herkomst (AV32) (N=1825).

	Percentage
Heel onbelangrijk	13.0%
Eerder onbelangrijk	21.3%
Noch belangrijk, noch onbelangrijk	18.5%
Eerder belangrijk	25.9%
Heel belangrijk	31.3%
N	1823

2.3.1.9. Nationaliteit

Vraagomschrijving

Met vraag AV22 bevragen we de nationaliteit bij geboorte van de respondenten. Omdat we gebruik maken van het Belgische rijksregister als steekproefkader heeft iedereen de Belgische nationaliteit. Het is echter mogelijk dat respondenten bij geboorte een andere nationaliteit hadden, die we met deze vraag in kaart willen brengen.

Vraag

AV22. Wat was je nationaliteit bij geboorte?

1. Belgische
2. Andere, namelijk (AV23_2)

Motivering

In hun globale vergelijkende studie rond seksuele en reproductieve gezondheid tonen Wellings et al. (2006) aan dat er grote verschillen zijn tussen verschillende regio's en landen wat betreft seksueel gedrag. Dit onderstreept volgens hen het belang van omgevingsfactoren in de vorming van seksueel gedrag en bijgevolg ook de consequenties hiervan. Respondenten met naast de Belgische ook een andere nationaliteit, zijn – in lijn met bovenstaande argument – (deels) gesocialiseerd door ander omge-

vingsfactoren wat tot andere seksuele gezondheidsuitkomsten kan leiden. Om deze reden hebben we de nationaliteit van de respondent bevraagd.

Resultaten

Tabel 225. Nationaliteit bij geboorte (AV22) (N=1825)

	Percentage
Belgische	96.9%
Andere	3.1%
N	1825

2.3.1.10. Nationaliteit partner

Vraagomschrijving

Met vraag AV31 willen we de nationaliteit van de respondent zijn of haar partner bij diens geboorte nagaan.

Vraag

AV31. Welke was de nationaliteit van jouw partner bij zijn/haar geboorte?	
Belgische	1
Andere: (specificeer – AV31_2)	2
Weet niet/geen antwoord	3

Motivering

Voor dezelfde reden die we in paragraaf 2.3.1.9 vermelden, hebben we ook de nationaliteit van de partner bevraagd. Mensen met een andere nationaliteit staan immers bloot aan andere omgevingsfactoren, wat ook zijn repercussies kan hebben op het vlak van seksuele gezondheid (Wellings et al., 2006).

Resultaten

Tabel 226. Nationaliteit partner bij geboorte, voor mensen met een partner (AV31) (N=1411).

	Percentage
Belgische	93.8%
Andere	6.2%
N	1408

2.3.1.11. Achtergrondgegevens van de ouders

Vraagomschrijving

Om een goed beeld te krijgen van de situatie waarin de respondent opgroeit of is opgegroeid, bevragen we ook enkele achtergrondgegevens van de respondent zijn of haar ouders. Concreet vragen we naar het opleidingsniveau (AV28a en AV28b), het beroep (AV29a en AV29b) en de nationaliteit van beide ouders (AV30a en AV30b).

Vraag

AV28. Ik zal nu enkele vragen stellen over je ouders en het gezin waarin je bent opgegroeid. Wat is het hoogste getuigschrift of diploma dat <u>jouw vader en moeder</u> hebben behaald? Op kaart 70 staan een aantal mogelijkheden. Noem de mogelijkheid die het beste bij je vader past en deze die het beste bij je moeder past.		
	Vader (AV28a)	Moeder (AV28b)
Geen	1	1
Lager onderwijs	2	2
Buitengewoon lager onderwijs	3	3
Lager secundair onderwijs		
Beroeps (BSO)	4	4
Technisch (TSO) (A3)	5	5
Kunstonderwijs (KSO)	6	6
Algemeen (ASO)	7	7
Hoger secundair onderwijs		
Buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)	8	8
Beroeps (BSO) (A3)	9	9
Handel, technisch (TSO), zevende jaar beroepsonderwijs A2	10	10
Kunstonderwijs (KSO)	11	11
Algemeen (ASO)	12	12
Hoger onderwijs		
Bachelor aan een hogeschool/niet universitair hoger onderwijs korte type (A1)	13	13
Master aan een hogeschool/niet universitair hoger onderwijs lage type	14	14
Universitair onderwijs	15	15
Doctoraat	16	16
Andere of bij twijfel (specificeer): OUD1a_O en OUD1b_O	9998	9998

AV29. Wat was het laatste hoofdberoep van je vader en het laatste hoofdberoep van je moeder? Kan je dit zo concreet mogelijk omschrijven?

- a. beroep vader: (open vraag)
- b. beroep moeder: (open vraag)

AV30a. Welke was de nationaliteit van je vader bij zijn geboorte?

<i>Belgische</i>	<i>1</i>
<i>Andere: (specificeer – AV31_2)</i>	<i>2</i>
<i>Weet niet/geen antwoord</i>	<i>3</i>

AV30b. Welke was de nationaliteit van je moeder bij haar geboorte?

<i>Belgische</i>	<i>1</i>
<i>Andere: (specificeer – AV31_2)</i>	<i>2</i>
<i>Weet niet/geen antwoord</i>	<i>3</i>

Motivering

Deze vragen laten toe om een beeld te krijgen van de situatie waarin de respondent opgroeit of is opgegroeid. Voor jonge respondenten is dit van belang omdat dit toelaat om een goed zicht te krijgen op hun socio-economische status. Jongeren oefenen vaak nog geen beroep uit, hebben geen vast inkomen en hebben hun schoolloopbaan nog niet afgerond. Voor hen kunnen we gebruik maken van het ouderlijk milieu om hun socio-economische situatie in kaart te brengen.

Voor de andere respondenten kunnen we aan de hand van deze vragen nagaan in welke mate ze sociale mobiliteit hebben doorgemaakt.

Resultaten

Tabel 227. Hoogst behaalde opleidingsniveau van moeder en vader (N=1825).

	Vader (AV28a)	Moeder (AV28b)
Geen	5.8%	6.7%
Lager onderwijs	30.8%	33.0%
Buitengewoon lager onderwijs	0.3%	0.2%
Lager secundair onderwijs		
Beroeps (BSO)	7.6%	8.1%
Technisch (TSO) (A3)	7.1%	5.0%
Kunstonderwijs (KSO)	0.1%	0.2%
Algemeen (ASO)	5.3%	5.7%
Hoger secundair onderwijs		
Buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)	0.3%	0.1%
Beroeps (BSO) (A3)	5.0%	6.3%
Handel, technisch (TSO), zevende jaar beroepsonderwijs A2	11.3%	9.1%
Kunstonderwijs (KSO)	0.1%	0.6%
Algemeen (ASO)	7.5%	9.1%

Hoger onderwijs		
Bachelor aan een hogeschool/niet universitair hoger onderwijs korte type (A1)	8.7%	11.5%
Master aan een hogeschool/niet universitair hoger onderwijs lage type	3.3%	1.5%
Universitair onderwijs	6.1%	2.7%
Doctoraat	0.8%	0.1%
N	1695	1726

Tabel 228. Nationaliteit van de vader bij zijn geboorte (AV30a) (N=1825).

	Percentage
Belgische	94.1%
Andere	5.9%
N	1816

Tabel 229. Nationaliteit van de moeder bij haar geboorte (AV30b) (N=1825).

	Percentage
Belgische	93.9%
Andere	6.1%
N	1824

2.3.2. *Biologische correlaten*

2.3.2.1. **Fenotype en lichaamsbehandling**

Vraagomschrijving

Onderstaande vragen peilen naar het fenotype van de respondenten. De eerste 3 figuren komen uit het onderzoek van Dixon, Dixon, Bishop, & Parish (2010) en meten enerzijds de lichaamsbouw van mannen en vrouwen (de somatotypes van Sheldon) en anderzijds de lichaamsbehandling bij mannen.

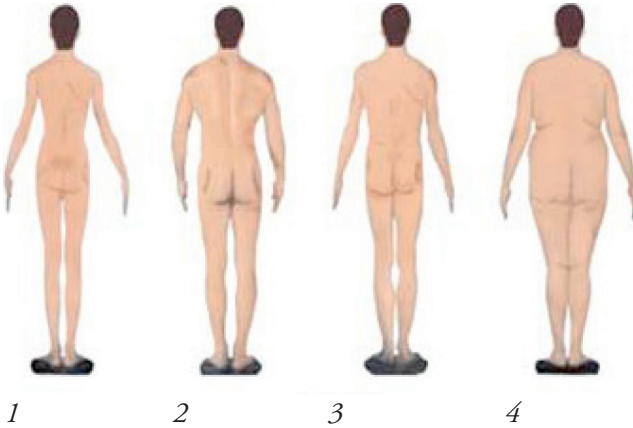
De lichaamsbouw bij de mannen wordt opgedeeld in 4 verschillende somatotypes: ectomorfisch, mesomorfisch, endomorfisch en een normale lichaamsbouw. Bij de vrouwen zijn er 3 verschillende scores: een smalle taille heup ratio (optie 1-2), normale taille heup ratio (optie 3-4) en een hoge taille heup ratio (optie 5-6). Respondenten kunnen hun mate van lichaamsbehandling scoren op een 5 vijfpuntenschaal, variërend van geen tot veel beharing.

Gestandaardiseerde figuren van de gevalideerde Hamilton-Norwood schaal (Norwood, 1975) worden gebruikt voor de evaluatie van androgenetische alopecie. Er wordt een score toegekend van 1 tot 12 waarbij hogere cijfers duiden op een verder gevorderde alopecia.

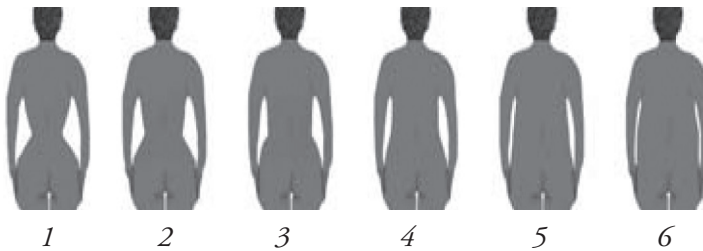
Alle vragen met betrekking tot fenotype worden bevraagd in CAPI-stijl.

Vraag

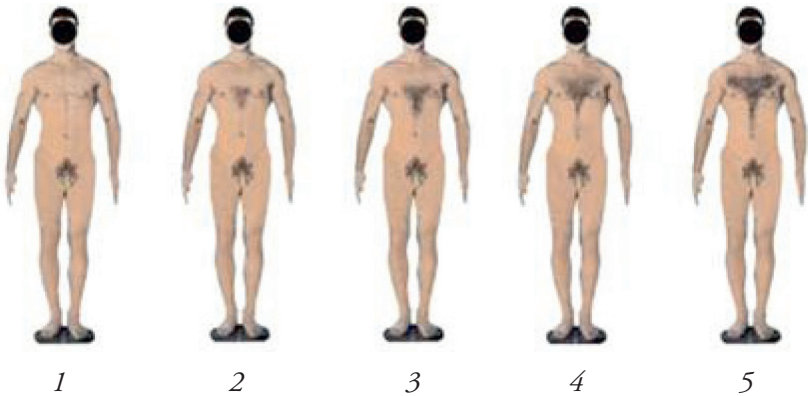
Bio70_man. We willen graag je lichaamsbouw kennen. Geef aan welke figuur het beste bij jouw lichaamsbouw aansluit. Let hierbij vooral op de verhouding tussen schouders en heupen. Noem een cijfer tussen 1 en 4.



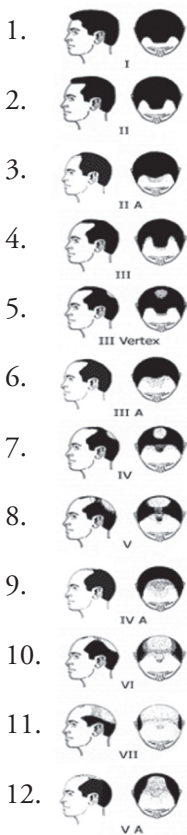
Bio70_vrouw. We willen graag je lichaamsbouw kennen. Geef aan welke figuur het beste bij jouw lichaamsbouw aansluit. Let hierbij op de verhouding tussen heup en taille. Noem een cijfer tussen 1 en 6.



Bio 71. Duid op de afbeeldingen aan welke het best overeenkomt met jouw lichaamsbehaar. Indien je jouw lichaamsbehaar trimt/scheert/waxt, kan je aangeven welke afbeelding het beste past bij jouw 'natuurlijke' lichaamsbehaar? Noem een cijfer tussen 1 en 5.



Bio 72. Duid op de afbeeldingen aan welke het best overeenkomt met jouw patroon van hoofdhaar. Indien je jouw hoofdhaar trimt/scheert/waxt, kan je aangeven welke afbeelding het beste past bij jouw 'natuurlijke' haarpatroon? Noem een cijfer tussen 1 en 12.



Motivering

Deze figuren peilen naar het fenotype van de respondenten. Met deze figuren willen we de impact nagaan van verschillende fenotypes op het seksueel functioneren. Haargroei speelt namelijk een belangrijke rol in menselijke sociale en seksuele communicatie. Overal ter wereld wordt de gezondheid van een persoon, seksuele maturiteit en leeftijd, vaak onbewust geëvalueerd door beoordeling van scalp en lichaamsbehaaring. Androgenen (geslachtshormonen) zijn de meest duidelijke regulators van menselijke haargroei (Nieschlag & Behre, 2012). Echter zorgt een biologische paradox ervoor dat dezelfde androgenen haargroei inhiberen op de scalp en zo aanleiding gevend tot kaalheid. Men kan veronderstellen dat de invloed van de CAG- repeat polymorfisme op androgeniciteit (cfr. infra in het stuk rond hormoonspiegels en hormoongevoeligheid) een variatie veroorzaakt en zo androgenetische alopecie beïnvloedt. Bij androgenetische alopecie werd namelijk een significant kortere CAG-repeat beschreven in vergelijking tot controles (Nieschlag & Behre, 2012). Op deze manier zal de CAG-repeat polymorfisme wellicht een rol spelen in de modulatie van androgeeninvloed op het haarpatroon bij de man. Eerder gevonden statische verbanden zijn echter eerder zwak.

Gezien androgenen eveneens de biologische component van verlangen en opwindning bij mannen reguleren (zie Meston & Fröhlich, 2000) zouden zij weleens de verklarende factor kunnen zijn voor verbanden die zouden worden gevonden tussen lichaamskenmerken enerzijds en seksueel functioneren anderzijds.

Resultaten

Tabel 230. Lichaamsbouw volgens zelftypering, bij mannelijke respondenten (BIO70_man) (N=909).

Percentage	
1. 	7.9%
2. 	41.1%
3. 	39.1%

4.		11.9%
<i>N</i>		902

Tabel 231. Lichaamsbouw volgens zelftypering, bij vrouwelijke respondenten (BIO70_vrouw) (*N*=916).

		Percentage
1.		3.7%
2.		20.8%
3.		32.1%
4.		32.5%
5.		9.3%
6.		1.6%
<i>N</i>		771

Tabel 232. Natuurlijke lichaamsbehaarling volgens zelftypering, bij mannelijke respondenten (BIO71) (*N*=909).

	Percentage
	35.1%
	28.9%
	16.1%
	11.8%
	8.1%
<i>N</i>	897

Tabel 233. Natuurlijke haarpatroon volgens zelftypering, bij mannelijke respondenten (BIO72)(*N*=909).

	Percentage
 I	37.7%
 II	17.8%
 II A	6.0%

 III	10.1%
 III Vertex	7.7%
 III A	2.4%
 IV	5.2%
 V	1.6%
 IV A	1.1%
 VI	5.3%
 VII	4.1%
 V A	1.1%
N	900

2.3.2.2. Menstruele cyclus en menopauze

A. Menstruele cyclus

Vraagomschrijving

Onderstaande vragen peilen naar het tijdstip van eerste menstruatie van de respondenten. Deze vragen worden aan alle vrouwen gesteld in CASI-stijl.

Vraag

Bio54. Heb je ooit een arts geconsulteerd omdat je nog nooit je menstruatie (regels) gehad had ?

- 1. ja
- 2. nee

Bio55. Hoe oud was je toen?
.....jaar

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio56. Hoe oud was je toen je voor het eerst menstrueerde (je regels had)?
 jaar

Motivering

De leeftijd waarop een meisje voor het eerst menstrueert (“de menarche”), is reeds lang de belangrijkste indicator voor de aanvang van de vrouwelijke puberteit (de La Rochebrochard, 1999). Onderzoek wijst uit dat deze leeftijd samenhangt met de leeftijd waarop men voor het eerst seks heeft (Glynn et al., 2010). Uitstel of verstoring van deze menarche, zou gerelateerd kunnen zijn aan onderliggende of toekomstige medische problemen (bv. obesitas en diabetes) (Pierce, Kuh & Hardy, 2011) of zelfs aan negatieve ervaringen in de kindertijd (Form, Christensen, Rogers, Jacomb & Easteal, 2003).

Resultaten

Tabel 234. Consultatie van een arts omwille van het nog niet gehad hebben van een eerste menstruatie, bij vrouwelijke respondenten (BIO54) ($N=916$).

	Percentage
1. Ja	4.4%
2. Nee	95.6%
<i>N</i>	916

Tabel 235. Leeftijd bij eerste menstruatie, bij vrouwelijke respondenten (BIO55) ($N=916$).

	Leeftijd (in jaren)
Min	9
P25	12
P50	13
P75	14
Max	18
<i>N</i>	859*

* 15 mannelijke respondenten hebben het antwoord “ik weet het niet” aangeduid.

B. Menopauze

Vraagomschrijving

De vraag omtrent menopauze (BIO57) wordt gesteld aan alle vrouwen, om te weten te komen wie van hen reeds in de menopauze is en op welke leeftijd dit gebeurde (BIO58).

De Green Climacteric Scale (vraag BIO59) is een gevalideerde vragenlijst die peilt naar de klachten die vrouwen in de menopauze en/of in de menopauzale overgangsfase ervaren (Greene, 1998). De Nederlandstalige versie werd gebruikt (Barentsen, van de Weijer, van Gend & Foekema, 2001). Deze schaal kent 21 items onderverdeeld in 4 subschalen: een psychologische, een somatische, een vasomotorische en een subschaal over seksuele belangstelling.

De psychologische subschaal wordt bevraagd via 11 symptomen: 6 angstsymptomen en 5 symptomen van depressie. De somatische en vasomotorische subschaal wordt bevraagd via 7 en respectievelijk 2 symptomen. De seksuele belangstelling subschaal wordt bevraagd aan de hand van 1 symptoom. Ieder symptoom wordt gescoord aan de hand van een 4 puntenschaal van het Likert type (variërend van 'afwezig tot 'heel vaak'). Er kan zowel een score berekend worden per subschaal als een totale score.

De subschaalscore wordt berekend door het optellen van de scores van de verschillende symptomen uit deze subschaal. De totale score wordt berekend door het optellen van alle scores. Deze schaal wordt aan alle vrouwen voorgelegd die aangeven dat ze in de menopauze zijn en aan alle vrouwen die aangeven dat ze niet weten of ze reeds menopausaal zijn en tevens de leeftijd van 45 jaar bereikt hebben.

Ook deze vragen worden allen in CASI-stijl aangeboden.

Vraag

Bio57. Ben je momenteel in de menopauze?

1. *ja*
2. *nee*
3. *nee, deze periode is al voorbij*
4. *weet niet*

Bio58. Hoe oud was je toen je in de menopauze ging (op het moment van de laatste menstruatie)?

..... jaar oud

Bio 59. Duid aan in welke mate je één van volgende symptomen ervaart.

BIO 59. Ervaren symptomen van menopauze	Afwezig	Af en toe	Vaak	Heel vaak
1. Hartkloppingen	1	2	3	4
2. Gespannen of nerveus gevoel	1	2	3	4
3. Slaapstoornissen	1	2	3	4
4. Opgewondenheid	1	2	3	4
5. Paniekaanvallen	1	2	3	4
6. Concentratieproblemen	1	2	3	4
7. Vermoeidheid en/of lusteloosheid	1	2	3	4
8. Ongeïnteresseerdheid	1	2	3	4
9. Zich niet gelukkig voelen of neerslachtigheid	1	2	3	4
10. Huilbuien	1	2	3	4
11. Snel geërgerd zijn	1	2	3	4
12. Gevoel van duizeligheid of flauwvallen	1	2	3	4
13. Gespannen gevoel in hoofd of in lichaam	1	2	3	4
14. Tintelingen of dood gevoel op huid/lichaam	1	2	3	4
15. Hoofdpijn	1	2	3	4
16. Spier- en/of gewrichtspijn	1	2	3	4
17. Minder gevoel in handen en/of voeten	1	2	3	4
18. Ademhalingsmoeilijkheden	1	2	3	4
19. Opvliegers (vapeurs)	1	2	3	4
20. Nachtelijke zweten	1	2	3	4
21. Geen zin meer in seks	1	2	3	4

Motivering

De prevalentie van seksuele disfuncties is meer dan 4 maal zo hoog bij postmenopausale vrouwen. Ze vertonen eveneens aanzienlijk meer pijnproblemen tijdens geslachtsgemeenschap in vergelijking met jongere vrouwen (Berman & Goldstein, 2001). De etiologie van deze seksuele problemen is mogelijks gerelateerd aan de verminderde niveaus van geslachtshormonen (Davis, Guay, Shifren & Mazer, 2004). Tijdens de menopauzale transitie ervaren alle vrouwen een oestrogeendaling. Bovendien zorgt de menopauze ook voor een daling in circulerende androgenen door zowel de leeftijdsgerelateerde daling in adrenale androgeenproductie (adrenopauze) als het menopauzaal ovarieel falen (Couzinet et al., 2001). Echter, andere biologische, psychologische en sociale factoren zoals chronische ziekte, partner beschikbaarheid kunnen eveneens een belangrijke impact hebben op de seksuele functie van deze vrouwen. Aan de hand van deze schaal willen we een aantal biologische en psychologische factoren nagaan die een invloed uitoefenen op het seksueel functioneren van postmenopausale vrouwen. Daarbij is de vraag naar leeftijd waarop deze menopauze

van start ging, relevant gezien het seksueel functioneren afhankelijk is van het stadium van de menopauze (Nappi et al., 2010).

Resultaten

Tabel 236. In de menopauze zijn, bij vrouwelijke respondenten (BIO57) (N=916).

	Percentage
1. Ja	16.8%
2. Nee	57.9%
3. Nee, deze periode is al voorbij	20.8%
4. Weet niet	4.5%
N	916

Tabel 237. Leeftijd bij start van de menopauze (BIO58) (N=344).

	Leeftijd (in jaren)
Min	11
P25	45
P50	50
P75	54
Max	65
N	326

Tabel 238. Menopausale symptomen (BIO59_1 tem BIO59_21) (N=386).

	Afwezig	Af en toe	Vaak	Heel vaak	N
1. Hartkloppingen	69.5%	24.7%	4.7%	1.1%	375
2. Gespannen of nerveus gevoel	43.7%	42.2%	10.3%	3.8%	376
3. Slaapstoornissen	47.7%	27.6%	15.3%	9.4%	375
4. Opgewondenheid	60.5%	29.0%	9.4%	1.2%	371
5. Paniekaanvallen	85.1%	10.5%	2.6%	1.8%	372
6. Concentratieproblemen	67.1%	24.3%	6.9%	1.7%	373
7. Vermoeidheid en/of lusteloosheid	45.4%	39.6%	13.5%	1.6%	375
8. Ongeïnteresseerdheid	77.1%	18.2%	3.5%	1.2%	373
9. Zich niet gelukkig voelen of neerslachtigheid	57.4%	34.6%	5.5%	2.5%	373
10. Huilbuien	79.0%	17.3%	1.7%	2.1%	372
11. Snel geërgerd zijn	53.8%	38.2%	5.9%	2.1%	375
12. Gevoel van duizeligheid of flauwvallen	84.3%	14.0%	1.2%	0.5%	372
13. Gespannen gevoel in hoofd of in lichaam	71.3%	21.9%	6.0%	0.8%	375
14. Tintelingen of dood gevoel op huid/lichaam	83.9%	14.3%	1.2%	0.6%	371
15. Hoofdpijn	58.3%	29.5%	9.6%	2.5%	373
16. Spier- en/of gewrichtspijn	52.2%	31.3%	12.4%	4.1%	374

17. Minder gevoel in handen en/of voeten	82.6%	11.8%	3.3%	2.2%	374
18. Ademhalingsmoeilijkheden	82.6%	11.8%	3.3%	2.2%	371
19. Opvliegers (vapeurs)	36.7%	25.5%	18.7%	19.1%	372
20. Nachtelijke zweten	39.4%	28.4%	15.2%	16.9%	370
21. Geen zin meer in seks	44.5%	29.6%	16.9%	18.9%	371

2.3.2.3. Zelfinschatting van fysieke gezondheid

Vraagomschrijving

De Short Form- 36 health survey (SF-36; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993) peilt naar zelf gepercipieerde gezondheid. We gebruiken een verkorte versie (SF-12; zie Gandek et al., 1998). Deze vragenlijst bestaat uit 12 items en omvat 8 subschalen: (1) fysiek functioneren (2 items, zie BIO4), (2) vitaliteit (1 item, zie BIO8_6), (3) lichamelijke pijn (1 item, zie BIO7), (4) sociaal functioneren (1 item, zie BIO9), (5) mentale gezondheid (2 items, zie BIO8_2 en BIO8_4), (6) perceptie van de algemene gezondheid (1 item, zie BIO3), (7) rolbeperkingen door fysieke gezondheidsproblemen (2 items, zie BIO5) en (8) rolbeperkingen door emotionele problemen (2 items, zie BIO6).

De respondenten konden aangeven in welke mate ze akkoord gaan met een aantal stellingen. De antwoordcategoriën variëren van vraag tot vraag. Via een scoresysteem kan per subschaal een score berekend worden van 0 tot 100. Een hogere totaalscore duidt dan op een beter functioneren.

De twee items uit de SF12 die peilen naar mentale gezondheid (BIO8_2 en BIO8_4) zijn eveneens onderdeel van de Mental Health Inventory (MHI). Deze korte checklist van 5 items (BIO8_1 tot en met BIO8_5) en de resultaten ervan in onze steekproef, wordt besproken in het stuk omtrent psychologische correlaten (zie Tabel 289). In Tabel 242 worden enkel de resultaten van de twee items die opgenomen zijn in de SF12 weergegeven. De SF12 wordt aan alle respondenten voorgelegd in CAPI-stijl.

Vraag

Bio 3. Hoe zou je, over het algemeen, jouw gezondheid noemen?

1. *Uitstekend*
2. *Zeer goed*
3. *Goed*
4. *Matig*
5. *Slecht*

Bio 4. De volgende vragen gaan over bezigheden die je misschien doet op een doorsnee dag. Word je op dit moment door jouw gezondheid beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

BIO4. Beperkt in bezigheden door gezondheid.	Nee, helemaal niet beperkt	Ja, een beetje beperkt	Ja, ernstig beperkt
1. Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen	1	2	3
2. Een paar trappen oplopen	1	2	3

Bio 5. Heb je in de afgelopen vier weken één van de volgende problemen bij jouw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad ten gevolge van je lichamelijke gezondheid? Gelieve te antwoorden met ja of nee.

BIO5. Problemen bij werk of dagelijkse bezigheden omwille van lichamelijke gezondheid	Ja	Nee
1. Je hebt minder bereikt dan je zou willen	1	2
2. Je was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	1	2

Bio 6. Heb je in de afgelopen vier weken één van de volgende problemen ondervonden bij jouw werk of andere bezigheden ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat je je depressief of angstig voelde)? Gelieve te antwoorden met ja of nee.

BIO6. Problemen bij werk of andere bezigheden omwille van emotioneel probleem	Ja	Nee
1. Je hebt minder bereikt dan je zou willen	1	2
2. Je hebt je werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als gewoonlijk	1	2

Bio 7. In welke mate ben je in de afgelopen vier weken door pijn gehinderd bij je normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)? Je kan kaart 28 gebruiken om te antwoorden.

1. Helemaal niet
2. Een klein beetje
3. Nogal
4. Veel
5. Heel erg veel

Bio 8. Deze vragen gaan over hoe je je voelt en hoe het met je ging in de afgelopen 4 weken. Kan je bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe je je voelde? Je kan kaart 29 gebruiken om te antwoorden.

BIO8. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Voortdurend
1. voelde je je erg zenuwachtig?	1	2	3	4	5	6
2. voelde je je kalm en rustig?	1	2	3	4	5	6
3. zat je zo erg in de put dat niks je kon opvrolijken?	1	2	3	4	5	6
4. voelde je je neerslachtig en somber?	1	2	3	4	5	6
5. voelde je je gelukkig?	1	2	3	4	5	6
6. had je veel energie?	1	2	3	4	5	6

Bio9. Hoe vaak hebben, gedurende de afgelopen vier weken, jouw lichamelijke gezondheid of jouw emotionele problemen jouw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd? Gebruik kaart 30 om te antwoorden.

1. *Nooit*
2. *Zelden*
3. *Soms*
4. *Vaak*
5. *Altijd*

Motivering

Deze vragenlijst meet de kwaliteit van leven op acht verschillende domeinen. Hiermee willen we de invloed nagaan van seksueel functioneren op de zelf gepercipieerde kwaliteit van leven. Seksualiteit en reproductie zijn namelijk basale drijfveren in het mensenleven en zijn belangrijke aspecten in het algemeen welzijn van de mens. Mannen en vrouwen met seksuele disfuncties scoren bijvoorbeeld opmerkelijk lager op kwaliteit van leven, fysieke en mentale gezondheid (Mallis, Moisidis, Kirana, Papaharitou & Hatzichristou, 2006; Laumann, Paik & Rosen, 1999). Ook wijst literatuur op het verband tussen de algemene tevredenheid met de mentale gezondheid en de frequentie waarmee iemand seks heeft (Brody & Costa, 2009). Ook mannen en vrouwen die problemen hebben of hadden met het krijgen van kinderen bijvoorbeeld scoren lager op verschillende aspecten van mentaal welzijn (Klemetti, 2010).

Resultaten

Tabel 239. Perceptie van de algemene gezondheid (BIO3) (N=1825).

	Percentage
1. Uitsstekend	10.4%
2. Zeer goed	32.3%
3. Goed	43.0%
4. Matig	12.5%
5. Slecht	1.9%
N	1825

Tabel 240. Inschatting van het fysieke functioneren (BIO4) (N=1825).

	Nee, helemaal niet beperkt	Ja, een beetje be- perkt	Ja, ernstig beperkt	N
1. Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen	77.7%	16.8%	5.5%	1825
2. Een paar trappen oplopen	81.3%	14.2%	4.5%	1825

Tabel 241. Rolbeperkingen door fysieke gezondheidsproblemen (BIO5) (N=1825).

	Ja	Nee	N
1. Je hebt minder bereikt dan je zou willen	17.9%	82.1%	1817
2. Je was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	19.5%	80.5%	1817

Tabel 242. Rolbeperkingen door emotionele problemen (BIO6) (N=1825).

	Ja	Nee	N
1. Je hebt minder bereikt dan je zou willen	12.9%	87.1%	1818
2. Je hebt je werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als gewoonlijk	10.9%	89.1%	1816

Tabel 243. Inschatting van lichamelijke pijn (BIO7) (N=1825).

	Percentage
1. Helemaal niet	57.9%
2. Een klein beetje	26.7%
3. Nogal	8.7%
4. Veel	4.4%
5. Heel erg veel	2.3%
N	1824

Tabel 244. Inschatting van de mentale gezondheid en vitaliteit (BIO8) (N=1825).

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Voortdurend	N
MENTALE GEZONDHEID							
1. Kalm en rustig	2.1%	8.3%	20.6%	22.5%	38.1%	8.3%	1825
2. Neerslachtig en somber	57.5%	24.3%	14.1%	3.1%	0.6%	0.4%	1825
VITALITEIT							
3. Veel energie	1.2%	5.0%	16.4%	24.9%	39.8%	12.7%	1825

Tabel 245. Beperkingen op het sociaal functioneren omwille van lichamelijke gezondheid of emotionele problemen (BIO9) (N=1825).

	Percentage
1. Nooit	65.6%
2. Zelden	18.1%
3. Soms	12.1%
4. Vaak	3.6%
5. Altijd	0.6%
N	1824

2.3.2.4. Medische voorgeschiedenis

Vraagomschrijving

Onderstaande vragenlijst peilt naar de medische voorgeschiedenis van de respondenten. Aan de hand van de huidige literatuur (o.a. Basson & Schultz, 2007; Bhasin, Enzlin, Coviello & Basson, 2007; Rees, Fowler & Maas, 2007) hebben we in deze nieuw opgestelde schaal medische aandoeningen opgenomen die ofwel zeer frequent voorkomen ofwel een grote impact hebben op het seksueel functioneren. De aandoeningen opgenomen in dit instrument zijn: hart-en vaatziekten, aandoeningen van of ingrepen van het gynaecologisch of urologisch stelsel, suikerziekte, schildklier en bijschildklierproblemen, kanker, bepaalde aandoeningen van het bewegingsstelsel, maag-darmstelsel, zenuwstelsel, hormonaal stelsel, huid, longen en luchtwegen. Alle vragen omtrent medische voorgeschiedenis worden aan respondenten voorgelegd in CASI-stijl.

De eerste vraag (BIO10) wordt aan elke respondent gesteld en bepaalt of men ooit ervaring had met de grote categorieën van aandoeningen, zijnde cardiovasculaire problemen, urologische problemen, gynaecologische problemen en diabetes of (bij-) schildklierproblemen. Aan de hand van filters en specifieke doorverwijzingen zullen respondenten deze vragenlijst dan verder individueel doorlopen. Hieronder een overzicht van de belangrijkste doorverwijzingen vanaf vraag BIO10.

Filters	Vraagnummers
Indien ervaring met cardiovasculaire problemen (BIO10=2)	BIO11 (specificatie van soorten cardiovasculaire problemen) → BIO12 (specificatie van soorten hartproblemen) → BIO13 (specificatie van soorten hart-en vaatoperaties)
Indien man met ervaring met urologische problemen (BIO10=4)	BIO14 (specificatie van soorten urologische problemen) → BIO15 (specificatie van soorten nier-, blaas- of plasbuisproblemen) → BIO16 (specificatie van soorten prostaatproblemen) ⇒ BIO17 en BIO18 (details behandeling voor goedaardige vergrotingen en kankers) → BIO19 (specificatie van soorten teelbal- en zaadbuisjesproblemen) ⇒ BIO21 (detail verwijdering teelbal) ⇒ BIO22 en BIO23 (details behandeling onvoldoende indalen van de teelbal) → BIO20 (specificatie van soorten penis- en voorhuidproblemen)
Indien vrouw met ervaring met urologische problemen (BIO10=3)	BIO15 (specificatie van soorten nier- of blaasproblemen)
Indien vrouw met ervaring met gynaecologische problemen (BIO10=5)	BIO24 (specificatie van soorten problemen met borsten, baarmoeder, menstruatie, vagina, eierstokken en eileiders) → BIO25 (specificatie van soorten borstaandoeningen) ⇒ BIO26 (detail behandeling voor goedaardig gezwel of esthetische en/of rugklachten) → BIO27 (detail hysterectomie) → BIO28 en BIO29 (detail ovariectomie)
Indien ervaring met suikerziekte en/of (bij-) schildklierproblemen (BIO10=6)	BIO30 (specificatie van types diabetes) → BIO31 (detail behandeling voor diabetes)

Na de specificaties en details omtrent de aandoeningen en ingrepen aangeduid in vraag BIO10, kregen alle respondenten ook vraag BIO32. Deze vraag gaf respondenten de mogelijkheid om alle ‘andere’ aandoeningen die men ooit heeft gehad, aan te duiden. De grote categorieën waren hier kanker, pulmonaire aandoeningen, gastrointestinale aandoeningen, aandoeningen van het zenuwstelsel, hormonale aandoeningen, bloedziekten, aandoeningen van het bewegingsstelsel en huid-en haaraandoeningen. Hieronder opnieuw een overzicht van de belangrijkste doorverwijzingen vanaf vraag BIO32.

Filters	Vraagnummers
Indien ervaring met kanker (BIO32=1)	BIO33 (specificatie van soort kanker) → BIO34, BIO35 en BIO36 (per kanker, details behandeling) ⇒ BIO37 (detail borstingreep)
Indien ervaring met pulmonaire aandoeningen (luchtwegen of longen) (BIO32=2)	BIO38 (specificatie van soorten pulmonaire aandoeningen)
Indien ervaring met gastrointestinale aandoeningen (maag, darm of lever) (BIO32=3)	BIO39 (specificatie van soorten gastro-intestinale aandoeningen)
Indien ervaring met aandoeningen van het zenuwstelsel (BIO32=4)	BIO40 (specificatie van soorten aandoening van het zenuwstelsel)
Indien ervaring met hormonale aandoeningen (BIO32=5)	BIO41 (specificatie van soorten hormonale aandoeningen)
Indien ervaring met aandoeningen van het bewegingsstelsel (BIO32=7)	BIO42 (specificatie van soorten aandoeningen van het bewegingsstelsel)
Indien ervaring met huid-en haaraandoeningen (BIO32=8)	BIO43 (specificatie van soorten huid-en haaraandoeningen)

Ook werd in de vragenlijst aandacht besteed aan het al dan niet besneden zijn van mannelijke respondenten. Alle mannen behalve diegenen die reeds bij vraag BIO20 besnijdenis als een ‘probleem met penis of voorhuid’ aanduiden, kregen deze vraag (BIO44) voorgelegd. Vraag BIO45_a bevraagt het moment waarop die besnijdenis gebeurde, vraag BIO45_b bevraagt de reden voor die besnijdenis.

BIO46 bevraagt de frequentie waarmee een mannelijke respondent een ochtenderecctie heeft. BIO47 peilt bij alle respondenten naar mogelijke contacten met een hulpverlener omwille van veranderingen in het seksuele leven ten gevolge van medische aandoeningen.

BIO60 tenslotte laat iedere respondent de mogelijkheid om in een open antwoord, andere belangrijke opmerkingen omtrent de medische voorgeschiedenis weer te geven.

Vraag

Bio10. Welk van de volgende aandoeningen heb je of heb je ooit gehad, of welke operatie(s) heb je ooit ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Ik heb geen aandoeningen of ingrepen (gehad)
2. Bloeddrukproblemen en/of hart- en vaatziekten
3. [Indien Vrouw] Aandoeningen van of ingrepen aan de nier en blaas
4. [Indien Man] Aandoeningen van of ingrepen aan de nier, blaas, teelbal, prostaat en penis
5. [Indien Vrouw] Vrouwenziekten, borstaandoeningen of borstingrepen
6. Suikerziekte, schildklier- en bijschildklierproblemen
7. Andere (bv. kanker, aandoeningen van longen luchtwegen, maag, darmen, lever, zenuwstelsel, bloed, huid, haar, bewegingsstelsel, hormonaal stelsel)

Bio 11. Heb je ooit een hoge bloeddruk of hart-en vaatziekten gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Hoge bloeddruk
2. Hartproblemen
3. Hart- of vaatoperaties

Bio 12. Welke hartproblemen heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Angor (hevige pijn op de borst) of hartinfarct
2. Hartfalen (je was mogelijks kortademig en de arts vertelde je dat je hart niet goed pompte of dat er vocht in de longen zat)
3. Hartritmestoornissen
4. Andere

Bio 13. Welke hart- of vaat operaties heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Spataders of varices*
2. *Operatie aan de slagaders (het doorblazen van de aders, een stent plaatsen of overbruggingen)*
3. *Andere*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 14. [Betreft ervaring met urologische problemen bij mannelijke respondenten] Aan welke delen van het lichaam heb je een aandoening, heb je ooit een aandoening gehad, of heb je een ingreep ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Nieren, blaas en plasbuis*
2. *Prostaat*
3. *Teelbal en zaadbuisjes (o.m. sterilisatie)*
4. *Penis of voorhuid*

Bio 15. Welke aandoeningen van de nieren, blaas en plasbuis heb je of heb je ooit gehad? Of welke ingreep heb je hieraan ooit ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Nierstenen*
2. *Ernstige nierziekte, maar niet nierstenen*
3. *Ongewild urineverlies (urine incontinentie)*
4. *[Indien vrouw] Verzakking van de blaas*
5. *Blaasontsteking*
6. *[Indien man] Vernauwing in de plasbuis*
7. *[Indien man] Hypospadie (aangeboren afwijking waarbij de plasbuis niet uitmondt aan de top van de penis, maar aan de onderkant van de eikel of halverwege of aan de basis van de penis)*
8. *Andere*

Bio 16. Welke aandoeningen van de prostaat heb je of heb je ooit gehad? Of welke ingreep heb je hieraan ooit ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Prostaatklasten (zoals nadruppelen, verminderde kracht van de plasstraal, frequent kleine hoeveelheden plassen, nachtelijk plassen)*
2. *Vergrote goedaardige prostaat*
3. *Prostaatkanker*
4. *Andere*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 17. [Betreft vergrote goedaardige prostaat en prostaatkanker] Heb je hiervoor een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de prostaat ondergaan?

1. Nee
2. Ja, een operatie via een insnede in de buik
3. Ja, een operatie via de plasbuis (kijkoperatie)
4. Ja, maar weet niet welke operatie

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 18. Hoe lang is dat geleden?

1. Minder dan 6 maanden geleden
2. Minder dan een jaar geleden
3. Tussen 1 en 5 jaar geleden
4. Meer dan 5 jaar geleden
5. Weet ik niet

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 19. Welke aandoeningen van de teelbal en zaadleiters heb je of heb je ooit gehad? Of welke ingreep heb je hieraan ooit ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Sterilisatie (afclippen of doorsnijden van de zaadleiters; vasectomie)
2. Spatader in de balzak (varicocoele)
3. Niet of onvoldoende indalen van de teelbal
4. Ontsteking van de teelbal of bijbal (orchitis of epididymitis)
5. Verwijdering van de teelbal
6. Teelbalbeschadiging
7. Andere

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 21. [Betreft verwijdering van de teelbal] Hoe lang is dat geleden?

1. Minder dan 6 maanden geleden
2. Minder dan een jaar geleden
3. Tussen 1 en 5 jaar geleden
4. Meer dan 5 jaar geleden
5. Weet ik niet

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op

subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 22. [Betreft niet of onvoldoende indalen van de teelbal] Heb je hier een behandeling voor gehad?

1. Nee
2. Ja, een chirurgische behandeling
3. Ja, een medische behandeling
4. Ja, zowel een medische als chirurgische behandeling
5. Dat weet ik niet

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 23. [Betreft niet of onvoldoende indalen van de teelbal] Hoe oud was je de bij de behandeling?

1. jaar
2. dat weet ik niet

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 20. Welke aandoeningen van de penis of voorhuid heb je of heb je ooit gehad? Of welke ingreep heb je hieraan ooit ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Besnijdenis
2. Vernauwing in de plasbuis
3. Hypospadie (aangeboren afwijking waarbij de plasbuis niet uitmondt aan de top van de penis, maar aan de onderkant van de eikel of halverwege of aan de basis van de penis)
4. Andere

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 24. Welke vrouwenziekten of borstaandoeningen heb je of heb je ooit gehad? Of welke borstingreep heb je ooit ondergaan? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

BORST

1. Borstaandoening of borstingreep

BAARMOEDER EN MENSTRUATIE

2. Pijnlijke menstruatie
3. Verwijdering van de baarmoeder (hysterectomie)

4. *Vleesboom (fibromen)*
5. *Endometriose (woekering van baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder)*
6. *Verzakking van baarmoeder*
7. *Opstijgende ontsteking van de baarmoeder, eileiders en eventueel klein bekken (pelviene infectie)*

VAGINA

8. *Vestibulitis (langdurige ontsteking van het begin van de vagina met ernstige pijnklachten en roodheid)*
9. *Vaginale schimmel (candida)*
10. *Bacteriële vaginose*

EIERSTOKKEN EN EILEIDERS

11. *Sterilisatie (clippen, afbinden of doorbranden van de eileiders)*
12. *Verwijdering van de eierstokken (ovariectomie)*
13. *PCO-syndroom (polycystisch ovarieel syndroom)*

ANDERE

14. *Hormonale problemen*
15. *Andere*

Bio 25. Welke borstaandoeningen heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Kwaadaardig borstgezwel (borstkanker)*
2. *Goedaardig borstgezwel of cyste*
3. *Esthetisch probleem en/of rugklachten*
4. *Andere*

Bio 26. Heb je ooit een borstoperatie gehad? Zo ja, dewelke? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Nee, geen borstoperatie gehad*
2. *[Indien goedaardig borstgezwel of cyste] Ja, een wegname van goedaardig borstgezwel of cyste*
3. *[Indien esthetisch probleem en/of rugklachten] Ja, een borstvergroting*
4. *[Indien esthetisch probleem en/of rugklachten] Ja, een borstverkleining*
5. *[Indien esthetisch probleem en/of rugklachten] Ja, een borstlift*
6. *Andere*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 27. Hoe lang is het geleden sinds je een verwijdering van de baarmoeder (hysterectomie) hebt ondergaan?

1. *Minder dan 6 maanden geleden*
2. *Minder dan een jaar geleden*
3. *Tussen 1 en 5 jaar geleden*

4. *Meer dan 5 jaar geleden*
5. *Weet ik niet*

Bio 28. [Betreft ovariectomie] Welke ingreep onderging je?

1. *Beide eierstokken verwijderd*
2. *Eén eierstok werd verwijderd, de andere werd behouden*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 29. Hoe lang is het ongeveer geleden dat je eierstokken werden verwijderd? (voor respondenten die ook een verwijdering van de baarmoeder (hysterectomie) hebben ondergaan: dit kan al dan niet tijdens de hysterectomie gebeurd zijn)

1. *Minder dan 6 maanden geleden*
2. *Minder dan 1 jaar geleden*
3. *Tussen 1 en 5 jaar geleden*
4. *Meer dan 5 jaar geleden*
5. *Weet ik niet*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 30. [Betreft ervaring met suikerziekte en (bij-)schildklierproblemen] Om welke vorm(en) gaat het hier precies? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Diabetes type 1 (vroeger ook jeugddiabetes genoemd)*
2. *Diabetes type 2 (vroeger ook ouderdomsdiabetes genoemd)*
3. *Andere vormen van diabetes*
4. *Schildklier of bijschildklierprobleem*

Bio 31. Wat gebruik je voor je diabetesbehandeling? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

1. *Dieet en/of beweging*
2. *Pillen*
3. *Inspuitingen met insuline*
4. *Andere*

Bio 32. Welke andere aandoening heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *Kanker*
2. *Aandoeningen van longen en luchtwegen*
3. *Maa-, darm- en lever- of galblaasaandoeningen*
4. *Aandoeningen van het zenuwstelsel en migraine*
5. *Hormonale aandoeningen (zoals hypofyseandoeningen)*

6. *Bloedziekten (niet leukemie of lymfeklierkanker)*
7. *Aandoeningen van het bewegingsstelsel (gewricht,spier en botproblemen)*
8. *Huid- en haaraandoeningen*
9. *Andere*

Bio 33. Kan je specificeren welke kanker je hebt of ooit hebt gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *longkanker*
2. *darmkanker*
3. *blaaskanker*
4. *melanoom of huidkanker*
5. *lymfeklierkanker(lymfoom) of bloedkanker (leukemie)*
6. *[Indien man] prostaatkanker*
7. *[Indien man] teelbalkanker*
8. *[Indien vrouw] borstkanker*
9. *[Indien vrouw] baarmoederhalskanker*
10. *[Indien vrouw] baarmoederkanker*
11. *[Indien vrouw] eierstokkanker*
12. *andere, namelijk:*

Bio 34. Je gaf aan dat je kanker hebt gehad. Welke behandeling heb je hiervoor gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *chirurgische ingreep*
2. *uitwendige bestraling of radiotherapie*
3. *inwendige bestraling of brachytherapie*
4. *chemotherapie*
5. *anti-hormonale behandeling*
6. *andere*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 35. Hoe lang is het geleden sinds de diagnose gesteld werd?

1. *minder dan 6 maanden geleden*
2. *minder dan een jaar geleden*
3. *tussen 1 en 5 jaar geleden*
4. *meer dan 5 jaar geleden*
5. *weet ik niet*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 36. Heeft de kanker zich verspreid naar andere delen van het lichaam?

1. *ja*
2. *nee*
3. *weet ik niet*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 37. Welke borstoperatie onderging je? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *volledige borstamputatie*
2. *gedeeltelijke (borstsparende) operatie*
3. *borstreconstructie*

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 38. Welke aandoeningen van longen en luchtwegen heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *astma*
2. *chronische bronchitis of andere chronische longkwaal*
3. *allergie*
4. *chronische sinusitis*
5. *slaapapnoesyndroom*
6. *andere*

Bio 39. Welke maag-, darm- of leveraandoening heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *maagzweer of zweer van de dunne darm*
2. *ernstige darmstoornissen langer dan 3 maanden*
3. *ongewild stoelgangsverlies (stoelgangsincontinentie)*
4. *stoma*
5. *ernstige leverstoornis*

Bio 40. Welke aandoeningen van het zenuwstelsel heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. *migraine of ernstigefrequente hoofdpijn*
2. *beroerte (hersenbloeding of trombose en gevolgen)*
3. *ziekte van Parkinson*
4. *epilepsie (vallende ziekte)*
5. *duizeligheid met vallen*
6. *multiple sclerose*
7. *andere*

Bio 41. Welke hormonale aandoeningen heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. laag testosterongehalte
2. Klinefeltersyndroom
3. problemen met de eierstokken
4. Turner-syndroom
5. osteoporose (botontkalking)
6. aandoening van hypofyse
7. andere

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 42. Welke aandoening(en) van het bewegingsstelsel heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. ernstige gewrichtsslijtage (artrose)
2. rugaandoeningen van hardnekkige aard
3. reumatische aandoeningen (zoals lupus, reumatoïde artritis, jicht,..)
4. verlamming van één of meerdere ledematen
5. osteoporose (botontkalking)
6. botbreuken
7. andere

Bio 43. Welke huid- en haaraandoeningen heb je of heb je ooit gehad? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. chronische huidaandoening (zoals psoriasis, vitiligo, eczeem,...)
2. acné
3. overmatige beharing op bovenlip, kin, borst
4. haaruitval volgens een mannelijk patroon
5. andere

Bio 44. Ben je besneden?

1. ja
2. nee

Bio 45_a. Hoe oud was je toen?

.... jaar

BIO45_b. Om welke reden(en) ben je besneden? Je kan meerdere antwoorden aanduiden.

1. Uit religieuze redenen
2. Mijn ouders hebben dit beslist toen ik nog klein was
3. Ik heb dat zelf beslist
4. Omwille van hygiënische redenen

5. *Omwille van vroegtijdig klaarkomen (premature ejaculatie)*
6. *Om het risico op besmetting met soa/hiv te verkleinen*
7. *Omwille van een vernauwde voorhuid*
8. *Omwille van pijn tijdens het vrijen*
9. *Andere reden, namelijk.....*

Bio 46. Hoe vaak heb je een ochtenderectie?

1. *Nooit*
2. *Zelden*
3. *Soms*
4. *Vaak*
5. *Altijd of bijna altijd*

Bio 47. Heb je het ooit met een arts gehad over veranderingen in je seksleven die kunnen voortkomen uit een medische aandoening?

1. *ja*
2. *nee*
3. *weet ik niet*

Bio60. Voorgaande vragen over jouw medische voorgeschiedenis bevatten een beperkt aantal aandoeningen. Misschien wil je nog iets melden over je medische voorgeschiedenis dat hier niet aan bod kwam. Dit kan hier.

1. *Ik heb niks toe te voegen*
2. *Ik wil nog iets toevoegen, namelijk:*

De resultaten voor deze open vraag worden niet gerapporteerd, aangezien deze niet relevant zijn voor dit rapport met basisgegevens.

Motivering

Verschillende onderzoeken hebben reeds aangetoond dat vele medische problemen kunnen interfereren met de verschillende fases in de seksuele responscyclus zoals seksuele motivatie, seksueel verlangen, subjectief gevoel van opwinding, orgasme, genot en pijn, door hun interferentie op de centrale en perifere seksuele fysiologie (Basson & Schultz, 2007; Bhasin, Enzlin, Coviello & Basson, 2007; Rees, Fowler, Maas, 2007). Een ziekte, alsook de bijhorende complicaties, kan seksualiteit dan op drie wijzen beïnvloeden: direct door rechtstreekse invloed op de genitale anatomie of de perifere/centrale seksuele fysiologie, indirect door algemene comorbide gevolgen zoals pijn, depressie of vermoeidheid, alsook iatrogeen. Hieronder volgt een overzicht van hoe seksualiteit kan samenhangen met de meest relevante chronische internistische aandoeningen in de dagdagelijkse praktijk. Als laatste onderdeel wordt ook de literatuur weergegeven omtrent het verband tussen besnijdenis en ochtenderectie enerzijds en seksualiteit anderzijds.

Seksualiteit bij cardiovasculaire problemen

Erectiele disfunctie (ED) en coronair lijden kennen identieke risicofactoren en een gelijkaardige pathofysiologie, gemedieerd door endotheliale disfunctie. Recente data suggereren dat ED een predictor kan zijn voor onderliggend coronair lijden, waarbij een verband bestaat tussen de ernst van de ED en de graad van coronaire aantasting (Jackson, Rosen, Kloner & Kostis, 2006). Ook bij vrouwen wordt de aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren (diabetes, hypertensie, hyperlipidemie en obesitas) geassocieerd met toename van seksuele disfunctie, meer in het bijzonder een beperking van de genitale opwinding (Miner, Esposito, Guay, Montorsi & Goldstein, 2012).

Hartfalenpatiënten blijken een verminderd seksueel verlangen te vertonen en een duidelijke afname van de coïtusfrequentie en seksuele satisfactie. Contribuerende factoren zijn ED, angst voor cardiale klachten en comorbide depressie (Schwarz, Rastogi, Kapur, Sulemanjee & Rodriguez, 2006).

Seksualiteit bij endocriene aandoeningen

Endocriene ziekten verstoren vaak de seksuele functie, anderzijds kan seksuele disfunctie ook een aanwijzing zijn voor een onderliggende endocriene stoornis.

Diabetes mellitus

Bij mannen worden ED, retrograde ejaculatie door autonome neuropathie, orgasme-problemen en een verminderd verlangen gerapporteerd. Diabetes gerelateerde ED neemt toe met de leeftijd, met een gerapporteerde prevalentie tot 75% (Bhasin et al., 2007). Naast de klassieke cardiovasculaire risicofactoren, zijn ook diabetesgerelateerde factoren (duur van DM, complicaties, glycemiecontrole, obesitas-gerelateerde hypotestosteronemie en comorbide depressie) hieraan duidelijk geassocieerd, waarbij een slechte glycemiecontrole de voornaamste determinant blijkt te zijn (Bhasin et al., 2007; Giraldi & Kristensen, 2010).

Ondanks inconsistente studieresultaten, blijken vrouwen met DM een globaal verhoogd risico te hebben op seksuele disfunctie. Seksuele disfunctie bij vrouwelijke diabetici wordt in de hand gewerkt door chronische hyperglycemie leidend, als gevolg van verminderde lubricatie en toename van vaginale infecties, tot dyspareunie. Vasculaire schade en neuropathie kunnen aanleiding geven tot een verstoorde genitale opwinding. Tenslotte tasten psychologische factoren het seksueel verlangen aan. De belangrijkste risicofactor voor seksuele disfunctie bij vrouwen met diabetes is echter comorbide depressie (Bhasin et al., 2007; Giraldi & Kristensen, 2010).

Schildklierstoornissen

Bij mannen met een hypo- of hyperthyreoïdie worden een verminderd seksueel verlangen, premature of vertraagde ejaculatie en erectiele disfunctie beschreven, met herstel bij evolutie naar euthyreoïdie. Omgekeerd wordt bij ED soms een hyper- of hypothyreoïdie vastgesteld (Bhasin et al., 2007).

Schildklierlijden geeft aanleiding tot cyclusstoornissen bij vrouwen, de incidentie van seksuele disfunctie bij vrouwen met schildklierlijden is niet gekend (Bhasin et al., 2007).

Seksualiteit bij een oncologische diagnose

Door de medisch-technologische vooruitgang, is de levensverwachting voor de meeste oncologische patiënten toegenomen. Er wordt dan ook toenemende aandacht besteed aan de langetermijneffecten van ziekte en behandeling, meer in het bijzonder aan seksuele gezondheid en disfunctie (Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen & Dekker, 2010). Kanker en de verschillende kankerbehandelingen kunnen hierop een negatieve impact hebben. Daarentegen kunnen seksualiteit en intimiteit emotionele en psychologische distress reduceren bij een kankerdiagnose. Na de confrontatie met kanker ziet men vaak een ingrijpende verschuiving in het behoeftenpatroon. Zeker in de beginfase is er meer behoefte aan intimiteit en affectie dan aan genitale seks (Van Hoorde et al., 2011).

Prostaatanker

De gerapporteerde incidentie van ED na totale prostatectomie varieert tussen de 24 en 82% (Sadovsky et al., 2010). Na totale prostatectomie wordt ook verkorting van de penislengte, verminderd verlangen, climacturie (urineverlies tijdens orgasme) en minder bevredigend orgasme beschreven. Vroegtijdige farmacologische peniele rehabilitatie d.m.v. een PDE-5 inhibitor of intracaverneuze injecties zorgt, door voorkoming van collagenisatie van het corpus cavernosum en bijgevolg veneuze lekkage, voor een toename van spontane en medicamenteus geïnduceerde erecties (Mulhall, Parker, Waters & Flanigan, 2009). Androgeen deprivatie geeft doorgaans aanleiding tot libidostoorissen en ED. Ook het optreden van warmteopwellingen en vermoeidheid kunnen een negatief effect uitoefenen op de levenskwaliteit (Perez, Gadgil & Dizon, 2010; Sadovsky et al., 2010).

Gynaecologische kankers

De seksuele neveneffecten van de huidige behandelingsmodaliteiten bij gynaecologische kankers zijn multifactorieel (Perez et al., 2010; Sadovsky et al., 2010). Chemotherapie kan leiden tot premature menopauze en aldus tot infertiliteit en seksuele disfunctie (onder vorm van dyspareunie). Radiatie kan huidfibrose, gevoelsstoornissen en vaginale stenose veroorzaken. Chirurgische interventies hebben tevens een belangrijke impact. Na radicale hysterectomie is er een blijvend negatief effect op het seksueel verlangen, al kunnen lubricatieproblemen na verloop van tijd verdwijnen.

Borstanker

Seksuele klachten treden frequent op na diagnose van een borstcarcinoom. De therapiegerelateerde effecten van chemotherapie en hormonale behandeling zijn gelijkaardig aan deze van andere gynaecologische tumoren. Borstchirurgie en radiotherapie kunnen pijn en een vermindering van zelfwaardering veroorzaken. Seksuele proble-

men zijn het meest uitgesproken onmiddellijk na heerkunde. Desondanks kunnen angst, depressie, een negatief zelfbeeld en bijgevolg seksueel disfunctioneren geruime tijd na behandeling persisteren (Sadovsky et al., 2010).

Seksualiteit en aandoeningen van de luchtwegen (astma en COPD)

Ondanks de hoge prevalentie van seksuele problemen bij obstructieve longaandoeningen, bestaan slechts weinig studies omtrent seksualiteit bij deze patiëntengroep. Bij COPD zou driekwart van de mannen ED hebben, in verschillende gradaties afhankelijk van de pulmonaire functie (Kaptein et al., 2008). Dit wordt deels veroorzaakt door de grote cardiovasculaire comorbiditeit. Hypoxemie geeft aanleiding tot afgenomen energie, dyspneu, vermoeidheid en een lagere testosteronspiegel. Daarnaast hebben ook angst en iatrogene neveneffecten een negatieve impact op het seksueel functioneren en welzijn. Bronchodilatantia kunnen agitatie geven, hoge dosissen steroïden kunnen aanleiding geven tot stemmingswisselingen, uiterlijke veranderingen en hypotestosteronemie.

Meer dan de helft van de astmapatiënten ervaart seksuele beperkingen. Oorzaken liggen in algemene symptomen van afgenomen energie, (angst voor) kortademigheid, alsook medicamenteuze bijwerkingen (Kaptein et al., 2008).

Seksualiteit bij chronisch leverlijden

Bij chronische leveraandoeningen wordt seksualiteit fors gecompromitteerd (Sorrell & Brown, 2006). Seksuele disfunctie wordt voornamelijk in de hand gewerkt door afwijkingen in de hypothalamische-hypofysaire-gonadale as, naast (in)directe ziektegerelateerde stressoren. Bij levercirrose ontstaat hypogonadisme met feminisatie, verminderd seksueel verlangen, ED, verminderde spermatogenese en infertiliteit. Deze aberraties zijn afhankelijk van de ernst van het leverlijden. ED wordt daarnaast ook teweeggebracht door vasculaire (risico) factoren, neuropathie en iatrogene oorzaken (diuretica, bètablokkers en antidepressiva). Bij vrouwen met cirrose is chronische anovulatie een frequent probleem alsook seksuele disfunctie, hoewel hieromtrent slechts beperkte literatuurgegevens bestaan (Sorrell & Brown, 2006).

Seksualiteit bij chronische nierinsufficiëntie

Ook bij chronisch nierlijden (CKD) is seksuele disfunctie een onderschat probleem. De prevalentie is hoog, voornamelijk bij dialysepatiënten (Navaneethan et al., 2010). Bij mannen wordt het percentage van ED geschat op 70%. De hoge prevalentie van ED bij jonge mannen zou het substantieel verhoogd cardiovasculaire risico - gebaseerd op endotheliale disfunctie - in deze groep kunnen weerspiegelen. De prevalentie van seksuele disfunctie bij vrouwen met CNI werd slechts bestudeerd in 2 studies en varieert tussen de 30 en 80% (Navaneethan et al., 2010). Als contribuerende factoren worden comorbiditeit (zoals DM en malnutritie), hyperprolactinemie, hypogonadisme, anemie, autonome neuropathie, medicatie en psychosociale factoren aangehaald.

Seksualiteit bij reumatische ziekten

Fysieke, emotionele en relationele ziektegerelateerde stressoren, dragen bij tot een minder actief en aangenaam seksleven bij reumatische aandoeningen (Østensen, 2004; Tristano, 2009). Bij vrouwen met een Sjögrensyndroom kan dyspareunie optreden (in 40-50%) als gevolg van vaginale droogte. Dit wordt ook frequent waargenomen bij vrouwen met systemische sclerose, systemische lupus erythematoses (SLE) en reumatoïde artritis (RA). Ernstige systemische sclerose kan aanleiding geven tot verscheidene seksuele problemen bij optreden van een Raynaud fenomeen (met aantasting van vingers, tong en tepels) en door vaginale vernauwing. Bij reumatoïde artritis vormen vermoeidheid, pijn en depressie de grootste beperking. Bij mannen kunnen een actieve RA of SLE aanleiding geven tot hypogonadisme. Uit de beschrijvingen van Østensen (2004) en Tristano (2009) blijkt dat dit niet noodzakelijk seksuele disfunctie veroorzaakt. Verminderd seksueel verlangen, ED en ejaculatiestoornissen worden beschreven bij mannen met SLE (19-35%), RA en ankyloserende spondylitis. Bij systemische sclerose treedt ED frequent op als gevolg van aantasting van de kleine vaten.

Besnijdenis en seksualiteit

Verscheidene studies toonden een verband aan tussen besnijdenis bij mannen en een verminderd risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (e.g. Diseker, Peterman, Kamb et al., 2006; Fergusson, Boden & Horwood, 2006). Over de gevolgen van mannelijke besnijdenis op seksueel functioneren is er weinig consensus. Sommige auteurs rapporteren een verhoogde gevoeligheid en seksuele satisfactie bij onbesneden mannen (Masood et al., 2005), wijzen op het verband met seksuele disfuncties (Hammond, 1999; Fink, Carson & DeVellis, 2002) en benadrukken de rol van de voorhuid voor seksueel functioneren (Cold & Taylor, 1999), anderen daarentegen vinden geen effect (Senkul et al., 2004; Bleustein et al., 2005; Waldinger et al., 2005) of geven aan dat besnijdenis het seksueel functioneren zou bevorderen (Laumann, Masi & Zuckerman, 1997).

Ochtenderectie en seksualiteit

Het hebben van een ochtenderectie wordt door mannen vaak gezien als een parameter van seksuele gezondheid (Kim, 2006). Koskimäki et al. (2008) vonden een verband tussen frequentie van geslachtsgemeenschap en frequentie van ochtenderecties bij mannen tussen 55 en 75. Daarentegen vonden ze geen verband met het voorkomen van matige erectiestoornissen. Mannen die minder dan één ochtenderectie per week hadden, vertoonden echter 2.5 keer zoveel risico op het ontwikkelen van een ernstige erectiestoornis dan mannen die twee tot drie ochtenderecties per week hadden.

Resultaten

Tabel 246. Ervaring met aandoeningen of behandelingen (BIO10) (N=1825).

	Percentage
1. Ik heb <u>geen</u> aandoeningen of ingrepen (gehad)	47.6%
2. Bloeddrukproblemen en/of hart- en vaatziekten	18.2%
3. Suikerziekte, schildklier- en bijschildklierproblemen	7.4%
4. Andere	28.1%
N	1825

Tabel 247. Ervaring met urologische of gynaecologische aandoeningen of behandelingen, bij vrouwelijke respondenten (BIO10) (N=916).

	Percentage
1. Aandoeningen van of ingrepen aan de nier en blaas	7.7%
2. Vrouwenziekten, borstaandoeningen of borstingrepen	16.6%
N	916

Tabel 248. Ervaring met urologische aandoeningen of behandelingen, bij mannelijke respondenten (BIO10) (N=909).

	Percentage
Aandoeningen van of ingrepen aan de nier, blaas, teelbal, prostaat en penis	14.6%
N	909

Tabel 249. Ervaring met hoge bloeddruk en hart-en vaatziekten, bij respondenten die ervaring hebben met cardiovasculaire problemen (BIO11) (N=333).

	Percentage
1. Hoge bloeddruk	69.6%
2. Hartproblemen	24.8%
3. Hart- of vaatoperaties	14.7%
N	333

Tabel 250. Ervaring met angor of hartinfarct, hartfalen en hartritmestoornissen, bij respondenten die ervaring hebben met hartproblemen (BIO12) (N=82).

	Percentage
1. Angor of hartinfarct	22.5%
2. Hartfalen	24.8%
3. Hartritmestoornissen	52.1%
4. Andere	20.0%
N	82

Tabel 251. Ervaring met aandoeningen of ingrepen aan nieren, blaas, prostaat, teelbal of penis bij mannelijke respondenten die ervaring hebben met urologische problemen (BIO14) (N=132).

	Percentage
1. Nieren, blaas en plasbuis	27.8%
2. Prostaat	30.5%
3. Teelbal en zaadbuisjes (o.m. sterilisatie)	28.2%
4. Penis of voorhuid	28.2%
N	132

Tabel 252. Ervaring met nierstenen, nierziekte, incontinentie en blaasontsteking bij respondenten die ervaring hebben met nier-, blaas- of plasbuisproblemen (BIO15_1, BIO15_2, BIO15_3, BIO15_5 en BIO15_8) (N=107).

	Percentage
1. Nierstenen	28.2%
2. Ernstige nierziekte, maar niet nierstenen	16.7%
3. Ongewild urineverlies (urine incontinentie)	16.5%
4. Blaasontsteking	34.8%
5. Andere	24.4%
N	107

Tabel 253. Ervaring met verzakking van de blaas, bij vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met nier- of blaasproblemen (BIO15) (N=70).

	Percentage
Verzakking van de blaas	25.3%
N	70

De resultaten voor vernauwing in de plasbuis en hypospadie (enkel voorgelegd aan mannelijke respondenten die ooit nier- of blaasproblemen hadden) worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Tabel 254. Ervaring met aandoeningen of ingrepen aan de borst, baarmoeder, vagina of eierstokken, bij vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met gynaecologische problemen (BIO24) (N=152).

	Percentage
BORST	
1. Borstaandoening of borstingreep.	39.2%
BAARMOEDER EN MENSTRUATIE	
2. Pijnlijke menstruatie	27.7%
3. Verwijdering van de baarmoeder (hysterectomie)	41.5%
4. Vlesboom (fibromen)	17.4%
5. Endometriose	14.4%
6. Verzakking van baarmoeder	5.2%
7. Pelviene infectie	2.7%
VAGINA	
8. Vestibulitis	4.8%
9. Vaginale schimmel (candida)	27.3%
10. Bacteriële vaginose	4.0%
EIERSTOKKEN EN EILEIDERS	
11. Sterilisatie (clippen, afbinden of doorbranden van de eileiders)	11.6%
12. Verwijdering van de eierstokken (ovariectomie)	7.8%
13. PCO-syndroom (polycystisch ovarieel syndroom)	1.2%
ANDERE	
14. Hormonale problemen	6.4%
15. Andere	7.5%
N	152

Tabel 255. Ervaring met borstgezwel en esthetische problemen of rugklachten, bij vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met een borstaandoening of borstingreep (BIO25) (N=60).

	Percentage
1. Kwaadaardig borstgezwel (borstkanker)	29.8%
2. Goedaardig borstgezwel of cyste	43.0%
3. Esthetisch probleem en/of rugklachten	33.6%
4. Andere	13.4%
N	60

Tabel 256. Tijdstip hysterectomie (BIO27) (N=63).

	Percentage
1. Minder dan 6 maanden geleden	2.1%
2. Minder dan een jaar geleden	0.0%
3. Tussen 1 en 5 jaar geleden	7.2%
4. Meer dan 5 jaar geleden	90.7%
5. Weet ik niet	0.0%
N	63

Tabel 257. Ervaring met de verschillende types diabetes en (bij-)schildklierproblemen (BIO30) (N=136).

	Percentage
1. Diabetes type 1 (jeugddiabetes)	1.5%
2. Diabetes type 2 (ouderdomsdiabetes)	35.5%
3. Andere vormen van diabetes	5.6%
4. Schildklier of bijschildklierprobleem	35.9%
N	136

Tabel 258. Ervaring met de verschillende behandelingen voor diabetes (BIO31) (N=54).

	Percentage
1. Dieet en/of beweging	38.8%
2. Pillen	86.3%
3. Insputingen met insuline	28.5%
4. Andere	0.0%
N	54

Tabel 259. Ervaring met ‘andere’ aandoeningen (BIO32) (N=1825).

	Percentage
1. Kanker	3.5%
2. Aandoeningen van longen en luchtwegen	8.7%
3. Maag-, darm- en lever- of galblaasaandoeningen	11.8%
4. Aandoeningen van het zenuwstelsel en migraine	7.0%
5. Hormonale aandoeningen (zoals hypofyse-aandoeningen)	1.2%
6. Bloedziekten (niet leukemie of lymfeklierkanker)	0.7%
7. Aandoeningen van het bewegingsstelsel (gewricht, spier en botproblemen)	18.2%
8. Huid- en haaraandoeningen	4.9%
9. Andere	15.9%
N	1825

Tabel 260. Verdeling naar soorten kankers, bij mannelijke en vrouwelijke respondenten die ervaring hebben met kanker (BIO33) ($N=65$).

	Percentage
1. Longkanker	3.0%
2. Darmkanker	12.3%
3. Blaaskanker	2.7%
4. Melanoom of huidkanker	13.6%
5. Lymfeklierkanker (lymfoom) of bloedkanker (leukemie)	7.4%
6. Andere	16.7%
<i>N</i>	65

De resultaten voor de typisch mannelijke en typisch vrouwelijke kankers (prostaatkanker en teelbankanker enerzijds en borstkanker, baarmoederhalskanker, baarmoederkanker en eierstokkanker anderzijds) worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Tabel 261. Ervaring met de verschillende pulmonaire aandoeningen (BIO38) ($N=159$).

	Percentage
1. Astma	33.7%
2. Chronische bronchitis of andere chronische longkwaal	37.2%
3. Allergie	33.5%
4. Chronische sinusitis	14.9%
5. Slaapapnoesyndroom	2.8%
6. Andere	18.5%
<i>N</i>	159

Tabel 262. Ervaring met de verschillende gastrointestinale aandoeningen (BIO39) ($N=216$).

	Percentage
1. Maagzweer of zweer van de dunne darm	27.9%
2. Ernstige darmstoornissen langer dan 3 maanden	18.8%
3. Ongewild stoelgangsverlies (stoelgangsincontinentie)	1.6%
4. Stoma	2.7%
5. Ernstige leverstoornis	3.2%
<i>N</i>	216

Tabel 263. Ervaring met de verschillende aandoeningen van het zenuwstelsel (BIO40) (N=128).

	Percentage
1. Migraine of ernstige/frequente hoofdpijn	80.7%
2. Beroerte (hersenvloeding of trombose en gevolgen)	2.3%
3. Ziekte van Parkinson	0.8%
4. Epilepsie (vallende ziekte)	0.9%
5. Duizeligheid met vallen	12.2%
6. Multiple sclerose	0.9%
7. Andere	19.1%
N	128

Tabel 264. Ervaring met de verschillende aandoeningen van het bewegingsstelsel (BIO42) (N=332).

	Percentage
1. Ernstige gewrichtsslijtage (artrose)	34.1%
2. Rugaandoeningen van hardnekkige aard	32.5%
3. Reumatische aandoeningen (zoals lupus, reumatoïde artritis, jicht,...)	14.5%
4. Verlamming van één of meerdere ledematen	2.6%
5. Osteoporose (botontkalking)	7.6%
6. Botbreuken	20.0%
7. Andere	31.7%
N	332

Tabel 265. Ervaring met de verschillende huid- en haaraandoeningen (BIO43) (N=89).

	Percentage
1. Chronische huidaandoening (zoals psoriasis, vitiligo, eczeem,...)	48.5%
2. Acné	19.4%
3. Overmatige beharing op bovenlip, kin, borst	3.7%
4. Haaruitslag volgens een mannelijk patroon	3.9%
5. Andere	35.6%
N	89

Tabel 266. Besnijdenis, bij mannelijke respondenten (BIO44) (N=909).

	Percentage
1. Ja	14.1%
2. Nee	85.9%
N	904

Tabel 267. Leeftijd op het moment van de besnijdenis (BIO45_a) (N=128).

	Leeftijd (in jaren)
Min	0
P25	5
P50	8
P75	14
Max	62
N	114

Tabel 268. Frequentie ochtenderectie, bij mannelijke respondenten (BIO46) (N=909).

	Percentage
1. Nooit	8.6%
2. Zelden	16.7%
3. Soms	36.2%
4. Vaak	26.8%
5. Altijd of bijna altijd	11.8%
N	908

Tabel 269. Contact met een hulpverlener in verband met verandering in seksleven omwille van medische aandoening (BIO47) (N=1825).

	Percentage
1. Ja	11.1%
2. Nee	87.0%
3. Weet ik niet	1.9%
N	1811

2.3.2.5. Gezondheidsrisicofactoren

Vraagomschrijving

Onderstaande, nieuw opgestelde vragen peilen naar gezondheidsrisicofactoren zoals overgewicht, roken, alcohol- en druggebruik en gezondheidsbevorderende factoren zoals fysieke activiteit. Fysieke activiteit in het kader van gezondheid peilt naar alle vormen van beweging in het dagelijkse leven. Deze vragen worden aan alle respondenten voorgelegd.

Mogelijk overgewicht kan gedestilleerd worden uit de BMI-score, te berekenen aan de hand van de formule gewicht (kg) / lengte (cm)², die respectievelijk in vraag BIO2 en BIO1 bevraagd worden (in CAPI-stijl). In vraag BIO61 wordt het rookgedrag van de respondenten bevraagd. Bij respondenten die ervaring hebben met roken (nu of vroeger), wordt in vraag BIO62 gevraagd naar de leeftijd waarop men begon te roken. Vraag BIO63 peilt bij respondenten die gestopt zijn met roken, naar het

aantal jaren dat zij dagelijks hebben gerookt. BIO65 peilt bij diezelfde respondenten naar de leeftijd waarop men is gestopt met roken. Vraag BIO64 peilt bij de huidige en ex-rokers naar het aantal sigaretten dat men per dag rookt of heeft gerookt. Respondenten konden steeds aangeven dat ze nooit dagelijks hebben gerookt (in een extra vraag, BIO64_a). Uit een combinatie van de antwoorden op deze vragen, kan het aantal “pack years” per respondent berekend worden (het aantal pakjes sigaretten per dag x het aantal jaren dat men deze hoeveelheid dagelijks heeft gerookt). Vraag BIO66 peilt naar het aantal eenheden alcohol op een gemiddelde ‘werkweek’ (maandag tot donderdag) terwijl vraag BIO67 peilt naar het aantal eenheden op een gemiddeld weekend (vrijdag tot zondag). De som van de twee geeft het aantal eenheden alcohol weer die een respondent gemiddeld op een week gebruikt. Bovenstaande vragen omtrent rookgedrag en alcoholgebruik worden in CASI-stijl bevraagd. Vraag BIO68 tenslotte peilt naar het gemiddeld aantal dagen per week dat een respondent minimum 10 minuten per dag matig of zwaar beweegt. Vraag BIO69 sluit hierop aan en bevraagt respondenten hoeveel minuten ze op zo’n dag dan aan matige of zware beweging doen. De combinatie van de twee levert het aantal dagen per week op dat men minimum 30 minuten aan matige of zware lichaamsbeweging doet, conform het gezondheids criterium van de Cardio Liga. De twee vragen omtrent fysieke activiteit worden in CAPI-stijl aan respondenten voorgelegd.

Vraag

Bio1. Hoe groot ben je?

ENQ: Gelieve in cm in te vullen

1. /_____/cm
2. *dat weet ik niet (code 9998)*

Bio2. Hoeveel weeg je?

1. /_____/kg
2. *dat weet ik niet (code 9998)*

Bio61. Rook je sigaretten/sigaren/pijp?

1. *Ja*
2. *Nee, nooit gerookt*
3. *Nee, gestopt*

Bio62. Hoe oud was je toen je begon te roken?

..... jaar

Bio63. Hoeveel jaar heb je in totaal dagelijks gerookt?

..... jaar

Ik heb nooit dagelijks gerookt

Bio64. Hoeveel sigaretten/sigaren/pijp rook je gemiddeld per dag?

..... per dag

Ik rook(te) niet dagelijks

Bio65. *Hoe oud was je toen je stopte met roken?*

..... jaar

Bio66. *Hoeveel glazen drink je gemiddeld tijdens een volledige week (maandag tot donderdag)?*

Gemiddeld.....glazen alcohol per week

Bio67. *Hoeveel glazen drink je gemiddeld tijdens een volledig weekend (van vrijdag tot en met zondag)?*

Gemiddeld.....glazen alcohol per weekend

Bio68. *Ik ga je vragen om te denken over de hoeveelheid lichaamsbeweging die je afgelopen week gehad hebt zowel op het werk als in je vrije tijd, tijdens je verplaatsingen etc. Indien afgelopen week een uitzondering vormde in jouw normale fysieke activiteit, denk dan aan een gemiddelde week.*

Op hoeveel dagen in de week doe je minstens 10 minuten aan een stuk aan matige of zwaardere lichaamsbewegingen ?

Matige lichaamsbeweging: stevig wandelen waarbij je begint te zweten, poetsen, dragen van lichte lasten, fietsen, lichte sporten zoals dubbelspel bij tennis, dansen etc. Normaal wandelen of stappen hoort hier niet bij.

Zware lichaamsbeweging: zwaar tilwerk, spitten, aerobics, joggen, sporten, wielrennen, zwemmen etc.

1. geen matige of zware fysieke activiteiten

2. dagen per week

Bio69. *Hoeveel tijd besteed je op zo een dag gewoonlijk aan matige of zware fysieke activiteiten ?*

uur minuten / dag

Als de respondent niet kan antwoorden op de vraag omdat de tijdsbesteding van dag tot dag enorm varieert, vraag dan:

“Hoeveel tijd heb je in het totaal gespendeerd aan matige of zware fysieke activiteit tijdens de afgelopen 7 dagen?”

uur minuten / week

Motivering

Gezondheidsrisicofactoren zoals roken, overgewicht, alcohol- en druggebruik zijn geassocieerd met chronische ziekten zoals diabetes, hart en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden op lange termijn maar oefenen op zich ook al een invloed uit

op het seksueel functioneren. Zo toonde recent onderzoek aan dat obese vrouwen en mannen minder seksuele partners hadden in het afgelopen jaar en dat obese vrouwen meer ongewenste zwangerschappen hadden (Bajos, Wellings, Laborde & Moreau, 2010). Obesitas is ook bij jonge mannen geassocieerd met erectiele dysfunctie (Andersen, Heitmann & Wagner, 2008).

Chronisch nicotinegebruik is geassocieerd met erectiestoornissen door onder andere de nefaste invloed van nicotine op de endotheelwand van de bloedvaten. Echter, ook acuut nicotinegebruik interfereert met de seksuele functie door enerzijds een vermindering in de fysiologische mechanismen van seksuele opwinding en anderzijds een daling in de subjectieve gewaarwording van seksuele opwinding (Harte & Meston, 2008).

Alcoholmisbruik en druggebruik zijn eveneens nefast voor de algemene gezondheid maar zijn daarenboven ook belangrijke determinanten van seksueel risicogedrag (Tapert, Aarons, Sedlar & Brown, 2001). Preventie van dit risicogedrag is van groot maatschappelijk belang en heeft onder andere tot doel hiv-infecties en ongewenste zwangerschappen te voorkomen en het risico op andere seksueel overdraagbare aandoeningen te verminderen. Het blijft dan ook een maatschappelijk belangrijke onderzoeksvraag om meer inzicht te krijgen in de biopsychosociale context van dit risicogedrag.

Ook fysieke activiteit blijkt verband te houden met seksueel functioneren. Zo vonden Martin et al. (2012) dat onvoldoende fysieke activiteit samenhangt met verminderd seksueel verlangen en milde erectiestoornissen bij mannen tussen 35 en 80 jaar oud. Mialon en collega's (2012) vonden verder bij jongvolwassen mannen een verband tussen maten van fysieke activiteit en premature ejaculatie. Bij vrouwen vonden Christensen et al. (2011) geen verband tussen seksuele disfuncties en mate van fysieke activiteit. Fysieke inactiviteit was echter zowel bij vrouwen als bij mannen geassocieerd met seksuele inactiviteit het afgelopen jaar.

Resultaten

Tabel 270. Lengte, in centimeter (BIO1) (N=1825).

	Lengte (in cm)
Min	145
P25	164
P50	170
P75	178
Max	202
N	1802

Tabel 271. Gewicht, in kilogram (BIO2) (N=1825).

	Gewicht (in kg)
Min	37
P25	62
P50	72
P75	82
Max	140
N	1810

Tabel 272. Roken of ooit gerookt hebben (BIO61) (N=1825).

	Percentage
1. Ja	26.4%
2. Nee, nooit gerookt	51.1%
3. Nee, gestopt	22.5%
N	1825

Tabel 273. Leeftijd waarop rokers en ex-rokers begonnen te roken (BIO62) (N=893).

	Leeftijd (in jaren)
Min	7
P25	14
P50	16
P75	18
Max	53
N	836

Tabel 274. Al dan niet dagelijks roken, bij ex-rokers en rokers (BIO64_A) (N=893).

	Percentage
EX-ROKER	
1. Ik rookte niet dagelijks	10.0%
2. Ik rookte dagelijks	36.1%
HUIDIGE ROKER	
3. Ik rook niet dagelijks	9.0%
4. Ik rook dagelijks	45.0%
N	893

Tabel 275. Aantal jaren dagelijks gerookt, bij ex-rokers (BIO63) (N=411).

	Aantal jaren
Min	1
P25	8
P50	15
P75	29
Max	60
N	312

Tabel 276. Aantal sigaretten per dag, bij dagelijkse ex-rokers en rokers (BIO64) ($N=725$).

Aantal sigaretten	
Min	1
P25	10
P50	15
P75	20
Max	70
<i>N</i>	695

Tabel 277. Leeftijd waarop ex-rokers zijn gestopt met roken (BIO65) ($N=411$).

Leeftijd (in jaren)	
Min	12
P25	23
P50	31
P75	42
Max	74
<i>N</i>	397

Tabel 278. Aantal eenheden alcohol per week (BIO66) ($N=1825$).

Aantal eenheden alcohol	
Min	0
P25	0
P50	2
P75	5
Max	60
<i>N</i>	1726

Tabel 279. Aantal eenheden alcohol per weekend (BIO67) ($N=1825$).

Aantal eenheden alcohol	
Min	0
P25	1
P50	2
P75	5
Max	52
<i>N</i>	1774

Tabel 280. Aantal dagen per week minimum 10 minuten matige of zware fysieke activiteit (BIO68) ($N=1825$).

	Aantal dagen/week
Min	0
P25	1
P50	4
P75	6
Max	7
N	1825

Tabel 281. Aantal minuten per dag matige of zware fysieke activiteit, bij respondenten die minimum één dag per week minimum 10 minuten fysiek actief zijn (BIO69) ($N=1460$).

	Aantal minuten/dag
Min	0
P25	60
P50	90
P75	210
Max	915
N	1445*

* 6 van de 15 respondenten die op deze vraag geen antwoord gaven, gaven wel een antwoord op de vraag “hoeveel tijd besteedde je de afgelopen 7 dagen aan matige of zware fysieke activiteit?”

2.3.2.6. Medicatiegebruik

Vraagomschrijving

Onderstaande, nieuw opgestelde vragen peilen naar medicatiegebruik en de zelf gepercipieerde invloed van medicatie op seksueel functioneren. De vragen BIO48 (medicatiegebruik van de afgelopen maand), BIO48_O (gebruik van hormonale medicatie afgelopen maand, een open vraag), BIO49 (gebruik van middelen om het seksueel functioneren te verbeteren het afgelopen jaar, een open vraag) en BIO51 (gestopt zijn met het gebruik van een middel omwille van seksuele bijwerkingen het afgelopen jaar) worden aan alle respondenten voorgelegd. De vragen BIO50, BIO52 en BIO53 zijn verdere specificaties van dit middelengebruik. Zo bevraagt BIO52 het soort middel waarmee de respondent is gestopt. Vraag BIO50 en vraag BIO53 peilen bij respondenten die ‘ja’ antwoordden op vraag BIO49 of vraag BIO51 respectievelijk, naar het seksuele effect van het starten of het stoppen met dat middel. Al deze vragen worden in CASI-stijl aan respondenten aangeboden.

De open vraag omtrent medicatiegebruik (BIO_med) tenslotte voorziet ruimte voor de interviewer om alle belangrijke medicatie die een respondent de afgelopen maand heeft gebruikt, neer te schrijven. Dit is vooral van belang voor de interpretatie van

de opgemeten testosteron- en cortisolwaarden in het speeksel (cfr. infra). Deze vraag wordt gesteld aan het einde van het interview.

Vraag

Bio48. Heb je de afgelopen maand één van de volgende middelen gebruikt ? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

1. slaapmiddelen
2. geneesmiddelen tegen depressie
3. kalmeermiddelen of andere geneesmiddelen voor de zenuwen
4. een hormonale behandeling (alle medicatie waarin hormonen vervat zitten en dus ook hormonale anticonceptie zoals de pil, het hormonaal spiraal, de pleister, de vaginale ring enz...)
5. geen van bovenstaande gebruikt

Bio48. O. Welke hormonale geneesmiddelen heb je de afgelopen maand gebruikt (hiermee bedoelen we alle medicatie waarin hormonen vervat zitten en dus ook hormonale anticonceptie zoals de pil, het hormonaal spiraal, de pleister, de vaginale ring enz...)?

.....

Bio49. Heb je in het laatste jaar een voorgeschreven, een vrij te verkrijgen medicijn of een kruidensupplement gebruikt om je seksueel functioneren te verbeteren?

1. Ja, namelijk.....
2. nee

Bio50. Had dit medicijn een positief effect op jouw seksueel functioneren?

1. ja
2. nee

Bio 51. Ben je in het afgelopen jaar omwille van seksuele bijwerkingen (tijdelijk) gestopt of heb je de dosis verlaagd van een voorgeschreven of vrij te verkrijgen medicijn of kruidensupplement?

1. ja
2. nee

Bio 52. Om welk middel ging het?

1.
2. dat weet ik niet

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Bio 53. Heeft het stoppen met het nemen van dit medicijn jouw seksuele functioneren verbeterd?

1. ja
2. nee

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden immers niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

BIO_med. In de informatiefolder werd je gevraagd om een opsomming te maken van alle medicatie die je de afgelopen maand op regelmatige basis hebt ingenomen (elke dag of elke week)? Dit omvat zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven medicatie, vrij te verkrijgen medicatie, vitamines, kruiden – en alternatieve medicatie (zowel pillen, zalven, verstuivers, neusspray, injecties). Ik schrijf die namen nu graag even over. Wij zijn hierin ook geïnteresseerd indien u geen speekselstaal wenst mee te geven.

(ENQ: Noteer, al dan niet tijdens de afname van het speekselstaal, alle namen van medicijnen,... die door de respondent op het bijgeleverde formulier werden ingevuld. Indien de respondent dit niet heeft voorzien, vraag dan om de verpakkingen erbij te halen, zodat deze namen kunnen worden overgeschreven.)

1. Ik heb de afgelopen maand op regelmatige basis volgende medicatie genomen:...
2. Ik neem geen medicatie
3. Ik wil dit liever niet meedelen/tonen

Motivering

Medicatie oefent een invloed uit op de seksuele functie via verschillende biologische mechanismen.

Een eerste groep van vaak gebruikte middelen, zoals de “psychofarmaca” oefenen hun effect uit via het centrale zenuwstelsel. Deze producten, waartoe kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen behoren, hebben een algemeen dempende werking op het centrale zenuwstelsel en remmen zo voor seksualiteit belangrijke functies zoals het waarnemen en verwerken van prikkels, het fantaseren en beleven van emoties. Echter, deze geneesmiddelen kunnen alle fasen van de seksuele responscyclus remmen. Vele antidepressiva zorgen voor een verminderde zin in vrijen, voornamelijk de Selective Serotonine Reuptake Inhibitors (SSRI's) (Clayton et al., 2002). Ook narcotica en genotsmiddelen zoals morfine, codeïne, heroïne en methadon dempen het centrale zenuwstelsel en remmen zo de hele seksuele responscyclus, voornamelijk bij hoge dosissen. Ook kunnen sommige groepen van antihypertensiva, zoals de bètablokkers, een remmende invloed hebben op het zenuwstelsel (Fogari et al., 2004). Een tweede groep geneesmiddelen werkt in op het seksueel functioneren door het beïnvloeden van hormonale serumspiegels. Zo kunnen anti-androgenen als cyproteroneacetaat (die gebruikt worden voor bepaalde medische aandoeningen alsook verwerkt zitten in sommige anticonceptiepillen) de aanmaak en werking van testosteron blokkeren en zorgen langs deze weg voor een daling in onder meer het seksueel verlangen (Appelt & Strauss, 1986).

Resultaten

Tabel 282. Medicatiegebruik afgelopen maand (BIO48) (N=1825).

	Percentage
1. Slaapmiddelen	7.9%
2. Geneesmiddelen tegen depressie	6.1%
3. Kalmeermiddelen of andere geneesmiddelen voor de zenuwen	5.3%
4. Een hormonale behandeling	16.4%
5. Geen van bovenstaande gebruikt	70.1%
N	1772

Tabel 283. Verdeling naar soorten hormonale middelen, bij respondenten die de afgelopen maand een hormonaal middel gebruikten (BIO48_O) (N=292)⁷.

	Percentage
1. Anticonceptie – combinatiepil	55.1%
2. Anticonceptie – intra-uterien	17.1%
3. Anticonceptie – vaginaal	4.8%
4. Anticonceptie – prikpil	1.0%
5. Anticonceptie – transdermaal	0.3%
6. Hormoonsubstitutie - Oestrogenen	7.2%
7. Hormoonsubstitutie - Progestagenen	3.4%
8. Anti-androgenen	2.7%
9. Thyroïdhormoon	1.7%
N	292

Bij de hercodering van open antwoorden op deze vraag (zie deel 3, paragraaf 10.1) werden een aantal, vaak voorkomende, open antwoorden samengenomen in nieuwe antwoordcategorieën.

⁷ 16% van de totale groep respondenten (N=292) heeft een hormonaal middel genoteerd. Van deze 16% geven we de verdeling naar soort hormonale medicatie weer.

Tabel 284. Verdeling naar soorten middelen om het seksueel functioneren te stimuleren, bij respondenten die het afgelopen jaar een seksueel stimulerend middel gebruikten (BIO49) (N=82).

	Percentage
1. PDE-V inhibitor (impotentie)	34.9%
2. Vitamines	19.0%
3. Anticonceptie	14.3%
4. Antidepressiva	6.3%
5. Benzodiazepines	9.5%
6. Anabolica	1.6%
7. Androgenen	1.6%
8. Fertiliteitsbehandeling	1.6%
N	63*

* 4.5% van de respondenten (N=82) antwoordde 'ja' op de vraag naar het gebruik van seksueel stimulerende middelen. Slechts 63 van hen gaven de naam op van het middel die ze gebruiken.

Bij de hercodering van open antwoorden op deze vraag (zie deel 3, paragraaf 10.1) werden een aantal, vaak voorkomende, open antwoorden samengenomen in nieuwe antwoordcategorieën.

Tabel 285. Aanwezigheid van een positief effect van het middel op het seksueel functioneren (BIO50) (N=82).

	Percentage
1. Ja	45.3%
2. Nee	54.7%
N	77

Tabel 286. Afgelopen jaar gestopt met het nemen van medicatie omwille van seksuele bijwerkingen (BIO51) (N=1825).

	Percentage
1. Ja	1.4%*
2. Nee	98.6%
N	1825

* 16 van de 26 respondenten die het afgelopen jaar gestopt zijn met een medicijn omwille van seksuele bijwerkingen (61.5%), gaven ook de naam op van dit medicijn (vraag BIO52). 9 onder hen (34.6%) wisten de naam van het medicijn niet en 1 respondent gaf geen antwoord.

Tabel 287. Gebruik van verschillende soorten medicatie (BIO_med) (N=1825).

	Percentage
1. Anti-hypertensiva (niet bètablokkers)	9.9%
2. Anti-hypertensiva (bètablokkers)	9.7%
3. Pijnmedicatie	9.4%
4. Hypolipemiërende middelen	9.3%
5. Perorale anticonceptie	6.5%
6. Antiaggregentia	5.5%
7. Sedativa (benzodiazepines)	3.4%
8. Antidepressiva (SSRI)	3.3%
9. Antidiabetica	3.0%
10. Antidepressiva (niet SSRI)	1.9%
11. Geslachtshormonen	1.2%
12. Anti-geslachtshormonen	0.4%
13. Sedativa (niet benzodiazepines)	0.4%
14. Niet-perorale anticonceptie	0.2%
15. Andere middelen*	5.5%
N	1825

* Waaronder anti-epileptica, antidiuretica, anti-bacteriële middelen, anti-hypothecodie medicatie...

Bij de hercodering van open antwoorden op deze vraag (zie deel 3, paragraaf 10.1) werden een aantal, vaak voorkomende, open antwoorden samengenomen in nieuwe antwoordcategorieën.

2.3.2.7. Hormoonspiegels en hormoongevoeligheid

Vraagomschrijving

Cortisol is een steroidhormoon, afkomstig van de bijnier. Testosteron is een geslachtshormoon, bij mannen afkomstig van de teelbal en bijnier, bij vrouwen afkomstig van de bijnier en eierstokken. Aangezien Sexpert een grote populatiestudie is, opteerden we voor speekselstalen voor de bepaling van deze hormoonwaarden (zie ook deel 3, paragraaf 7.2). We volgen hierbij het voorbeeld van een grootschalig onderzoek in de Verenigde Staten (Lindau et al., 2007). Speekselstalen zijn immers gemakkelijk uit te voeren, zonder nood aan medisch personeel. Omdat de eiwitten waaraan cortisol en testosteron gebonden zijn, in het bloed te groot zijn om door de speekselklieren te passeren, komt in speeksel hoofdzakelijk de actieve, vrije fractie van deze hormonen voor. We meten daarom de vrije, niet eiwit-gebonden concentraties van deze hormonen in speeksel via de state of the art techniek, liquid chromatography-mass spectrometry (LC-MS/MS) in het Laboratorium Hormonologie van het Universitair

Ziekenhuis Gent⁸.

Daarnaast bepalen we hormoongevoeligheid aan testosteron. De invloed van geslachtshormonen hangt immers af van de structuur van de genen die coderen voor receptor gevoeligheid, bijvoorbeeld het androgeen receptor gen polymorfisme (AR). Het AR-gen is polymorf: stukken van de genetische code worden herhaald in een variabel aantal, wat resulteert in de zogenaamde CAG repeat length (CAG-RL). Het aantal 'herhalingen' bepaalt de gevoeligheid van de androgeenreceptor (Sleddens et al., 1992). Extractie van DNA uit speeksel gebeurt via een speciaal voor speeksel ontwikkeld protocol (adaptatie van DNA Purification from Body Fluid using Gentra Puregene Blood kit protocol, Qiagen Apr 2010). De lengte van de CAG-repeat wordt bepaald via fragmentanalyse en sequenceren in het labo van de dienst Medische Genetica van het Universitair Ziekenhuis Gent.

Respondenten produceren een speekselstaal op de volgende twee manieren, in respectievelijke volgorde.

- o via de 'Salivette' methode (Salivette®, Sarstedt): de respondent kauwt gedurende minstens 1 min op een katoenen watje. Nadien wordt dit watje met geabsorbeerd speeksel terug in het bijhorende opvangbuisje bewaard.
- o via 'passive drooling' methode: speeksel wordt via een rietje in een steriele polypropyleen buisje van 4ml (cryovial, mogelijkheid tot invriezen op -80°C) opgevangen, enkel gebruikmakend van visuele stimuli. Op deze manier vult de respondent 2 buisjes.

Om de effecten van kamertemperatuur op het speeksel te verminderen, worden de stalen meteen na afname op cold packs getransporteerd naar een -20°C diepvriezer, waar ze blijven tot transfer, op droog ijs, naar het laboratorium van het Universitair Ziekenhuis Gent. Ze blijven daar op -80°C bewaard tot de dag van analyse.

Aan deelnemers wordt bij de uitnodigingsbrief al gevraagd om volgende voorzorgsmaatregelen in acht te nemen voor afname: alcohol vermijden vanaf 12 uur voor afname, geen maaltijd meer nuttigen 1 uur voor afname, zuivelproducten, voedsel met hoge suikerwaarde of zuurtegraad en cafeïne vlak voor de afname (dus tijdens het interview) vermijden. Daarnaast wordt de respondent ook gevraagd de tanden niet te poetsen 45 minuten voor de staalafname en geen tandheelkundige ingrepen te ondergaan in de laatste 48 uur voor afname. De interviewer vraagt dit alles na voor de afname en vraagt de respondent tien minuten voor afname de mond te spoelen

8 Om te verifiëren of in speeksel wel degelijk de 'vrije' fractie van deze hormonen gemeten wordt, werden bij mannelijke en vrouwelijke vrijwilligers de bepalingen voor bloed versus speeksel vergeleken. Daaruit bleek dat de correlatie tussen beide bepalingen goed is voor testosteron ($r=0.73$) en zeer goed voor cortisol ($r=0.86$). Qua absolute waarden komen speeksel en bloed perfect overeen voor testosteron (speeksel = $0.72 + 0.99 \times$ bloed) en goed voor cortisol (speeksel = $-0.07 + 0.75 \times$ bloed) waarbij lagere waarden in speeksel versus bloed worden gemeten en aangepaste referentiewaarden voor speeksel dus aangewezen zijn voor 'vrij' cortisol.

met water.

De voorzorgsmaatregelen hebben als doel interferentie van bestanddelen uit het speeksel met de gebruikte analysemethodes te vermijden. Zo kunnen een aantal van deze stoffen de pH van het speeksel doen dalen en zo bacteriële groei doen stijgen, waardoor foute metingen kunnen ontstaan. Ook riskeert het staal contaminatie met bloed als de afname gebeurt binnen bepaalde tijd na tanden poetsen of tandheelkundige ingrepen.

Een professioneel grafisch bureau (Echtgoed) ontwierp een laagdrempelig en duidelijk instructiefilmpje van 3 minuten en 7 seconden, dat dient als gebruikshandleiding voor zowel interviewers als respondenten. Interviewers krijgen ook duidelijke instructies mee omtrent hoe de speekselafname moet verlopen.

Vraag

De respondent krijgt na het interview tijd voor het afstaan van een speekselstaal. De interviewer brengt alle materiaal mee en toont het filmpje. Volgende zaken worden nagevraagd.

- *Behandelingen bij de tandarts minder dan 48u voor de afname*
- *Letsels in de mond aanwezig*
- *Tanden gepoetst minder dan 45 min voor de afname*
- *Alcohol gedronken binnen 12u voor de afname*
- *Roken*
- *Belangrijke maaltijd minder dan 1u voor de afname*
- *Zuivelproducten minder dan 20 min voor de afname*
- *Voedsel met hoger suikerwaarde of zuurtegraad, cafeïne vlak voor de afname*

In het filmpje wordt het volgende uitgelegd (geluidstekst ingelezen door Mevr. Katrijn Van Loo):

“In het Sexpert onderzoek proberen we de seksuele gezondheid van de Vlaming in kaart te brengen. Om dit zo goed mogelijk te doen, hebben we van alle deelnemers twee speekselstalen nodig. Daarnaast vragen we aan elke deelnemer om te kauwen op een wattenrolletje. Het spreekt voor zich dat deze speekselstalen volledig anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden. In dit filmpje geven we tips en instructies voor zowel de deelnemer als de interviewer.

Om de speekselstalen zo zorgvuldig mogelijk te verzamelen, moeten we bepaalde informatie bevragen. Bijvoorbeeld wat en wanneer de respondent nog gegeten of gedronken heeft. De interviewer zal deze antwoorden zorgvuldig registreren. Het interview duurt ongeveer 45 minuten.

De afname van de speekselstalen is heel eenvoudig: tien minuten voor de afname vraagt de interviewer aan de deelnemer om de mond te spoelen met water. De interviewer geeft

het buisje met het wattenrolletje aan de deelnemer. De deelnemer haalt het wattenrolletje uit het buisje en stopt het in de mond en kauwt hierop gedurende een tweetal minuten. Daarna stopt de deelnemer het watje terug in het buisje en sluit het goed af. Vervolgens begint het tweede deel van de afname. De interviewer controleert of de code op de buisjes overeenstemt met het identificatienummer van de deelnemer en geeft de buisjes en het rietje aan de deelnemer. Een zakdoekje bij de hand houden is vaak handig bij verlies van speeksel naast het rietje.

Voor de eigenlijk afname verzamel je speeksel in je mond (het kan helpen om aan je favoriete maaltijd te denken) en dan breng je het speeksel via het rietje in een plastic buisje. Dit herhaal je tot het buisje volledig vol is. Nadien begin je aan het tweede buisje. De meeste mensen doen er niet langer dan 10 minuten over om beide buisjes te vullen, maar het is geen wedstrijd. Neem vooral je tijd. De interviewer noteert het exacte tijdstip wanneer de deelnemer begint met het produceren van het staal en wanneer de twee buisjes gevuld zijn. De dopjes moeten stevig vast gedraaid worden! De speekselafname is nu afgelopen.

De interviewer noteert het exacte tijdstip van vertrek bij de deelnemer. Hij of zij legt de stalen bij hem of haar thuis in de diepvries en noteert het tijdstip van invriezen op -20°C . Het tijdstip van het vertrekken van de stalen naar het labo en het tijdstip van de afgifte van de stalen in het labo, worden zorgvuldig geregistreerd. De laborant registreert de ontvangst van de stalen en vriest deze in op -80°C . De speekselstalen zijn nu klaar om op een later tijdstip gebruikt te worden voor de analyse. Wij danken je voor je aandacht en deelname!”

Motivering

Er zijn talrijke hypothesen over hoe indicatoren van seksuele gezondheid samengaan met geslachtshormonen (zoals testosteron) enerzijds en cortisol (het stresshormoon) anderzijds.

Het is ten eerste algemeen gekend dat testosteron en oestradiol een belangrijke rol spelen in zowel mannelijke als vrouwelijke hersenen (testosteron speelt een belangrijke rol in de genderdifferentiatie van het brein) en dat testosteron wordt omgezet naar oestrogenen. DHEA en DHEA sulfaat, geproduceerd door de bijnier, zijn aanwezig in het bloed met concentraties substantieel hoger dan testosteron of andere androgenen, doch hun functie is niet goed begrepen.

De normale waarde voor totaal testosteron bij mannen is vrij breed, tussen de 320 en 1000 ng/dl. Binnen deze referentiewaarde is er een weinig voorspellende relatie tussen maat voor seksueel verlangen of gedrag. Er wordt aangenomen dat een bepaald niveau van testosteron of een cut-offwaarde bestaat boven dewelke stijging van de testosteronespiegel weinig of geen verschil zal maken naar seksueel verlangen of respons (Nieschlag & Behre, 2012). Er bestaat eveneens een uitgebreide literatuur over het effect van testosteron bij de vrouwen. De rol van testosteron in relatie tot seksualiteit is echter beter begrepen bij mannen dan bij vrouwen, ondanks het feit

dat er veel meer bewijs is in de literatuur betreffende de relatie hormonen en vrouwelijke seksualiteit. Dit reflecteert ook de complexiteit en grotere variatie binnen de data verzameld voor vrouwen. Paradoxaal is tot hiertoe in research over seksualiteit bij de vrouw meer aandacht gegaan naar de rol van testosteron dan naar de rol van oestradiol. Voor een uitgebreide beschrijving van de rol van testosteron in het gedrag van de volwassen vrouw verwijzen we naar het eerder genoemde hoofdstuk in het boek van Nieschlag & Behre, wat een overzicht geeft van de huidige medische literatuur specifiek bij de vrouw.

De rol van testosteron in relatie tot het seksueel functioneren bij zowel mannen als vrouwen, wordt geïllustreerd aan de hand van volgende twee voorbeelden.

Ten eerste wordt de rol van geslachtshormonen bij (seksueel) risicogedrag bij jongeren beschreven in een groeiend aantal studies (Dabs en Morris, 1990; Halpern et al., 1994; Halpern et al. 1998). Deze verschijnselen worden echter niet benaderd vanuit een geïntegreerd biopsychosociaal perspectief.

Een tweede voorbeeld betreft de veronderstelde relatie tussen leeftijd en seksueel functioneren. Androgenen hebben de belangrijkste biologische invloed op verlangen en opwinding bij mannen (zie Meston & Frohlich, 2000) en zouden zoals voorheen vermeld, noodzakelijk zijn voor het volledige scala aan seksuele reacties (Nelson, 2000). Hoewel we weten dat de serumspiegels van androgenen sterk afnemen bij veroudering, is het niet vastgesteld of leeftijdsgerelateerde daling van testosteron bij gezonde mannen bijdraagt tot een verminderde seksuele interesse en seksuele activiteit in de oudere mannelijke bevolking. Plasma testosteron correleert eerder slecht met seksueel verlangen. Toch rapporteerden Tsitouras en collega's (1982) dat ouderen met een hogere seksuele activiteit hoger testosteronniveau hadden dan de mannen met een lagere seksuele activiteit. Verder meldden Schiavi en collega's (1988) dat mannen met hypoactief seksueel verlangen een lagere testosteronspiegel hadden dan de controlegroep. In de European Male Aging Study (EMAS) (Wu et al., 2010) vond men bij 3219 mannen tussen 40 en 79 jaar dat mannen met een lager plasma testosteron een hogere kans hadden op minder ochtenderecties, minder seksuele gedachten en erectiele dysfunctie.

Bij postmenopausale vrouwen is de etiologie van seksuele disfunctie ook mogelijk gerelateerd aan de verminderde niveaus van geslachtshormonen (Davis, Guay, Shifren & Mazer, 2004). Er is evidentie voor een positief effect van hormonale substitutie therapie (HST), zoals oestrogenen, oestrogeen/progesteron en tibolon, op de seksuele disfunctie in de menopauze (Apperloo, van der Stege, Hoek, & Weijmar Schultz, 2003).

Corrigeren voor de gevoeligheid aan androgenen (d.i. de variabiliteit in CAG-'repeats') kan leiden tot een nog betere inschatting van associaties van androgenen met gedrag (Comings et al., 1999; Crabbe et al., 2007) of fenotypische kenmerken zoals spiermassa, virilisatie, acne, hirsutisme of alopecia (Sawaya en Shalita, 1998; Zitzmann and Nieschlag, 2001; Zitzmann, 2008; Walsh et al., 2005).

De normale range van de CAG-repeats is 9 tot 37 en volgt een normale distributie, neigend naar een hoger aantal van herhalingen. Een hoger aantal herhalingen wijst op een verminderde androgeen gevoeligheid. Dit androgeen receptor polymorfisme werd in verband gebracht met het optreden van prostaatontwikkeling en prostaat-aandoeningen, reproductieve functies, botdensiteit, cardiovasculaire risicofactoren, haargroei en er zijn psychologische implicaties. Voor een uitgebreid overzicht verwijzen wij opnieuw naar het boek van Nieschlag & Behre (2012).

De productie van cortisol –het tweede hier beschreven hormoon- is een reactie op nieuwe of stressvolle (sociale) situaties (Halpern et al., 2002) en bereidt het lichaam voor om met die situatie om te gaan of zich terug te trekken uit de situatie indien nodig. Alhoewel studies het verband tussen cortisol reactiviteit – de productie van cortisol ten gevolge van een acute stressor – en symptomen van externalisatie waar- onder seksueel en niet-seksueel risicogedrag (Halpern et al., 2002) – en internalisatie (vb. angst en sociale terugtrekking, Granger et al., 1996) hebben vastgesteld, is er minder geweten over het belang van de variatie in basale niveaus van cortisol.

Brennan en Raine (1997) suggereren dat externaliserend gedrag geassocieerd is met fysiologische ‘underarousal’ – wat leidt tot ‘een gemis aan spanning’, en verveling – en dat men kan verwachten dat lage cortisol waarden bijgevolg geassocieerd zijn met externaliserend probleemgedrag of risicogedrag. Verschillende empirische studies bevestigen het bestaan van dit verband: McBurnett et al. (2000) vonden een negatieve associatie tussen cortisol en adhd, en Van Goozen et al. (2000, 1998) vonden dat jongeren met disruptief gedrag lagere cortisolwaarden hebben dan de controlegroep. Andere studies bevestigen het belang van cortisol met verwante concepten zoals antisociaal gedrag (Flinn & England, 1995; Shirtcliff et al., 2005). De relatie tussen basale cortisol niveaus en seksueel risicogedrag is echter onvoldoende onderzocht.

Resultaten

Tabel 288. Testosteronwaarden, bij mannelijke en vrouwelijke respondenten (ng/dl) (N=909 en 916 respectievelijk).

	Mannen	Vrouwen
Min	0.23	0.01
P25	3.60	0.20
P50	4.84	0.31
P75	6.52	0.47
Max	33.33	5.40
N	645*	637**

* Er werden 665 unieke mannelijke stalen naar het laboratorium hormonologie gebracht. Voor 645 stalen (97%) kon een testosteronbepaling gebeuren.

** Er werden 744 unieke vrouwelijke stalen naar het laboratorium hormonologie gebracht. Voor 637 stalen (85.6%) kon een testosteronbepaling gebeuren.

Tabel 289. Cortisolwaarden, bij mannelijke en vrouwelijke respondenten (µg/dl) (N=909 en 916 respectievelijk).

	Mannen	Vrouwen
Min	0.00	0.01
P25	0.04	0.04
P50	0.07	0.07
P75	0.14	0.12
Max	10.74	0.86
N	645*	640**

* Er werden 665 unieke mannelijke stalen naar het laboratorium hormonologie gebracht. Voor 645 stalen (97%) kon een cortisolbepaling gebeuren.

** Er werden 744 unieke vrouwelijke stalen naar het laboratorium hormonologie gebracht. Voor 640 stalen (86.0%) kon een cortisolbepaling gebeuren.

Tabel 290. CAG-RL (CAG repeat length), bij mannelijke en vrouwelijke⁹ respondenten (N=909 en 916 respectievelijk).

	Mannen	Vrouwen
Min	10	12
P25	20	20.5
P50	21	22
P75	24	23
Max	33	29.5
N	659*	669**

* Er werden 670 unieke mannelijke stalen naar het laboratorium medische genetica gebracht. Voor 659 stalen (98.4%) kon een CAG-RL bepaling gebeuren.

** Er werden 744 unieke vrouwelijke stalen naar het laboratorium medische genetica gebracht. Voor 669 stalen (89,9%) kon een CAG-RL bepaling gebeuren.

2.3.3. Psychologische correlaten

2.3.3.1. Zelfinschatting van mentale gezondheid

Vraagomschrijving

De *Five-Item Mental Health Inventory (MHI-5)* wordt sinds het midden van de jaren 80 gebruikt om een inschatting te maken van mentale gezondheid. De schaal bestaat uit vijf items die de totaalscore van de 38-items tellende *Mental Health Inventory (MHI)* het best kunnen voorspellen en werd uitgebreid gevalideerd (Berwick, Murphy, Goldman, Ware, Barsky & Weinstein, 1992; Ware & Sherbourne, 1991). De

9 Conform andere studies (zie bv. Van Nieuwerburgh, Stoop, Cabri, Dhont, Deforce & De Sutter, 2008) gebruikten we hier het gemiddelde van het aantal CAG-repeats op beide allelen (de twee X-chromosomen).

schaal bevat vragen over de vier grote mentale gezondheidsdimensies (angst, depressie, verlies van gedragsmatige of emotionele controle en psychologisch welbevinden). De items van de MHI vertonen enige overlap met de items die gebruikt worden door de SF-12 (zie 2.3.2.3 Zelfinschatting van fysieke gezondheid), die gebruikt wordt om zelf ingeschatte fysieke gezondheid te meten. De subschaal mentale gezondheid van de SF-12 maakt immers ook gebruik van item 2 en item 4 van de MHI (Berwick et al., 1992). In het huidige onderzoek wordt de MHI voorgelegd aan alle respondenten.

Vraag

Bio8. Deze vragen gaan over hoe je je voelt en hoe het met je ging in de afgelopen 4 weken. Kan je bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe je je voelde? Je kan kaart 29 gebruiken om te antwoorden.

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Voortdurend
1. voelde je je erg zenuwachtig?	1	2	3	4	5	6
2. voelde je je kalm en rustig?	1	2	3	4	5	6
3. zat je zo erg in de put dat niks te kon opvrolijken?	1	2	3	4	5	6
4. voelde je je neerslachtig en somber?	1	2	3	4	5	6
5. voelde je je gelukkig?	1	2	3	4	5	6

Motivering

Deze vragenlijst meet de algemene mentale gezondheid van de respondenten in dit onderzoek. Mentale gezondheid kan een invloed hebben op seksueel functioneren en seksuele gezondheid, maar seksuele gezondheid kan ook een invloed hebben op mentale gezondheid. Vanuit de literatuur over seksuele disfuncties weten we dat fysieke aspecten van seksueel functioneren waarschijnlijk niet zozeer samenhangen met mentale gezondheid, maar het feit dat mensen persoonlijke en interpersoonlijke last ervaren van een verstoring van het seksueel functioneren hangt wel samen met mentale gezondheid (Bancroft, Loftus & Long, 2003). Door het concept ‘mentale gezondheid’ te meten, kunnen we nagaan of ditzelfde verband ook geldt voor andere fysieke en emotionele aspecten van seksuele gezondheid.

Resultaten

Tabel 291. Zelfinschatting van mentale gezondheid afgelopen vier weken (Bio8) (N=1825)

	Nooit	Soms	Vaak	Meestal	Voortdurend	N
1. Voelde je je erg zenuwachtig?	30.1	32.6	11.8	2.8	1.3	1824
2. Voelde je je kalm en rustig?	8.3	20.6	22.5	38.1	8.3	1825
3. Zat je zo erg in de put dat niks je kon opvrolijken?	16.1	7.7	2.2	0.9	0.2	1825
4. Voelde je je neerslachtig en somber?	24.3	14.1	3.1	0.6	0.4	1825
5. Voelde je je gelukkig?	3.4	11.6	20.4	49.5	14.7	1823

2.3.3.2. Attitudes en overtuigingen

Vraagomschrijving

Met deze vragen peilen we naar een aantal attitudes en houdingen die relevant zijn in een onderzoek naar seks en seksualiteit. In vraag AO1 peilen we naar de mate waarin mensen vrij moeten gelaten worden om seks te hebben buiten een relatie of het recht op abortus. In vraag AO2 vragen we naar de leeftijd waarop de respondenten vinden dat mensen seks mogen hebben. Vraag AO3 meet de mate van homonegativiteit. Voor deze vraag baseren we ons op homonegativiteitsschaal van van Wijk, van de Meerendonk, Bakker en Vanwesenbeeck (2005). Zij maken een onderscheid tussen traditionele en moderne homonegativiteit. De traditionele variant verwijst dan naar vrij extreme negatieve houdingen ten opzichte van holebi's die het gevolg zijn van moralistische (vaak religieuze) ideeën en misvattingen over homoseksualiteit. In de huidige samenleving komt deze vorm echter steeds minder voor, terwijl een meer subtiele negatieve houding ten opzichte van homoseksualiteit ontstaat (moderne homonegativiteit) (Raja & Stokes, 1998). Van Wijk et al. (2005) gebruiken 16 items om homonegativiteit te bevragen. Hiervan hebben we er een aantal geselecteerd. Items 1, 2, 3, 4, 5 en 6 hebben we ook aangepast om ervoor te zorgen dat er niet enkel naar lesbiennes of homoseksuele mannen werd verwezen, maar wel naar holebi's. Items 1, 2 en 3 meten moderne homonegativiteit, terwijl items 4, 5 en 6 de traditionele variant in kaart brengen. Voor beide subschalen berekenen we het gemiddelde om tot een score voor respectievelijk moderne en traditionele homonegativiteit te komen. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

AO1. Kan je voor elk van de volgende uitspraken aangeven in welke mate je het er mee eens bent?	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Men moet elkaar in een vaste relatie vrijlaten om seksueel contact met een derde te hebben.	1	2	3	4	5
2. Pas als mensen een vaste relatie hebben, mogen ze met elkaar naar bed.	1	2	3	4	5
3. Masturbatie is niet goed te praten.	1	2	3	4	5
4. Prostitutie is verwerpelijk.	1	2	3	4	5
5. Vrouwen moeten zich op het gebied van seks terughoudender gedragen dan mannen.	1	2	3	4	5
6. Vrouwen hebben het recht om voor abortus te kiezen	1	2	3	4	5
7. Ik vind het ongepast voor senioren om seks te hebben	1	2	3	4	5
8. Wanneer een meisje of vrouw zich uitdagend kleedt, vraagt ze om seks.	1	2	3	4	5
9. Ik vind dat de wet moet bepalen vanaf welke leeftijd iemand seks mag hebben.	1	2	3	4	5

AO2. Vanaf welke leeftijd vind je dat iemand seks mag hebben?

.... Jaar (open antwoord, numeriek - AO2_freq)

Mensen mogen zelf kiezen vanaf wanneer ze seks hebben

AO3. Kan je aangeven in welke mate je het eens bent met elk van de volgende uitspraken?	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Er is in het algemeen teveel aandacht voor homoseksualiteit	1	2	3	4	5
2. Holebi's moeten niet zo overdrijven	1	2	3	4	5
3. Als holebi's net zo behandeld willen worden als iedereen, moeten ze niet zo veel drukte maken over hun seksuele voorkeur	1	2	3	4	5
4. Holebi's zijn abnormaal	1	2	3	4	5
5. Kinderen in België zouden moeten leren dat het normaal is om holebi te zijn	1	2	3	4	5
6. Ik vind dat gelijke rechten voor holebi's een bedreiging zijn voor onze normen en waarden	1	2	3	4	5

Motivering

Homonegatieve attitudes gaan vaak samen met het hanteren van een traditionele genderideologie. Dit laatste verwijst dan naar de overtuiging dat er strikte genderrollen zijn (bv. meisjes moeten zich onderdanig gedragen, jongens moeten stoer zijn) (Dewaele, Cox, Dhaenens & Vincke, 2009). Er is weinig geweten over het samengaan van homonegativiteit en een traditionele genderideologie, en indicatoren van

seksuele gezondheid. Daarnaast kunnen deze attitudes mogelijk bepalen, welke seksuele praktijken en –identiteiten personen als aanvaardbaar vinden. Daarom wensen we deze attitudes in kaart te brengen.

Resultaten

Tabel 292. Attitudes ten opzichte van seks (AO1) (N = 1825)

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Men moet elkaar in een vaste relatie vrijlaten om seksueel contact met een derde te hebben.	68.1%	16.5%	9.0%	4.0%	2.4%
2. Pas als mensen een vaste relatie hebben, mogen ze met elkaar naar bed.	34.2%	24.2%	14.5%	15.6%	11.1%
3. Masturbatie is niet goed te praten.	66.7%	17.0%	11.4%	3.2%	2.7%
4. Prostitutie is verwerpelijk.	34.8%	21.9%	25.1%	8.1%	10.1%
5. Vrouwen moeten zich op het gebied van seks terughoudender gedragen dan mannen.	55.3%	21.7%	14.0%	6.2%	2.9%
6. Vrouwen hebben het recht om voor abortus te kiezen	10.1%	6.5%	15.8%	27.2%	40.3%
7. Ik vind het ongepast voor senioren om seks te hebben	73.9%	14.2%	8.4%	1.6%	1.9%
8. Wanneer een meisje of vrouw zich uitdagend kleedt, vraagt ze om seks.	36.1%	26.6%	19.9%	13.1%	4.3%
9. Ik vind dat de wet moet bepalen vanaf welke leeftijd iemand seks mag hebben.	38.0%	21.7%	19.1%	15.4%	5.8%
N	1801				

Tabel 293. Attitudes over leeftijd waarop men eerste keer seks mag hebben (AO2) (N = 1825)

	Percentage
Mensen mogen kiezen vanaf wanneer ze seks hebben	49.3%
12 jaar	0.4%
13 jaar	0.3%
14 jaar	4.7%
15 jaar	7.6%
16 jaar	23.9%
17 jaar	4.5%
18 jaar	8.1%
19 jaar	0.1%
20 jaar	0.8%
21 jaar	0.2%
N	1796

Tabel 294. Homonegativiteit (AO3) (N = 1825)

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Er is in het algemeen teveel aandacht voor homoseksualiteit	23.4%	22.9%	29.9%	15.3%	8.5%
2. Holebi's moeten niet zo overdrijven	19.6%	18.0%	30.9%	22.4%	9.1%
3. Als holebi's net zo behandeld willen worden als iedereen, moeten ze niet zo veel drukte maken over hun seksuele voorkeur	15.9%	15.0%	25.8%	29.7%	13.6%
4. Holebi's zijn abnormaal	53.7%	20.5%	16.4%	5.7%	3.7%
5. Kinderen in België zouden moeten leren dat het normaal is om holebi te zijn	14.4%	12.1%	27.9%	25.2%	20.4%
6. Ik vind dat gelijke rechten voor holebi's een bedreiging zijn voor onze normen en waarden	48.1%	19.8%	19.9%	7.7%	4.4%
N	1790				

2.3.3.3. Uiterlijk

Vraagomschrijving

Vraag UZ2 peilt naar het lichaamsbeeld van respondenten in de voorbije week. De vragenlijst is een aangepaste, gereduceerde en vertaalde vorm van de *Body Image Scale* (BIS; Hopwood, Fletcher, Lee, & Al Ghazal, 2001) die werd opgesteld voor kankerpatiënten. We kiezen ook voor een uitbreiding van de antwoordalternatieven van een vierpunten- naar een vijfpunten-Likert type schaal (variërend van 'helemaal niet' tot 'helemaal wel'). De aangepaste versie van de BIS bevat negenitems die fysieke en seksuele aantrekkelijkheid, tevredenheid over uiterlijk wanneer gekleed/naakt, tevredenheid met het lichaam, integriteit van het lichaam en vermijding van mensen meet. Alle items worden gescoord van nul (helemaal niet) tot vier (helemaal wel), wat een totaalscore van 0 – 45 geeft. Hogere scores duiden op een hoger negatief lichaamsbeeld (Hopwood et al., 2000).

Vraag UZ7 peilt naar de perceptie van anderen over de kledij van de respondent. Aan de hand van drie items bevragen we in welke mate de respondent het eens is over uitspraken rond opvallende kledingstijl, keuzevrijheid in de eigen kledij en commenten over de eigen kledij. De respondenten kunnen aangeven in welke mate ze het eens zijn met drie stellingen op een vijfpuntenschaal van het Likert type (variërend van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'). Alle respondenten beantwoorden deze vragen over lichaamsbeeld en kledij. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

UZ2. Met de volgende vragen willen we nagaan hoe jij je voelt over jouw uiterlijk. Ge-
lieve elke vraag zorgvuldig te lezen en vervolgens aan te geven welk antwoord het gevoel
dat je de voorbije week over jezelf had het best weergeeft.

	Helemaal niet	Eerder niet	Noch niet, noch wel	Eerder wel	Helemaal wel
1. Heb je je verlegen gevoeld over je uiterlijk?	1	2	3	4	5
2. Heb je je minder aantrekkelijk gevoeld?	1	2	3	4	5
3. Ben je ontevreden geweest met je uiterlijk wanneer je was aangekleed?	1	2	3	4	5
4. Heb je je minder mannelijk gevoeld? Heb je je minder vrouwelijk gevoeld?	1	2	3	4	5
5. Vond je het moeilijk om jezelf naakt te zien?	1	2	3	4	5
6. Heb je je seksueel minder aantrekkelijk gevoeld?	1	2	3	4	5
7. Heb je mensen vermeden omwille van hoe je je voelde over je uiterlijk?	1	2	3	4	5
8. Heb je het gevoel gehad dat je lichaam minder in evenwicht was?	1	2	3	4	5
9. Heb je je ontevreden gevoeld met je lichaam?	1	2	3	4	5

UZ7. Ik zal je tot slot nog enkele uitspraken voorlezen omtrent jouw kledij en uiterlijk.
In welke mate ben je het eens of oneens met volgende uitspraken?

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Ik krijg vaak de reactie van anderen dat ik erg opvallend gekleed ben.	1	2	3	4	5
2. Ik heb het gevoel de keuze te heb- ben om me te kleden zoals ik wil	1	2	3	4	5
3. Ik krijg vaak complimenten over de manier waarop ik gekleed ben.	1	2	3	4	5

Motivering

Wanneer personen zich niet gemakkelijk voelen ten opzichte van hun eigen lichaam kan de seksualiteitsbeleving op verschillende vlakken in het gedrang komen. Men-
sen met een negatief lichaamsbeeld gaan vaker seks vermijden (La Rocque & Cioe,
2011), ervaren vaker seksuele problemen en een lage seksuele tevredenheid (Sanchez
& Kiefer, 2007; Pujols, Seal, & Meston, 2010) dan personen met een positiever
lichaamsbeeld.

Uit onderzoek van Sanchez en Kiefer (2007) blijkt dat relatief meer vrouwen dan mannen zich zorgen maken over hun uiterlijk. Het lichaamsbeeld blijkt een directe impact te hebben op seksueel functioneren en een indirecte impact op seksuele tevredenheid. Hoewel meer vrouwen dan mannen met een negatief zelfbeeld kampen, blijkt de negatieve impact van een negatief lichaamsbeeld op seksualiteit hetzelfde te zijn voor vrouwen als voor mannen.

Resultaten

Tabel 295. Gevoel over uiterlijk de voorbije week (UZ2) (N=1825)

	Helemaal niet	Eerder niet	Noch niet, noch wel	Eerder wel	Helemaal wel	N
1. Heb je je verlegen gevoeld over je uiterlijk?	43.3%	24.7%	11.8%	17.5%	2.7%	1818
2. Heb je je minder aantrekkelijk gevoeld?	36.3%	25.4%	14.0%	20.9%	3.5%	1818
3. Ben je ontevreden geweest met je uiterlijk wanneer je was aangekleed?	40.4%	28.1%	13.0%	15.2%	3.3%	1817
4. Heb je je minder mannelijk/vrouwelijk gevoeld?	54.6%	27.3%	10.0%	6.4%	1.7%	1816
5. Vond je het moeilijk om jezelf naakt te zien?	54.7%	22.8%	9.6%	9.2%	3.6%	1813
6. Heb je je seksueel minder aantrekkelijk gevoeld?	45.1%	26.8%	11.6%	13.2%	3.3%	1810
7. Heb je mensen vermeden omwille van hoe je je voelde over je uiterlijk?	62.8%	21.7%	7.4%	5.9%	2.2%	1816
8. Heb je het gevoel gehad dat je lichaam minder in evenwicht was?	45.8%	22.7%	11.5%	16.1%	3.9%	1809
9. Heb je je ontevreden gevoeld met je lichaam?	42.0%	23.5%	11.4%	17.4%	5.7%	1821

Tabel 296. Perceptie van anderen over kledij van de respondent (UZ7) (N=1825)

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Ik krijg vaak de reactie van anderen dat ik erg opvallend gekleed ben.	51.3%	24.4%	17.1%	5.5%	1.7%	1811
2. Ik heb het gevoel de keuze te hebben om me te kleden zoals ik wil.	4.6%	3.3%	7.3%	33.2%	51.6%	1815
3. Ik krijg vaak complimenten over de manier waarop ik gekleed ben.	10.2%	9.4%	31.1%	36.1%	13.0%	1804

2.3.3.4. Faciliterende en inhiberende factoren

Vraagomschrijving

Aan respondenten die de afgelopen zes maanden seksueel actief zijn geweest, vragen we enkele factoren na die mogelijk verband houden met het seksueel functioneren.

De respondenten geven voor elk van deze factoren aan in welke mate deze de afgelopen zes maanden seks beter of gemakkelijker, of net slechter of moeilijker maakten. We bevragen deze variabele in CASI.

Vraag

UZ3. Hieronder geven we verschillende factoren die verband kunnen houden met iemands seksueel functioneren. Kan je aangeven in welke mate je de voorbije zes maanden vond dat één of meerdere van deze factoren een rol speelde met betrekking tot jouw seksleven? Geef aan in welke mate een factor seks beter of gemakkelijker of net slechter of moeilijker maakt? Als er bepaalde zaken voor jou niet van toepassing zijn, dan kan je dit ook aangeven.

	Maakt seks veel slechter of moeilijker voor mij	Maakt seks een beetje slechter of moeilijker voor mij	Speelt voor mij geen of nauwelijks een rol	Maakt seks een beetje beter of gemakkelijker voor mij	Maakt seks veel beter of gemakkelijker voor mij	Niet van toepassing
1. Tijd vrij maken voor seks	1	2	3	4	5	6
2. Met mijn partner weg van huis zijn (bijvoorbeeld op vakantie)	1	2	3	4	5	6
3. Stress hebben van dingen buiten de relatie en gezin	1	2	3	4	5	6
4. Romantiek / een romantische sfeer	1	2	3	4	5	6
5. Zorg voor de kinderen (bijvoorbeeld 's nachts moeten opstaan)	1	2	3	4	5	6
6. Ruzie hebben met mijn partner	1	2	3	4	5	6
7. Aan iemand anders denken dan de persoon waarmee ik seks heb	1	2	3	4	5	6
8. Een belangrijke of ingrijpende gebeurtenis (bijvoorbeeld net een huis gekocht, een nieuwe job,...)	1	2	3	4	5	6

Motivering

We gaan er van uit dat bepaalde interactionele en externe factoren een invloed kunnen hebben op het seksueel functioneren van mensen. We selecteerden acht factoren die naar onze mening het seksueel functioneren kunnen beïnvloeden. Deze invloed kan bovendien verschillen tussen mensen: waar een bepaalde factor voor de ene persoon seks vergemakkelijkt, kan diezelfde factor bij een andere persoon seks bemoeilijken.

Resultaten

Tabel 297. Faciliterende en inhibiterende factoren om seks te hebben, bij respondenten die de afgelopen zes maanden seks hebben gehad (UZ3) ($N = 1323$)

Maakt seks..	veel slechter of moeilijker	Een beetje slechter of moeilijker	Speelt voor mij geen of nauwelijks een rol	Een beetje beter of gemakkelijker	Veel beter of gemakkelijker	Niet van toepassing
1. Tijd vrij maken voor seks	3.5%	6.7%	35.9%	15.9%	25.1%	12.8%
2. Met mijn partner weg van huis zijn (bijvoorbeeld op vakantie)	2.7%	2.3%	31.1%	21.4%	32.0%	10.5%
3. Stress hebben van dingen buiten de relatie en gezin	17.4%	33.8%	33.5%	4.1%	2.0%	9.1%
4. Romantiek / een romantische sfeer	1.3%	1.8%	15.1%	30.5%	47.4%	3.9%
5. Zorg voor de kinderen (bijvoorbeeld 's nachts moeten opstaan)	14.4%	23.1%	21.2%	1.6%	1.2%	38.5%
6. Ruzie hebben met mijn partner	42.9%	29.7%	14.2%	1.8%	1.2%	10.2%
7. Aan iemand anders denken dan de persoon waarmee ik seks heb	14.0%	10.6%	31.7%	9.1%	3.8%	30.8%
8. Een belangrijke of ingrijpende gebeurtenis (bijvoorbeeld net een huis gekocht, een nieuwe job,...)	8.8%	15.6%	42.7%	8.4%	5.4%	19.1%
N	1318					

2.3.3.5. Seksuele inhibitie/excitatie

Vraagomschrijving

De Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales (SIS/SES; Janssen, Vorst, Finn & Bancroft, 2002) bevat 45 items en is ontworpen om de neiging tot seksuele inhibitie en de neiging tot seksuele excitatie van een individu na te gaan. De SIS/SES is geschikt voor zowel voor mannen (Janssen et al., 2002) als vrouwen (Sanders et al., 2008). De SES/SES bevat drie factoren: één voor seksuele excitatie (SES) en twee inhibitie-gerelateerde factoren (SIS1, dreiging van het niet kunnen presteren en SIS2, dreiging van de gevolgen van het (niet-)presteren). Wij verkozen de verkorte versie van 14 items te gebruiken (Janssen, et al., 2010): The Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales - Short Form (*SIS/SES-SF*), ontworpen door Carpenter, Janssen, Graham, Vorst & Wicherts (2010). De korte versie representeert het drie-factorenmodel voor zowel mannen als vrouwen.

De respondenten geven aan in welke mate ze het eens zijn met een aantal stellingen op een vijfpuntenschaal van het Likert type (variërend van ‘helemaal oneens’ tot ‘helemaal eens’). Om de SIS/SES – SF te scoren moeten alle items eerst hergecodeerd worden zodat 1= ‘helemaal oneens, 2= ‘eerder oneens’, 3= ‘noch eens, noch oneens’, 4 = ‘eerder eens’, en 5=’helemaal eens’. Vervolgens tellen we de scores samen van items 1, 3, 8, 10, 11, en 14 voor de SES-schaal en maken we een som van de scores van items 4, 9, 12 en 13 voor SIS1 en de scores van items 2, 5, 6 en 7 voor SIS2. Ontbrekende data kunnen verwerkt worden door deze te vervangen door de gemiddelde score van de andere items van de zelfde subschaal, maar de voorkeur wordt gegeven om zich te ontdoen van de ontbrekende data. Scores op de SES schaal kunnen variëren van 6-30, scores op SIS1 en SIS2 variëren van 4-20. Enkel seksueel ervaren respondenten wordt gevraagd deze items te beantwoorden. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

UZ2. Hieronder vind je stellingen over hoe mensen kunnen reageren op verschillende seksuele situaties. Kan je voor elke situatie aangeven wat voor jou de meest waarschijnlijke reactie zou zijn? Indien je het gevoel hebt dat iets (nog) niet van toepassing is op jou, beeld je dan in hoe jij het meest waarschijnlijk zou reageren.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Wanneer een seksueel aantrekkelijke vreemde me per ongeluk aanraakt, word ik gemakkelijk opgewonden.	1	2	3	4	5
2. Als ik seks heb op een afgelegen plaats in openlucht en ik denk dat iemand in de buurt is, dan is het onwaarschijnlijk dat ik erg opgewonden zal geraken.	1	2	3	4	5
3. Wanneer ik telefoneer met iemand die een sexy stem heeft, dan word ik seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5
4. Ik kan niet opgewonden worden tenzij ik enkel focus op seksuele stimulatie.	1	2	3	4	5
5. Als ik aan het masturberen ben en ik heb het gevoel dat iemand kan binnenvallen, dan zal ik mijn erectie/mijn seksuele opwindning verliezen.	1	2	3	4	5
6. Als ik me ervan bewust ben dat ik kans loop om een seksueel overdraagbare ziekte op te lopen, dan is het onwaarschijnlijk dat ik seksueel opgewonden zal blijven.	1	2	3	4	5
7. Als ik door anderen gezien kan worden terwijl ik seks heb, is het onwaarschijnlijk dat ik seksueel opgewonden zal blijven.	1	2	3	4	5
8. Wanneer ik aan een zeer aantrekkelijke persoon denk, word ik gemakkelijk seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5

9. Eens ik seksueel opgewonden ben (stijve penis heb, vochtig/nat ben), wil ik onmiddellijk aan seks beginnen voordat ik mijn opwindingsverlies.	1	2	3	4	5
10. Wanneer ik begin te fantaseren over seks, dan word ik snel seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5
11. Wanneer ik anderen seks zie hebben, heb ik ook zin in seks.	1	2	3	4	5
12. Wanneer ik een afleidende gedachte heb, verlies ik gemakkelijk mijn erectie/mijn opwindingsverlies.	1	2	3	4	5
13. Als ik afgeleid word door het horen van muziek, televisie of een gesprek, dan is het onwaarschijnlijk dat ik opgewonden blijf.	1	2	3	4	5
W 14. Wanneer een aantrekkelijk persoon met mij flirt, word ik gemakkelijk seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5

Motivering

Het ‘Dual Control Model’, ontworpen door Bancroft (1999) en Bancroft & Jansen (2000), stelt dat seksuele opwindingsverlies en seksuele respons een product zijn van een evenwicht tussen inhibitorische en excitatorische mechanismen in het centraal zenuwstelsel. De neiging tot inhibitie en de neiging tot excitatie zijn onafhankelijk van elkaar en variëren van persoon tot persoon. Het is een state-trait-model, maar het meeste onderzoek richtte zich tot nu toe op de trek-dimensie van het model. Het model stelt dat seksuele inhibitie en excitatie voor de meerderheid van de bevolking een adaptief mechanisme is. Het helpt ons om bedreigende of seksueel risicovolle situaties te vermijden. Een verstoring in dit mechanisme - wanneer inhibitie en/of excitatie te sterk of te zwak aanwezig zijn - kan disfunctioneel zijn (Carpenter et al., 2008). Meer concreet wordt verondersteld dat een heel hoge neiging tot seksuele inhibitie (en een lage voor seksuele excitatie) samengaat met een verhoogde kans op een seksuele disfunctie. Een lage neiging tot seksuele inhibitie (gecombineerd met een hoge neiging tot seksuele excitatie) zou dan weer het risico op seksueel risicogedrag verhogen. Gezien seksueel risicogedrag en seksuele disfuncties een indicator vormen voor een lagere seksuele gezondheid, is het belangrijk het ontstaan van deze problemen beter te begrijpen. Het Dual Control Model biedt mogelijkheden om deze seksuele gezondheidsproblemen beter te begrijpen, zodat we de preventie en behandeling ervan kunnen verbeteren.

Resultaten

Tabel 298. Seksuele excitatie en seksuele inhibitie bij seksueel ervaren respondenten, bij respondenten met seksuele ervaring (UZ2) (N=1691)

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Wanneer een seksueel aantrekkelijke vreemde me per ongeluk aanraakt, word ik gemakkelijk opgewonden.	34.5%	24.6%	18.7%	18.1%	4.1%	1668
2. Als ik seks heb op een afgelegen plaats in openlucht en ik denk dat iemand in de buurt is, dan is het onwaarschijnlijk dat ik erg opgewonden zal geraken.	25.2%	23.8%	17.8%	19.9%	13.4%	1619
3. Wanneer ik telefoneer met iemand die een sexy stem heeft, dan word ik seksueel opgewonden.	54.0%	24.9%	12.9%	6.4%	1.7%	1670
4. Ik kan niet opgewonden worden tenzij ik enkel focus op seksuele stimulatie.	40.9%	28.3%	16.8%	9.9%	4.0%	1644
5. Als ik aan het masturberen ben en ik heb het gevoel dat iemand kan binnenvallen, dan zal ik mijn erectie/mijn seksuele opwinding verliezen.	21.6%	19.4%	16.0%	24.3%	18.7%	1555
6. Als ik me ervan bewust ben dat ik kans loop om een seksueel overdraagbare ziekte op te lopen, dan is het onwaarschijnlijk dat ik seksueel opgewonden zal blijven.	17.1%	8.3%	13.5%	17.8%	43.2%	1571
7. Als ik door anderen gezien kan worden terwijl ik seks heb, is het onwaarschijnlijk dat ik seksueel opgewonden zal blijven.	18.6%	14.9%	14.7%	19.0%	32.8%	1608
8. Wanneer ik aan een zeer aantrekkelijke persoon denk, word ik gemakkelijk seksueel opgewonden.	22.4%	15.7%	19.4%	29.2%	13.3%	1635
9. Eens ik seksueel opgewonden ben (stijve penis heb, vochtig/nat ben), wil ik onmiddellijk aan seks beginnen voordat ik mijn opwinding verlies.	23.9%	27.6%	22.1%	17.7%	8.8%	1629
10. Wanneer ik begin te fantaseren over seks, dan word ik snel seksueel opgewonden.	16.2%	13.1%	21.7%	33.6%	15.4%	1642
11. Wanneer ik anderen seks zie hebben, heb ik ook zin in seks.	16.5%	12.8%	18.9%	36.1%	15.7%	1639
12. Wanneer ik een afleidende gedachte heb, verlies ik gemakkelijk mijn erectie/mijn opwinding.	20.6%	22.9%	24.9%	21.4%	10.1%	1645
13. Als ik afgeleid word door het horen van muziek, televisie of een gesprek, dan is het onwaarschijnlijk dat ik opgewonden blijf.	24.9%	26.9%	22.2%	15.3%	10.7%	1637
14. Wanneer een aantrekkelijk persoon met mij flirt, word ik gemakkelijk seksueel opgewonden.	20.3%	14.1%	22.8%	28.6%	14.2%	1624

2.3.3.6. Onderliggende motivatiestructuren voor gedrag: de BIS/BAS schaal

Vraagomschrijving

Bij de respondenten tussen 14 en 25 jaar, meten we twee basale motivationele systemen van gedrag: het ‘Behavioral Inhibition System’ (BIS) en het ‘Behavioral Activation System’ (BAS). Deze systemen worden gemeten aan de hand van de BIS/BAS schaal, ontworpen door Carver en White (1994). De BIS-schaal bestaat uit zeven items, en wordt volledig overgenomen in de huidige vragenlijst (items 1, 3, 5, 6, 8, 10 en 11). De BAS-schaal bestaat uit drie subschalen: het opzoeken van plezier, gevoeligheid voor beloning en doorzetting. In de Sexpert-vragenlijst nemen we enkel de subschaal ‘het opzoeken van plezier’ (items 2, 4, 7 en 9) op. De Nederlandse vertaling van de BIS/BAS-schaal is een gevalideerde vertaling door Franken, Muris en Rassin (2005). Deze variabele wordt in CAPI bevraagd, aan de hand van een antwoordkaart.

Vraag

J10. In de onderstaande vragenlijst ziet u een aantal stellingen staan waar u het mee eens of oneens kan zijn. Geef voor elke stelling aan in welke mate u het ermee eens of oneens bent. Beantwoord alle stellingen, sla er geen over. Per stelling is slechts één antwoord mogelijk.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Ik voel me bezorgd of overstuur als ik denk of weet dat iemand boos op mij is.	1	2	3	4
2. Ik doe vaak dingen in een vlaag van opwelling.	1	2	3	4
3. Ik voel me bezorgd als ik denk dat ik slecht heb gepresteerd.	1	2	3	4
4. Ik verlang naar spanning en sensatie.	1	2	3	4
5. Ik ervaar weinig angsten vergeleken met mijn vrienden.	1	2	3	4
6. Ik pieker wel eens over het maken van fouten.	1	2	3	4
7. Ik ben altijd bereid iets nieuws te proberen als ik denk dat het leuk zal zijn.	1	2	3	4
8. Ik raak enigszins gestrest als ik denk dat er iets vervelends staat te gebeuren.	1	2	3	4
9. Vaak doe ik dingen alleen voor de lol.	1	2	3	4
10. Ik voel zelden angst of zenuwen, zelfs als me iets vervelends staat te wachten.	1	2	3	4
11. Critiek of uitbranders raken mij behoorlijk.	1	2	3	4

Motivering

Verschillende risicogedragingen komen vaak samen voor. Dit fenomeen werd voornamelijk bestudeerd bij adolescenten. Daarbij worden naast omgevingskenmerken vaak persoonlijkheidskenmerken bestudeerd: sommige jongeren hebben een persoonlijkheid die meer aanleiding geeft tot het stellen van risicogedrag dan anderen (Mishra & Lalumière, 2011).

Verschillende persoonlijkheidsschalen werden reeds geassocieerd met seksueel risicogedrag. Schalen die specifiek sensatiezucht en impulsiviteit meten, vertonen doorgaans sterke correlaties met seksueel risicogedrag: jongeren die hoog scoren op sensatiezucht en impulsiviteit, vertonen ook meer seksueel risicogedrag (Donohew et al., 2000). Het Behavioral Activation System (BAS) en het Behavioral Inhibition System (BIS) werden geïdentificeerd door Gray, en verwijzen naar de meer basale onderliggende neurologische structuren voor gedrag: BAS reguleert het gedrag dat gericht is op beloning, en vertegenwoordigt de biologische grondslag van impulsiviteit. BIS reguleert het gedrag dat erop gericht is om straf te vermijden en vormt de biologische grondslag voor angst (Carver & White, 1994). In de BIS/BAS schaal, zoals ze werd ontworpen door Carver en White, worden drie subschalen binnen de BAS-schaal onderscheiden: gevoeligheid voor beloning, het opzoeken van plezier, en doorzetting (Carver & White, 1994). Deze structuur, met enerzijds twee grote factoren die verwijzen naar BIS en BAS en anderzijds vier factoren die verwijzen naar BIS en de drie subschalen van BAS, werd later gevalideerd in grootschalig onderzoek (Jorm et al., 1999).

In eerder onderzoek werd de BIS/BAS schaal reeds geassocieerd met risicogedrag (Lauriola, Russo, Lucidi, Violani, & Levin, 2005). Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen de driesubschalen van BAS, blijkt voornamelijk de subschaal 'het opzoeken van plezier' samen te hangen met seksueel risicogedrag (Voigt et al., 2009). Omdat de BIS/BAS schaal ruimere motivatiestructuren voor gedrag meet, verkiezen we deze schaal boven andere schalen die slechts een specifiek persoonlijkheidsaspect meten. Daarnaast kiezen we ervoor om uitsluitend de BIS-schaal en de BAS-schaal die het opzoeken van plezier meet, op te nemen.

Resultaten

Tabel 299. Scoring van jongeren tussen 14 en 25 jaar op de BIS/SAS schaal (J10) (N=385)

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Ik voel me bezorgd of overstuur als ik denk of weet dat iemand boos op mij is.	9.8	16.2	52.8	21.3	384
2. Ik doe vaak dingen in een vlaag van opwelling.	19.1	40.5	32.2	8.2	382
3. Ik voel me bezorgd als ik denk dat ik slecht heb gepresteerd.	4.5	17.4	53.4	24.7	384
4. Ik verlang naar spanning en sensatie.	9.6	30.9	43.1	16.5	381
5. Ik ervaar weinig angsten vergeleken met mijn vrienden.	9.2	46.6	34.0	10.3	376
6. Ik pieker wel eens over het maken van fouten.	4.6	19.2	55.6	20.5	381
7. Ik ben altijd bereid iets nieuws te proberen als ik denk dat het leuk zal zijn.	2.4	7.3	48.0	42.4	380
8. Ik raak enigszins gestrest als ik denk dat er iets vervelends staat te gebeuren.	7.4	21.4	49.1	22.1	383
9. Vaak doe ik dingen alleen voor de lol.	13.2	38.1	37.5	11.2	379
10. Ik voel zelden angst of zenuwen, zelfs als me iets vervelends staat te wachten.	21.1	50.2	22.4	6.3	382
11. Kritiek of uitbranders raken mij behoorlijk.	7.2	23.3	45.0	24.5	380

2.3.3.7. Relatietevredenheid

Vraagomschrijving

We meten algemene tevredenheid over de partnerrelatie aan de hand van de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ ; Crowe, 1978; Nederlandse versie: Arrindell, Boelens & Lambert, 1983). Deze vragenlijst bestaat uit 20 items en omvat drie subschalen: (1) algemene levenssatisfactie (5 items), (2) relationele satisfactie (10 items) en (3) seksuele satisfactie (5 items). In de huidige studie zijn enkel de subschalen relationele en seksuele satisfactie opgenomen. De respondent duidt het antwoord aan dat het meest van toepassing is op een negenpuntenschaal, waarbij een hogere score verwijst naar meer ontevredenheid. Per schaal wordt er een totale som berekend waarbij een score hoger dan 20 relatieproblemen aangeeft. Enkel respondenten die op het moment van afname een partner hebben en reeds geslachtsgemeenschap mee hadden, doorlopen deze vraag. We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

HP8. De volgende vragen hebben betrekking op jouw relatie. Iedere vraag wordt gevolgd door een reeks mogelijke antwoorden op een schaal die loopt van 0 tot 8. De bedoeling is dat je de vraag leest en naar de antwoorden kijkt. Beslis vervolgens welk antwoord het meest voor jou van toepassing is en duid het passende cijfer aan.

a. Is jouw partner voor jou als persoon aantrekkelijk (afgezien van lichamelijke aantrekkelijkheid)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
erg aantrekkelijk		aantrekkelijk		redelijk aantrekkelijk		niet erg aantrekkelijk		onaantrekkelijk

b. Krijg je genoeg warmte en begrip van jouw partner?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
tevreden met warmte en begrip		iets te weinig		te weinig		beslist te weinig		groot gebrek aan warmte en begrip

c. Ben je tevreden over het aantal keren dat je geslachtsgemeenschap hebt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Tevreden		zou beter kunnen		matig tevreden		Ontevreden		erg ontevreden

d. Hoe vaak heb je de laatste maand geslachtsgemeenschap gehad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
2x per week of vaker		gemiddeld 1x per week		gemiddeld 1x per 2 weken		gemiddeld 1x per maand		helemaal niet

e. Neemt jouw partner zijn/haar deel van de verantwoordelijkheid in het huwelijk/de relatie op zich?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
altijd neemt hij/zij zijn/haar deel op zich		meestal		soms		Zelden		nooit

f. Hoe tevreden ben je met hoe vaak jullie elkaar knuffelen, kussen en aanraken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Tevreden		zou iets beter kunnen		matig tevreden		ontevreden		erg ontevreden

g. Ben je tevreden over de vrije tijd die jullie samen doorbrengen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
erg tevreden		zou iets meer samen willen doen		zou meer samen willen doen		zou veel meer samen willen doen		erg ontevreden

h. Hoe vaak bereik je tijdens seks met jouw partner een hoogtepunt/orgasme? (Indien jullie nooit geslachtsgemeenschap hebben: duid 8 aan).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
bijna elke keer		meestal		ongeveer de helft van de tijd		Zelden		Nooit

i. Hoe vaak denk je eraan om van jouw partner te scheiden of bij jouw partner weg te gaan?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
vrijwel nooit		Zelden		soms		Vaak		op 't punt te scheiden of uit elkaar te gaan

j. Als je een woordenwisseling hebt, kan je dan tot overeenstemming komen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
meestal redelijke overeenstemming		meestal overeenstemming maar met enige moeite bereikt		flink wat geruzie voordat overeenstemming is bereikt		veel ruzie waar je niets mee opschiet, de overeenstemming is voor beiden weinig bevredigend.		er wordt nooit overeenstemming bereikt

k. Hoe vaak is er sprake van bekvechten, gevit, spanningen, koele verstandhouding of geweld tussen jullie beiden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
redelijk goede en warme relatie		enige spanningen, af en toe ruzie of koele verstandhouding		nogal eens ruzie of koele verstandhouding		tamelijk vaak ruzie of koele verstandhouding		er wordt nooit overeenstemming bereikt

l. Kan je jouw partner zoveel vertellen als je wilt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
zo eerlijk en openhartig als ik wil		meestal openlijk, soms verberg ik meer dan ik zou willen		ik verberg beslist meer dan ik zou willen		ik verberg veel meer dan ik zou willen		bijna nooit kan ik iets vertellen

m. Hoe tevreden ben je over het leven met uw partner (afgezien van seks)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Volkomen tevreden		Meestal tevreden		Matig tevreden		Ontevreden		Volkomen onte- vreden

n. Heb je het gevoel dat je een goede of slechte partner hebt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
erg goed		beter dan gemiddeld		ongeveer gemiddeld		slechter dan gemiddeld		erg slecht

o. In hoeverre geniet je van seks met je partner?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
heel veel		matig bevredigend, zou beter kunnen		neutraal, niet veel bevrediging		nogal onplezierig		erg onple- zierig

Motivering

Bovenstaande vragen hebben tot doel om binnen de partnerrelatie zowel de seksuele tevredenheid als de relatietevredenheid te meten, om op die manier het dyadische karakter van seksualiteit in kaart te brengen. Seksuele tevredenheid is een kerncomponent van het algemeen seksueel welzijn (Byers & MacNeil, 2006). Bovendien is gebleken dat seksuele tevredenheid en relatietevredenheid heel nauw met elkaar verbonden zijn. Longitudinaal koppelonderzoek heeft aangetoond dat veranderingen in seksuele tevredenheid samengaan met veranderingen in tevredenheid over de relatie (Sprecher, 2002). Niettegenstaande blijkt deze link niet voor alle koppels even sterk. Zo is reeds aangetoond dat koppels heel erg tevreden kunnen zijn over hun relatie in het algemeen maar niet over hun seksuele relatie. Het omgekeerde is eveneens mogelijk, koppels kunnen tevreden zijn over hun seksuele relatie maar niet over hun relatie in het algemeen (Birnbaum et al., 2006). Met behulp van deze vragen gaan we de relatie tussen seksuele en relationele tevredenheid na, en linken we beide aan onder andere seksfrequentie, beleving van seksualiteit en seksuele disfuncties.

Resultaten

Tabel 300. Aantrekkelijkheid van de partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8a) (N=1334)

0.	Erg aantrekkelijk
1.	
2.	Aantrekkelijk
3.	
4.	Redelijk aantrekkelijk
5.	
6.	Niet erg aantrekkelijk
7.	
8.	Onaantrekkelijk
N	1334

Tabel 301. Warmte en begrip bij partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8b) (N=1334)

0.	Tevreden met warmte en begrip
1.	
2.	Iets te weinig
3.	
4.	Te weinig
5.	
6.	Beslist te weinig
7.	
8.	Groot gebrek aan warmte en begrip
N	1332

Tabel 302. Tevredenheid over frequentie van geslachtsgemeenschap, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8c) (N=1334)

0.	Tevreden
1.	
2.	Zou beter kunnen
3.	
4.	Matig tevreden

5.	1.6%
6. Ontevreden	6.1%
7.	0.7%
8. Erg ontevreden	3.1%
<i>N</i>	1318

Tabel 303. Frequentie van geslachtsgemeenschap voorbij maand, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8d) (*N*=1334)

0. 2x per week of vaker	26%
1.	6.4%
2. Gemiddeld 1x per week	22.5%
3.	3.6%
4. Gemiddeld 1x per 2 weken	10.8%
5.	0.9%
6. Gemiddeld 1x per maand	10.1%
7.	1.9%
8. Helemaal niet	17.8%
<i>N</i>	1322

Tabel 304. Opnemen van verantwoordelijkheid door partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8e) (*N*=1334)

0. Altijd neemt hij/zij zijn/haar deel op zich	39.9%
1.	9.3%
2. Meestal	32.4%
3.	3.4%
4. Soms	9.5%
5.	0.9%
6. Zelden	3.1%
7.	0.2%
8. Nooit	1.1%
<i>N</i>	1330

Tabel 305. Tevredenheid over frequentie van knuffelen, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8f) (N=1334)

0.	Tevreden	50.9%
1.		11.8%
2.	Zou beter kunnen	20.5%
3.		1.0%
4.	Matig tevreden	8.3%
5.		1.3%
6.	Ontevreden	4.3%
7.		0.1%
8.	Erg ontevreden	1.7%
<i>N</i>		1329

Tabel 306. Tevredenheid over frequentie van samen tijd doorbrengen, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8g) (N=1334)

0.	Erg tevreden	40.3%
1.		13%
2.	Zou iets meer samen willen doen	24.9%
3.		2.4%
4.	Zou meer samen willen doen	12.2%
5.		0.7%
6.	Zou veel meer samen willen doen	4.1%
7.		0.4%
8.	Erg ontevreden	1.9%
<i>N</i>		1333

Tabel 307. Frequentie van orgasme, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8h) (N=1334)

0.	Bijna elke keer	48.1%
1.		3.1%
2.	Meestal	20.5%
3.		1.6%
4.	Ongeveer de helft van de tijd	9%
5.		2%
6.	Zelden	4.5%

7.	1.0%
8. Nooit	9.4%
<i>N</i>	1322

Tabel 308. Denken aan scheiden van partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8i) (*N*=1334)

0. Vrijwel nooit	69.2%
1.	4.8%
2. Zelden	12.9%
3.	2.6%
4. Soms	7.2%
5.	0.5%
6. Vaak	2.3%
7.	0.2%
8. Op't punt te scheiden of uit elkaar te gaan	0.4%
<i>N</i>	1331

Tabel 309. Bereiken van overeenstemming bij woordenwisseling, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8j) (*N*=1334)

0. Meestal redelijke overeenstemming	47.6%
1.	11.9%
2. Meestal overeenstemming maar met enige moeite bereikt	22.8%
3.	3.8%
4. Flink wat geruzie voordat overeenstemming is bereikt	9.7%
5.	0.7%
6. Veel ruzie waar je niets mee opschiet, de overeenstemming is voor beiden weinige bevredigend	2.1%
7.	0.4%
8. Er wordt nooit overeenstemming bereikt	0.9%
<i>N</i>	1332

Tabel 310. Frequentie van bekvechten of gevit, spanningen, geweld, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8k) (N=1334)

0.	Redelijk goede en warme relatie	46.5%
1.		13.6%
2.	Enige spanningen, af en toe ruzie of koele verstandhouding	26.6%
3.		2.7%
4.	Nogal eens ruzie of koele verstandhouding	6.7%
5.		0.4%
6.	Tamelijk vaak ruzie of koele verstandhouding	2.8%
7.		0.1%
8.	Er wordt nooit overeenstemming bereikt	0.6%
N		1333

Tabel 311. Openhartigheid tegenover partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8l) (N=1334)

0.	Zo eerlijk en openhartig als ik wil	54.8%
1.		13.9%
2.	Meestal openlijk, soms verberg ik meer dan ik zou willen	20.7%
3.		1.9%
4.	Ik verberg beslist meer dan ik zou willen	4.8%
5.		0.3%
6.	Ik verberg veel meer dan ik zou willen	1.6%
7.		0.6%
8.	Bijna nooit kan ik iets vertellen	1.4%
N		1332

Tabel 312. Tevredenheid over leven met partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8m) (N=1334)

0.	Volkomen tevreden	48.5%
1.		13.5%
2.	Meestal tevreden	26.5%
3.		1.9%
4.	Matig tevreden	6.5%
5.		0.8%
6.	Ontevreden	1.5%

7.	0.3%
8. Volkomen ontevreden	0.4%
N	1332

Tabel 313. Zelfinschatting van de partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8n) (N=1334)

0. Erg goed	51.3%
1.	15%
2. Beter dan gemiddeld	19.7%
3.	2.1%
4. Ongeveer gemiddeld	9.1%
5.	0.8%
6. Slechter dan gemiddeld	1.5%
7.	0.2%
8. Erg slecht	0.1%
N	1333

Tabel 314. Genieten van seks met partner, bij seksueel ervaren respondenten met een partner (HP8o) (N=1334)

0. Heel veel	45.8%
1.	21.6%
2. Matig bevredigend, zou beter kunnen	21.4%
3.	1.5%
4. Neutraal, niet veel bevrediging	6.4%
5.	0.7%
6. Nogal onplezierig	1.2%
7.	0.5%
8. Erg onplezierig	0.9%
N	1296

2.3.3.8. Hechtingsrelatie met de partner

Vraagomschrijving

De Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R; Fraley, Waller & Brennan, 2000) peilt naar hechting met de partner. We gebruiken een verkorte versie, bestaande uit tien items. De respondenten konden aangeven in welke mate ze akkoord

zijn met een aantal stellingen op een vijfpunten schaal van het Likert type (variërend van ‘helemaal oneens’ tot ‘helemaal eens’). De ECR-R kent twee subschalen, angst en vermijding. De score voor elke subschaal wordt bekomen door het gemiddelde te berekenen van de items die betrekking hebben op die subschaal. Item 1, 5, 8 en 9 worden omgekeerd gecodeerd. Dit instrument leggen we enkel voor aan respondenten die aangeven momenteel een vaste relatie te hebben. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

HP9_1 – HP9_12. Hieronder vind je enkele uitspraken die gaan over partnerrelaties. Duid aan in welke mate je akkoord gaat met volgende uitspraken, wanneer je denkt aan de huidige relatie met jouw partner.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Het helpt om met mijn partner te praten als ik me slecht voel.	1	2	3	4	5
2. Ik heb veel bevestiging nodig dat ik graag gezien word door mijn partner.	1	2	3	4	5
3. Ik wil een hechte band met mijn partner maar ik trek me altijd terug.	1	2	3	4	5
4. Ik vind dat mijn partner niet zo innig met me omgaat als ik zou willen.	1	2	3	4	5
5. Ik doe voor veel dingen beroep op mijn partner, bijvoorbeeld voor troost en geruststelling.	1	2	3	4	5
6. Mijn verlangen om een zeer hechte band te hebben, schrikt mijn partner soms af.	1	2	3	4	5
7. Ik probeer te vermijden om een te hechte band met mijn partner te krijgen.	1	2	3	4	5
8. Ik pieker zelden over verlaten worden.	1	2	3	4	5
9. Meestal bespreek ik mijn problemen en zorgen met mijn partner.	1	2	3	4	5
10. Het frustreert me als mijn partner er niet is wanneer ik hem/haar nodig heb.	1	2	3	4	5
11. Ik word zenuwachtig als mijn partner te innig met mij omgaat.	1	2	3	4	5
12. Ik maak me zorgen dat mijn partner niet evenveel om mij geeft als ik om hem/haar geef.	1	2	3	4	5

Motivering

De hechtingstheorie benadrukt dat de voorgeschiedenis van relationele ervaringen een invloed hebben op de manier waarop individuen seksualiteit gebruiken om een variëteit aan noden te beantwoorden. Hechting verwijst naar de menselijke nood om nabijheid tot significante anderen na te streven en te behouden, vooral in tijden van nood. Afhankelijk van de beschikbaarheid en responsiviteit van deze hechtingsfiguren, zullen mensen verschillende manieren ontwikkelen van zich relateren tot anderen. Deze hechtingsstijlen (i.e. veilig, angstig en vermijdend) hebben een invloed op een variëteit aan relatieve variabelen, zoals seksuele motieven, seksuele tevredenheid en seksueel gedrag.

Gegeven het feit dat hechtingsstijlen zich ontwikkelen op basis van ervaringen met specifieke anderen en hoe deze andere reageren, moet het concept hechting bekeken worden als een relationele variabele die wordt gemanifesteerd in specifieke gedachten, gevoelens en gedrag, afhankelijk van de specifieke relatie. De conceptualisatie van hechtingsstijl als een relationele variabele impliceert ook dat individuen van hechtingsstijl kunnen veranderen wanneer de relationele context verandert, en dat veranderingen in hechtingsstijl kunnen optreden binnen een relatie over de tijd heen.

Het hechtingsconcept kan gerelateerd worden aan seksueel functioneren. Er wordt geargumenteed dat seksuele ervaringen een hechtingsfunctie kunnen vervullen door het bevorderen van nabijheid tot een romantische partner en het bevorderen van hechting en intimiteit in een relatie (Schachner & Shaver, 2004). Gegeven de theoretische overlap tussen hechting en het seksuele systeem, zou onderzoek zich moeten richten op het onderzoeken van de rol van individuele verschillen in hechtingsvoorzeker voor het vormgeven van seksuele doelen, attitudes en gedrag. Bovendien wordt er gesteld dat onzekere hechtingsstijl en hechtingsprocessen het risico verhogen op het ontwikkelen van seksuele problemen en het zich engageren in seksueel risicogedrag.

Zo hebben vermijdend gehechte individuen moeilijkheden met nabijheid en verkiezen ze onafhankelijkheid van anderen. Dit kan interfereren met intimiteit en interpersoonlijke sensitiviteit in seksuele relaties. Vermijdende hechting wordt ook verondersteld om geassocieerd te zijn met seksuele abstinentie, inhibitie van seksuele opwindning (Tracey, Shaver, Albino & Cooper, 2003), orgastische problemen (Cohen & Belsky, 2008), seksuele promiscuïteit en een voor ongebonden seks. Vermijdend gehechte individuen streven ook in extreme mate zelfbeschikking en persoonlijke controle na, met als gevolg dat ze seks kunnen gebruiken om controle over de partner te maximaliseren (coërcie) en om hun zelfvertrouwen op te krikken, zonder rekening te houden met de wensen van de partner (Tracey et al., 2003; Gentzler & Kerns, 2004). Hun openheid tegenover losse seksuele contacten met onbekenden, zonder het bespreken van de eigen seksuele voorgeschiedenis of die van de partner, zal wellicht interfereren met veilige seks (Collins & Feeney, 2000).

Angstig gehechte individuen daarentegen hebben de neiging om hun intense nood aan nabijheid, aanvaarding en affectie te seksualiseren. Hun bezorgde, afhankelijke

positie in een relatie kan zorgen veroorzaken over hun seksuele aantrekkelijkheid en hun mogelijkheid om de partner te bevredigen, wat op zijn beurt het risico op problemen met seksuele opwinding vergroot. Tevens kan het problemen veroorzaken in communicatie over seks, evenals moeilijkheden met seksuele assertiviteit en een verhoogde kwetsbaarheid voor seksuele coërcie (Davis et al., 2006; Tracey et al., 2003). Het intense verlangen naar nabijheid van angstig gehechte individuen kan resulteren in intrusief seksueel gedrag en kan tot gevolg hebben dat ze zich engageren in onveilige seks en in deviante, pijnlijke seksuele activiteiten.

De hierboven vermelde relaties tussen hechting en het seksuele systeem geven het belang aan van het opnemen van hechtingsvariabelen bij het bestuderen van seksueel gedrag.

Resultaten

Tabel 315. Hechtingsstijl ten opzichte van de huidige partner, enkel voor respondenten die een partner hebben (HP9_1 – HP9_12) (N = 1412)

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Het helpt om met mijn partner te praten als ik me slecht voel.	4.1%	4.5%	7.2%	34.2%	49.9%
2. Ik heb veel bevestiging nodig dat ik graag gezien word door mijn partner.	6.6%	15.9%	22.6%	34.7%	20.2%
3. Ik wil een hechte band met mijn partner maar ik trek me altijd terug.	36.7%	30.3%	16.5%	12.9%	3.7%
4. Ik vind dat mijn partner niet zo innig met me omgaat als ik zou willen.	35.6%	28.1%	11.9%	17.5%	6.9%
5. Ik doe voor veel dingen beroep op mijn partner, bijvoorbeeld voor troost en geruststelling.	9.3%	14.3%	17.7%	33.4%	25.3%
6. Mijn verlangen om een zeer hechte band te hebben, schrikt mijn partner soms af.	46.9%	28.3%	12.6%	8.9%	3.3%
7. Ik probeer te vermijden om een te hechte band met mijn partner te krijgen.	61.9%	22.0%	8.3%	3.9%	3.9%
8. Ik pieker zelden over verlaten worden.	19.9%	13.6%	11.4%	18.8%	36.4%
9. Meestal bespreek ik mijn problemen en zorgen met mijn partner.	6.4%	6.4%	10.5%	32.6%	44.0%
10. Het frustrereert me als mijn partner er niet is wanneer ik hem/haar nodig heb.	17.3%	17.3%	23.2%	26.0%	16.1%
11. Ik word zenuwachtig als mijn partner te innig met mij omgaat.	53.3%	26.1%	11.3%	5.1%	4.3%
12. Ik maak me zorgen dat mijn partner niet evenveel om mij geeft als ik om hem/haar geef.	47.3%	24.1%	14.7%	7.9%	5.9%
N	1404				

2.3.3.9. Communicatie met de partner

Vraagomschrijving

De Dyadic Sexual Communication Scale (DSC; Catania, 1986) meet seksuele communicatie binnen koppels. De originele schaal bestaat uit 13 items. In de Sexpert-vragenlijst gebruiken we de verkorte versie met vier items (Catania, 1998). Elke seksueel ervaren respondent die een relatie heeft, wordt gevraagd om te antwoorden in welke mate bepaalde kenmerken van toepassing zijn op zijn/haar relatie. Antwoorden kan aan de hand van een vijfpunten Likertschaal gaande van ‘nooit tot bijna nooit’ tot ‘altijd of bijna altijd’. We bevragen deze variabelen via CASI.

Vraag

HP15. Wil je aangeven in welke mate volgende kenmerken op jouw relatie van toepassing zijn? Hoe vaak tijdens de afgelopen maanden...

	Nooit of bijna nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd of bijna altijd
1. Had je moeite om over sommige seksuele zaken te praten met jouw partner?	1	2	3	4	5
2. Had jouw partner moeite om met jou te praten over wat hij/zij leuk vindt op seksueel vlak?	1	2	3	4	5
3. Was praten over seks met jouw partner een deugddoende ervaring voor jullie allebei?	1	2	3	4	5
4. Vond je het makkelijk om jouw partner te vertellen wat jij al dan niet wil doen op seksueel vlak?	1	2	3	4	5

Motivering

Onderzoek heeft reeds aangetoond dat communicatie tussen partners een belangrijke variabele is in het voorspellen van zowel relationele als seksuele tevredenheid (Byers, 2005; Cupach & Comstock, 1990; Fowers & Olson, 1989). Koppels die aangeven hun gedachten, gevoelens en noden te kunnen uiten naar hun partner scoren hoger op relationele en seksuele tevredenheid dan koppels die dit niet kunnen (Blumstein & Schwartz, 1983; Perlman & Abrahamson, 1982). Veel minder onderzoek is er verricht naar het effect van seksuele communicatie binnen koppels. Aan de hand van de DSC bevragen we hoe moeilijk de respondent het vindt om over seksuele zaken te praten met de partner, of de respondent zijn/haar partner moeite heeft met het praten over wat hij/zij leuk vindt op seksueel vlak, of praten over seks een deugddoende ervaring is voor beide partners en of de respondent het makkelijk vindt om tegen zijn/haar partner te vertellen wat hij/zij zelf leuk vindt op seksueel vlak. Het doel van deze vragen is om te peilen naar de mate waarin seksuele communicatie binnen koppels gecorreleerd is aan een positieve seksualiteitsbeleving.

Resultaten

Tabel 316. Antwoord van respondenten met een relatie op de Dyadic Sexual Communication Scale (HP15) (N=1374)

In welke mate zijn de kenmerken van toepassing op jouw relatie?	Nooit of bijna nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd of bijna altijd	N
Had je moeite om over sommige seksuele zaken te praten met jouw partner?	53.4%	24.3%	13.1%	5.2%	4.0%	1351
Had jouw partner moeite om met jou te praten over wat hij/zij leuk vindt op seksueel vlak?	50.2%	23.8%	13.5%	6.5%	6.0%	1330
Was praten over seks met jouw partner een deugddoende ervaring voor jullie allebei?	12.4%	10.1%	22.6%	29.7%	25.2%	1306
Vond je het makkelijk om jouw partner te vertellen wat jij al dan niet wil doen op seksueel vlak?	15.5%	13.1%	21.3%	24.5%	25.6%	1314

2.3.3.10. Gezinsklimaat

Vraagomschrijving

De volgende vragen peilen naar het gezinsklimaat, de sfeer die een respondent ervaart in zijn/haar gezin met kinderen. De respondenten kunnen op een vijfpunten-schaal van het Likert type aangeven hoe de algemene sfeer in hun gezin is (variërend van ‘heel koud’ tot ‘heel warm’), hoe open het gezinsklimaat is ten aanzien van het praten over relaties en seksualiteit (variërend van ‘heel gesloten’ tot ‘heel open’) en de mate waarin conflicten tussen gezinsleden voorkomen (variërend van ‘Er zijn nooit conflicten tussen gezinsleden’ tot ‘Er zijn heel vaak conflicten tussen gezinsleden’). Met de algemene vragen willen we peilen naar de cohesie/geborgenheid en conflictvaringen van de respondent ten aanzien van de andere gezinsleden. Via de vraag over de sfeer tijdens het praten over relaties en seks, peilen we naar de mate van openheid of geslotenheid ten aanzien van praten over relaties en seksualiteit in een gezin. Alle respondenten die op het moment van de bevraging inwonende/studerende kinderen hebben en alle respondenten die zelf nog bij hun ouders inwonen/studeren, beantwoorden deze vragen (RSV1a – RSV1c). Voor jongeren die in co-ouderschap leven (afwisselend in twee gezinnen), worden dezelfde vragen twee keer herhaald, één keer voor de ene gezinssituatie, een tweede keer voor de andere gezinssituatie (RSV1d – RSV1i). We bevragen deze variabelen via CAPI.

Vraag

Nu volgen enkele vragen over jouw huidig gezin en het gezin waarin je opgroeide.

Indien respondent inwonende kind is of indien respondent inwonende kinderen heeft:

RSV1a. Hoe zou jij, over het algemeen, de sfeer in jouw gezin beschrijven?

1. *Heel koud*
2. *Eerder koud*
3. *Noch koud, noch warm*
4. *Eerder Warm*
5. *Heel warm*

RSV1b. Wanneer het gaat over “praten over relaties en seksualiteit”, hoe zou jij dan de sfeer in jouw gezin beschrijven?

1. *Heel gesloten*
2. *Eerder gesloten*
3. *Noch gesloten , noch open*
4. *Eerder open*
5. *Heel open*

RSV1c. Hoe vaak zijn er in jouw gezin conflicten tussen gezinsleden?

1. *Er zijn nooit conflicten tussen gezinsleden*
2. *Er zijn zelden conflicten tussen gezinsleden*
3. *Er zijn soms conflicten tussen gezinsleden*
4. *Er zijn vaak conflicten tussen gezinsleden*
5. *Er zijn heel vaak conflicten tussen gezinsleden*

Indien respondent in co-ouderschap situatie zit:

RSV1d. Hoe zou jij, met betrekking tot de eerste gezinssituatie die jij vermeldde, over het algemeen de sfeer in dit gezin beschrijven?

1. *Heel koud*
2. *Eerder koud*
3. *Noch koud, noch warm*
4. *Eerder warm*
5. *Heel warm*

Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

RSV1e. Denk nu opnieuw aan de eerste gezinssituatie die jij vermeldde. Wanneer het gaat over “praten over relaties en seksualiteit”, hoe zou jij dan de sfeer in dit gezin beschrijven?

1. *Heel gesloten*
2. *Eerder gesloten*
3. *Noch gesloten, noch open*

4. *Eerder open*
5. *Heel open*

Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

RSV1f. Denk nu opnieuw aan de eerste gezinssituatie die jij vermeldde. Hoe vaak zijn er in dit gezin conflicten tussen gezinsleden?

1. *Er zijn nooit conflicten tussen gezinsleden*
2. *Er zijn zelden conflicten tussen gezinsleden*
3. *Er zijn soms conflicten tussen gezinsleden*
4. *Er zijn vaak conflicten tussen gezinsleden*
5. *Er zijn heel vaak conflicten tussen gezinsleden*

Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

o RSV1g. Hoe zou jij, met betrekking tot de tweede gezinssituatie die jij vermeldde, over het algemeen de sfeer in dit gezin beschrijven?

1. *Heel koud*
2. *Eerder koud*
3. *Noch koud, noch warm*
4. *Eerder warm*
5. *Heel warm*

Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

RSV1h. Denk nu opnieuw aan de tweede gezinssituatie die jij vermeldde. Wanneer het gaat over “praten over relaties en seksualiteit”, hoe zou jij dan de sfeer in dit gezin beschrijven?

1. *Heel gesloten*
2. *Eerder gesloten*
3. *Noch gesloten, noch open*
4. *Eerder open*
5. *Heel open*

Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

RSV1i. Denk nu opnieuw aan de tweede gezinssituatie die jij vermeldde. Hoe vaak zijn er in dit gezin conflicten tussen gezinsleden?

1. *Er zijn nooit conflicten tussen gezinsleden*
2. *Er zijn zelden conflicten tussen gezinsleden*

3. *Er zijn soms conflicten tussen gezinsleden*
4. *Er zijn vaak conflicten tussen gezinsleden*
5. *Er zijn heel vaak conflicten tussen gezinsleden*

Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ werden niet weergegeven (zie ook deel 2, paragraaf 2.1).

Motivering

Seksuele gezondheid is niet alleen afhankelijk van individuele factoren, maar ook van relationele en sociaal-culturele factoren. Zogenaamde ‘individuele’ beslissingen op seksueel gebied (vb. condoom gebruiken of niet) ontstaan niet in een vacuüm, ze worden onder meer beïnvloed door de (gezins)context waarin mensen leven. Uit onderzoek blijkt dat niet alleen het klimaat tijdens gesprekken over seks belangrijk is, ook het algemene gezinsklimaat heeft een impact op de seksuele gezondheid van jongeren (de Graaf, Vanwesenbeeck, Woertman, & Meeus, 2011). We verwachten dat in een gezin waar een algemeen warm klimaat heerst en waar conflicten niet op de voorgrond staan, een basis kan ontstaan voor een open klimaat ten aanzien van seksualiteit.

Uit een literatuurstudie van de Graaf et al. (2011) komt naar voor dat (de perceptie van jongeren over de) ouderlijke zorg, nabijheid van de ouders, warmte van ouders of de tevredenheid met de relatie met de ouders enerzijds en het uitstellen van de eerste keer seks anderzijds, hand in hand gaan. In gezinnen met minder cohesie en meer conflictervaringen, is de kans groter dat de kinderen de eerste keer seks hebben voor hun 16 jaar. Dit verband zou meer opgaan voor meisjes dan voor jongens. Verder zouden meisjes in een warmer gezinsklimaat minder risico lopen op een zwangerschap. De effecten van het gezin zijn minder eenduidig wat betreft condoomgebruik; sommige studies vinden een duidelijk verband, anderen dan weer geen.

Verder blijkt uit de studie van de Graaf en haar collega's (2011) dat ouderlijke warmte en een open communicatieklimaat over seks geassocieerd zijn met positieve gevoelens van de jongeren ten aanzien van seksualiteit of een gevoel van competentie in seksuele interactie. Jongeren die hun ouders als meer affectief zien, zijn beter in staat om te communiceren over (veilig) vrijen en om ongewenst seksueel contact te weigeren tijdens seksuele interactie. Niet-communicatieve ouders, daarentegen, zouden vooral geassocieerd zijn met schuldgevoelens van tienermeisjes ten aanzien van de eerste geslachtsgemeenschap.

Resultaten

Tabel 317. Huidige algemene gezinsklimaat bij respondenten die inwonen bij hun ouder(s) (N=305) en bij respondenten met inwonende kinderen (N=681) (RSV1a)

	Heel koud	Eerder koud	Noch koud, noch warm	Eerder warm	Heel warm	N
Respondent woont in bij ouder(s)	0.4%	1.7%	11.5%	51.1%	35.4%	305
Respondent met inwonende kinderen	0.9%	1.2%	9.0%	52.4%	36.5%	681

Tabel 318. Sfeer in huidige gezin rond praten over relaties en seksualiteit bij respondenten die inwonen bij hun ouder(s) (N=305) en bij respondenten met inwonende kinderen (N=681) (RSV1b)

	Heel gesloten	Eerder gesloten	Noch gesloten, noch open	Eerder open	Heel open	N
Respondent woont in bij ouder(s)	6.4%	17.5%	21.4%	36.9%	17.8%	305
Respondent met inwonende kinderen	5.3%	12.1%	16.8%	40.6%	25.3%	680

Tabel 319. Frequentie van conflicten tussen huidige gezinsleden bij respondenten die inwonen bij hun ouder(s) (N=305) en bij respondenten met inwonende kinderen (N=681) (RSV1c)

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Heel vaak	N
Respondent woont in bij ouder(s)	6.6%	32.3%	44.4%	13.2%	3.5%	305
Respondent met inwonende kinderen	4.3%	37.3%	46.4%	10.0%	2.0%	681

2.3.3.11. Emoties

A. Beleving indien nog nooit seks of geslachtsgemeenschap gehad

Vraagomschrijving

Onderstaande vraag peilt naar de emotionele beleving van de respondenten die nog geen seks of nog geen geslachtsgemeenschap gehad hebben. We bieden tien emoties aan waarvan de respondenten op een vijfpunten Likertschaal aangeven in welke mate ze deze emotie ervaren ('helemaal niet' tot 'heel erg'). We baseren ons in de keuze voor deze emoties op het *circumplex model of affect* (Russell, 1980), Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R; Derogatis et al., 2008), Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS-NL; Watson et al., 1988) en The NHSLS Questionnaire (Lauermann et al., 1994). Deze emoties lopen op een continuüm van positief (gelukkig, geborgen, ontspannen, trots, zelfzeker) naar negatief (droevig, beschaamd, ontgoocheld, angstig, schuldig) en verschillen in de mate van intensiteit (heel intensieve

emoties versus minder intensieve emoties). We bevragen deze variabelen in CASI.

Vraag

RGS3. Indien nog nooit seks gehad: Hoe voel je je bij het feit dat je nog nooit seks hebt gehad? Voel je je...

Indien wel al seks gehad maar nog geen geslachtsgemeenschap: Hoe voel je je bij het feit dat je nog nooit geslachtsgemeenschap hebt gehad? Voel je je...

	Helemaal niet	Eerder niet	Noch wel, noch niet	Eerder wel	Heel erg
1. Gelukkig	1	2	3	4	5
2. Geborgen	1	2	3	4	5
3. Ontspannen	1	2	3	4	5
4. Trots	1	2	3	4	5
5. Zelfzeker	1	2	3	4	5
6. Droevig	1	2	3	4	5
7. Beschaamd	1	2	3	4	5
8. Ontgoocheld	1	2	3	4	5
9. Angstig	1	2	3	4	5
10. Schuldig	1	2	3	4	5

Motivering

Naast het bevragen van feitengegevens rond seksualiteit, is het minstens van even groot belang om te peilen naar de subjectieve beleving. Respondenten kunnen, zoals elders omschreven, om tal van redenen nog geen seksueel contact hebben gehad. Voor sommige mensen zal dit geassocieerd gaan met positieve gevoelens, voor anderen zal dit eerder gepaard gaan met negatieve gevoelens. Het doel van deze vragen is om in kaart te brengen welke emoties hoofdzakelijk gerapporteerd worden door respondenten die nog geen seks/geslachtsgemeenschap hebben gehad. Dit kan vervolgens gerelateerd worden aan bijvoorbeeld mentaal welzijn.

Resultaten

Tabel 320. Emoties geassocieerd met feit dat men nog nooit seks/geslachtsgemeenschap heeft gehad, bij respondenten zonder ervaring met seks/geslachtsgemeenschap (RGS3) ($N=179$)

	Helemaal niet	Eerder niet	Noch wel, noch niet	Eerder wel	Heel erg	N
1. Gelukkig	16.4%	14.1%	28.6%	19.9%	21.0%	171
2. Geborgen	19.8%	15.9%	34.7%	17.8%	11.9%	167
3. Ontspannen	10.0%	12.6%	20.2%	41.7%	15.4%	170
4. Trots	18.6%	16.2%	30.5%	22.0%	12.7%	170
5. Zelfzeker	17.2%	16.1%	25.0%	28.1%	13.7%	170
6. Droevig	46.3%	23.4%	19.9%	6.6%	3.9%	170
7. Beschaamd	52.0%	18.3%	14.9%	6.5%	8.2%	169
8. Ontgoocheld	47.3%	16.4%	20.6%	10.2%	5.6%	169
9. Angstig	56.9%	18.3%	17.1%	5.4%	2.4%	170
10. Schuldig	64.9%	15.7%	15.6%	2.3%	1.5%	169

B. Beleving rond grensoverschrijdend gedrag

Vraagomschrijving

Vragen GSG14 en GSG peilen naar de gevoelens die de respondent op dit moment ervaart met betrekking tot het seksueel geweld.

Vraag

GSG14. In welke mate ervaar je volgende emoties op dit moment?

	Helemaal niet	Eerder niet	Matig	Eerder wel	Heel erg
Ik voel me zelfzeker	1	2	3	4	5
Ik voel me beschaamd	1	2	3	4	5
Ik voel me sterk	1	2	3	4	5
Ik voel me schuldig	1	2	3	4	5
Ik voel me angstig	1	2	3	4	5

Motivering

Seksueel grensoverschrijdende ervaringen kunnen zowel op korte als op lange termijn een grote impact hebben op zowel het individueel als inter-persoonlijk functioneren (Browne & Finkelhor, 1986; DiLillo, 2001). Om te peilen naar hoe de respondent zich vandaag voelt met betrekking tot deze meest ingrijpende gebeurtenis leggen we

hem/haar de vraag voor ‘in welke mate ervaar je volgende emoties op dit moment?’. Twee positieve gevoelens (zelfzeker, sterk) en drie negatieve gevoelens (beschaamd, schuldig, angstig) werden opgenomen in de vragenlijst. Deze zijn gebaseerd op de veelgebruikte en gevalideerde emotieschaal, de Positive and Negative Affect Scale (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988) en op onderzoek naar de effecten van seksueel misbruik (Browne & Finkelhor, 1986).

Resultaten

Tabel 321. Huidige emoties bij slachtoffers van SGG voor 18 jaar die de emotionele impact minstens als ‘matig’ beoordeelden. (GSG14) (N=312)

VOOR 18 JAAR	Helemaal niet	Eerder niet	Matig	Eerder wel	Heel erg
1. Ik voel me zelfzeker	7.6%	14.3%	17.8%	38.7%	21.7%
2. Ik voel me beschaamd	41.3%	24.2%	15.8%	13.7%	5.0%
1. Ik voel me sterk	8.7%	13.4%	17.9%	42.3%	17.7%
2. Ik voel me schuldig	59.4%	21.1%	8.1%	8.2%	3.2%
3. Ik voel me angstig	50.2%	25.7%	12.0%	8.5%	3.7%
N	312				

Tabel 322. Huidige emoties bij slachtoffers van SGG voor 18 jaar die de emotionele impact minstens als ‘matig’ beoordeelden. (GSG14) (N=163)

NA 18 JAAR	Helemaal niet	Eerder niet	Matig	Eerder wel	Heel erg
1. Ik voel me zelfzeker	11.5%	8.6%	19.8%	44.2%	16.0%
2. Ik voel me beschaamd	53.0%	22.2%	12.5%	8.8%	3.6%
4. Ik voel me sterk	8.7%	15.0%	17.3%	43.2%	15.8%
5. Ik voel me schuldig	63.6%	22.8%	7.6%	5.5%	0.5%
6. Ik voel me angstig	56.2%	20.4%	10.3%	10.1%	3.0%
N	163				

2.3.4. Sociologische correlaten

2.3.4.1. Minderheidsstressoren

Personen uit minderheidsgroepen krijgen, naast de dagelijkse beslommeringen en specifieke sociale en persoonlijke ingrijpende gebeurtenissen waar alle mensen mee geconfronteerd worden (zie Pearlin, 1989), te maken met een aantal specifieke stressoren inherent aan hun minderheidsstatus. Deze laatste leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid (Meyer, 2003; 2007). Belangrijk hierbij is om naast stressoren ook te kijken naar sociale steun en copingvaardigheden, die een mogelijke mediërende invloed hebben op de relatie tussen het ervaren van stress en negatieve gevolgen met betrekking tot mentaal welbevinden (Cox, Vanden Berghe, Dewaele en Vin-

cke, 2008). Tot op heden is het onduidelijk in welke mate minderheidsstress, een lager mentaal welbevinden en aspecten van seksuele gezondheid (zoals het stellen van seksueel risicogedrag) met elkaar verbonden zijn. Daarom besteden we er in dit onderzoek aandacht aan.

De minderheidsstressoren die we in Sexpert onderscheiden zijn stigmabewustzijn, geïnternaliseerde homonegativiteit en gepercipieerde discriminatie. Elk van deze stressoren zal in deze paragraaf verder uitgewerkt worden.

A. Geïnternaliseerde homonegativiteit

Vraagomschrijving

Vraag SV4 meet de mate waarin holebi's negatieve gevoelens in hun zelfbeeld integreren ten gevolge van homonegatieve waarderings in de samenleving en ervaringen van anders zijn. Deze geïnternaliseerde homonegativiteit meten we aan de hand van een ingekorte versie van de IHNI schaal (Internalized HomoNegativity Inventory) (Mayfield, 2001). De ingekorte IHNI schaal bestaat uit 9 items die respondenten kunnen beantwoorden op een vijfpunten schaal van het Likert type (variërend van 'niet akkoord' tot 'akkoord'). Het eerste en het laatste item hebben we aan alle respondenten voorgelegd, terwijl de andere items enkel zijn bevraagd bij personen die overwegend homoseksueel/lesbisch of biseksueel zijn. Vraag SV4 is opgenomen in de CASI-module van de vragenlijst.

Vraag

SV4. Geef aan in hoeverre je wel of niet akkoord gaat met volgende stellingen.	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Ik vind dat mijn seksuele geaardheid een belangrijk deel van mezelf is.	1	2	3	4	5
2. Wanneer ik eraan denk dat ik me aangetrokken voel tot personen van hetzelfde geslacht, voel ik me ongelukkig.	1	2	3	4	5
3. Ik zie mijn seksuele geaardheid als een geschenk.	1	2	3	4	5
4. Het stoort me als mensen kunnen zien dat ik holebi ben.	1	2	3	4	5
5. Wanneer mensen in mijn omgeving het over holebi's hebben, word ik zenuwachtig.	1	2	3	4	5
6. Mijn seksuele geaardheid brengt me soms in verlegenheid.	1	2	3	4	5
7. Soms denk ik dat ik beter dood dan holebi zou zijn.	1	2	3	4	5
8. Ik ben trots holebi te zijn.	1	2	3	4	5
9. Ik vind dat men in scholen de boodschap zou moeten meegeven dat seksuele aantrekkings tot personen van hetzelfde geslacht, normaal is.	1	2	3	4	5

Motivering

Geïnternaliseerde homonegativiteit verwijst naar de mate waarin holebi's negatieve gevoelens in hun zelfbeeld integreren ten gevolge van homonegatieve waardeningen in de samenleving. Een overzichtsstudie van Szymanski, Kashubeck-West en Meyer (2008) met betrekking tot verschillende operationalisering van en studies over geïnternaliseerde homonegativiteit, toont aan dat geïnternaliseerde homonegativiteit verbonden is met een slechtere mentale gezondheid en een breed scala aan psychosociale problemen bij holebi's. Er is echter geen eensgezindheid over het verband tussen seksueel risicogedrag en geïnternaliseerde homonegativiteit (Szymanski et al., 2008). Sommige studies wijzen op een positief verband terwijl andere studies geen verband vinden. Een studie van Szymanski (2006) toont aan dat geïnternaliseerde homonegativiteit geen invloed heeft op het verband tussen heteroseksisme en psychologische stress bij lesbiennes. Deze inconsistente onderzoeksgegevens nopen tot het verder onderzoeken van het verband tussen geïnternaliseerde homonegativiteit en indicatoren van seksuele gezondheid.

Het eerste en laatste item hebben we aan iedereen voorgelegd. Het eerste item hebben we dit gedaan omdat het ons interessant lijkt om te kijken in welke mate hetero's hun geaardheid als een belangrijk aspect van hun persoonlijkheid ervaren en in welke mate er verschillen zijn tussen hetero's en holebi's. Het laatste item werd aan iedereen voorgelegd omdat we dit als een indicatie zien voor de mate van homonegativiteit in de samenleving.

Resultaten

Tabel 323. Geïnternaliseerde homonegativiteit, items 1 en 9 aan iedereen gevraagd ($N=1825$); items 2 tem. 8 enkel aan respondenten die zich als biseksueel, overwegend homo-seksueel/lesbisch of homoseksueel/lesbisch benoemen ($N=58$) (SV4).

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	<i>N</i>
1. Ik vind dat mijn seksuele geaardheid een belangrijk deel van mezelf is.	3.2%	2.8%	10.9%	30.8%	52.4%	1825
2. Wanneer ik eraan denk dat ik me aangetrokken voel tot personen van hetzelfde geslacht, voel ik me ongelukkig.	62.8%	15.8%	12.3%	0.6%	8.5%	56
3. Ik zie mijn seksuele geaardheid als een geschenk.	13.3%	14.5%	40.7%	18.4%	13.2%	58
4. Het stoort me als mensen kunnen zien dat ik holebi ben.	37.6%	19.7%	12.2%	23.2%	7.3%	55
5. Wanneer mensen in mijn omgeving het over holebi's hebben, word ik zenuwachtig.	53.5%	22.7%	13.4%	5.9%	4.5%	56
6. Mijn seksuele geaardheid brengt me soms in verlegenheid.	53.5%	17.1%	10.5%	17.6%	1.1%	58
7. Soms denk ik dat ik beter dood dan holebi zou zijn.	80%	4.3%	10.6%	2.4%	2.7%	56
8. Ik ben trots holebi te zijn.	23.4%	16.2%	22.6%	23.3%	14.5%	55
9. Ik vind dat men in scholen de boodschap zou moeten meegeven dat seksuele aantrekking tot personen van hetzelfde geslacht, normaal is.	9.9%	10.6%	21.7%	27.1%	30.7%	1814

B. Stigmabewustzijn

Vraagomschrijving

Stigmabewustzijn verwijst naar de mate waarin personen verwachten dat ze stereotiep behandeld zullen worden door anderen ten gevolge van hun minderheidspositie. Om dit te meten gebruiken we de Stigma Consciousness Questionnaire (SCQ) van Pinel (1999). De SCQ bestaat uit 10 items die door de respondenten kunnen beantwoord worden op een vijfpunten likert-schaal variërend van 'absoluut niet akkoord' tot 'volledig akkoord'. Door het gemiddelde te nemen van de scores op de items, bepalen we de mate van stigmabewustzijn voor de respondenten. De SCQ kan aangepast worden naargelang de minderheidsgroep die bevestigd wordt. In Sexpert hebben we stigmabewustzijn bij respectievelijk holebi's (SV5) en personen van Marokkaanse of Turkse afkomst (AV33) bevestigd. De vraag voor holebi's is opgenomen in de CASI-module terwijl de vraag voor personen van Marokkaanse of Turkse afkomst in de CAPI-module van de vragenlijst bevestigd wordt. We maken dit onderscheid omdat mogelijk niet alle respondenten hun seksuele oriëntatie wensen bekend te maken aan

een interviewer. Etnische origine is echter een kenmerk dat respondenten moeilijk of niet kunnen verbergen. Daarom kunnen we stigmabewustzijn bij personen van Marokkaanse of Turkse afkomst best in de CAPI-module bevragen.

Vraag

SV5. Geef aan in hoeverre je wel of niet akkoord gaat met volgende stellingen.	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Vooroordelen rond holebi's hebben mij niet persoonlijk beïnvloed.	1	2	3	4	5
2. Ik maak me nooit zorgen over het feit dat mijn gedrag gezien zou kunnen worden als typisch homo of typisch lesbienne.	1	2	3	4	5
3. Als ik omga met hetero's voel ik dat ze al mijn gedragingen interpreteren in termen van mijn seksuele geaardheid.	1	2	3	4	5
4. De meeste hetero's veroordelen holebi's niet op basis van hun seksuele geaardheid.	1	2	3	4	5
5. Mijn seksuele geaardheid beïnvloedt niet hoe hetero's met me omgaan.	1	2	3	4	5
6. Ik denk bijna nooit na over het feit dat ik holebi ben als ik omga met hetero's.	1	2	3	4	5
7. Mijn seksuele geaardheid beïnvloedt hoe mensen me behandelen	1	2	3	4	5
8. De meeste hetero's ervaren meer angst en afkeer tegenover holebi's dan ze eigenlijk durven toegeven	1	2	3	4	5
9. Ik denk vaak dat hetero's oneerlijk beschuldigd worden angst en afkeer te ervaren tegenover holebi's.	1	2	3	4	5
10. De meeste hetero's hebben er problemen mee om holebi's te zien als hun gelijken.	1	2	3	4	5

AV33. Geef aan in hoeverre je wel of niet akkoord gaat met volgende uitspraken.	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Vooroordelen rond personen van Turkse/ Marokkaanse afkomst hebben mij niet persoonlijk beïnvloed.	1	2	3	4	5
2. Ik maak me nooit zorgen over het feit dat mijn gedrag gezien zou kunnen worden als typisch voor een persoon van Turkse/ Marokkaanse afkomst.	1	2	3	4	5
3. Als ik omga met Vlamingen voel ik dat ze al mijn gedragingen interpreteren in termen van mijn afkomst.	1	2	3	4	5
4. De meeste Vlamingen veroordelen personen van Turkse/ Marokkaanse afkomst niet op basis van hun afkomst.	1	2	3	4	5
5. Mijn afkomst beïnvloedt niet hoe Vlamingen met me omgaan.	1	2	3	4	5
6. Ik denk bijna nooit na over het feit dat ik van Turkse/ Marokkaanse afkomst ben wanneer ik omga met Vlamingen.	1	2	3	4	5
7. Mijn afkomst beïnvloedt hoe mensen me behandelen	1	2	3	4	5

8. De meeste Vlamingen ervaren meer angst en afkeer tegenover personen van Turkse/ Marokkaanse afkomst dan ze eigenlijk durven toegeven	1	2	3	4	5
9. Ik denk vaak dat Vlamingen oneerlijk beschuldigd worden angst en afkeer te ervaren tegenover personen van Turkse/Marokkaanse afkomst.	1	2	3	4	5
10. De meeste Vlamingen hebben er problemen mee om personen van Turkse/ Marokkaanse afkomst als hun gelijke te zien.	1	2	3	4	5

De resultaten voor deze vraag worden niet gerapporteerd. Percentages berekend op subgroepen met $N < 50$ worden niet weergegeven (zie deel 2, paragraaf 2.1).

Motivering

Stigmabewustzijn verwijst naar de mate waarin personen, die deel uitmaken van een gestigmatiseerde groep, zich bewust zijn van de stereotypen in de samenleving over die groep. Een hoog stigmabewustzijn gaat dan samen met de verwachting om stereotiep behandeld te worden (Pinel, 1999). Onderzoek toont aan dat stigmabewustzijn een invloed heeft op uiteenlopende domeinen. Zo blijkt er een negatief verband tussen de mate van stigmabewustzijn en mentaal welbevinden bij lesbische en biseksuele meisjes (Schoonacker, Dumon en Louckx, 2009). Brown en Pinel (2003) geven aan dat stigmabewustzijn een invloed heeft op wiskundeprestaties bij vrouwen. Dit is voornamelijk het geval wanneer het een situatie betreft waarin deze vrouwen het gevoel hebben onder druk te staan en stereotiep bejegend te worden (Steele, 1997; Steele & Aronson, 1995). Voorts blijkt er een negatief verband te zijn tussen stigmabewustzijn, zelfvertrouwen en schoolprestaties (Pinel, Warner & Chua, 2005). We veronderstellen dat stigmabewustzijn op directe of indirecte wijze (bv. via het verband met mentaal welbevinden), invloed kan uitoefenen op bepaalde aspecten van seksuele gezondheid.

Resultaten

Tabel 324. Stigmabewustzijn bij holebi's, vraag enkel gesteld aan respondenten die zich als biseksueel, overwegend homoseksueel/lesbisch of homoseksueel/lesbisch benoemen (SV5) (N=58).

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Vooroordelen rond holebi's hebben mij niet persoonlijk beïnvloed.	15.5%	6.3%	23%	33.7%	21.6%	56
2. Ik maak me nooit zorgen over het feit dat mijn gedrag gezien zou kunnen worden als typisch homo of typisch lesbienne.	16.5%	13.5%	19.2%	32.3%	18.6%	56
3. Als ik omga met hetero's voel ik dat ze al mijn gedragingen interpreteren in termen van mijn seksuele geaardheid.	41.2%	20.1%	24.5%	10.7%	3.5%	56
4. De meeste hetero's veroordelen holebi's niet op basis van hun seksuele geaardheid.	9.3%	17.7%	30.8%	35%	7.1%	56
5. Mijn seksuele geaardheid beïnvloedt niet hoe hetero's met me omgaan.	5.6%	5.7%	14.8%	41%	32.9%	56
6. Ik denk bijna nooit na over het feit dat ik holebi ben als ik omga met hetero's.	10.1%	4.7%	11.2%	37%	36.9%	54
7. Mijn seksuele geaardheid beïnvloedt hoe mensen me behandelen	42.5%	23.3%	17.3%	9.8%	7.2%	56
8. De meeste hetero's ervaren meer angst en afkeer tegenover holebi's dan ze eigenlijk durven toegeven	14.2%	20%	29%	27%	9.8%	56
9. Ik denk vaak dat hetero's oneerlijk beschuldigd worden angst en afkeer te ervaren tegenover holebi's.	12.6%	13.7%	41.2%	21.1%	11.3%	55
10. De meeste hetero's hebben er problemen mee om holebi's te zien als hun gelijken.	16.9%	21.1%	26.9%	18.9%	16.3%	55

C. Gepercipieerde discriminatie

Vraagomschrijving

Met deze vraag willen we nagaan in welke mate de respondent zich gediscrimineerd voelt. Om dit in kaart te brengen, leggen we een aantal gebeurtenissen voor waarvoor de respondent telkens moet aangeven hoe vaak hij/zij dit heeft meegemaakt in de afgelopen zes maanden. Door de som van de scores op de verschillende items te berekenen, bekomen we de discriminatiescore. Met uitzondering van het laatste item zijn alle vraagitems overgenomen van Williams, Yu, Jackson en Anderson (1997). Deze vraag is in de CAPI-module van de vragenlijst bevraagd.

Vraag

Mind1. In welke mate is het je de voorbije 6 maanden overkomen dat je onrechtvaardig behandeld werd op basis van een bepaald persoonlijk kenmerk (omdat je een andere huidskleur hebt, omdat je holebi bent, omdat je er 'vreemd' uitziet,...).	Nooit	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer één keer per maand	Meerder keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	Dagelijks
1. Je bent minder vriendelijk behandeld dan anderen	1	2	3	4	5	6	7
2. Je bent met minder respect behandeld dan anderen	1	2	3	4	5	6	7
3. Je kreeg slechtere dienstverlening dan anderen in openbare ruimtes (restaurants, winkels, ...)	1	2	3	4	5	6	7
4. Mensen gedroegen zich alsof ze dachten dat je niet slim bent	1	2	3	4	5	6	7
5. Mensen gedroegen zich alsof ze bang waren van jou	1	2	3	4	5	6	7
6. Mensen gedroegen zich alsof ze denken dat je oneerlijk bent	1	2	3	4	5	6	7
7. Mensen gedroegen zich alsof ze beter waren dan jou	1	2	3	4	5	6	7
8. Je bent uitgescholden of beledigd	1	2	3	4	5	6	7
9. Je bent bedreigd of lastiggevallen	1	2	3	4	5	6	7
10. Je bent gevolgd in winkels	1	2	3	4	5	6	7

Motivering

Het ervaren van discriminatie is voor uiteenlopende sociale groepen een belangrijke stressor (Meyer, 2007). Onderzoek toont aan dat er een negatief verband is tussen ervaringen van discriminatie en mentale gezondheid bij holebi's (Szymanski, 2006; Mays & Cochran, 2001). Een overzicht van de onderzoeksliteratuur met betrekking tot discriminatie op basis van etnische origine toont aan dat een merendeel van de studies een positief verband vindt tussen (het ervaren van) discriminatie en psychische aandoeningen (Williams, Neighbors & Jackson, 2008). Discriminatie kan een barrière voor een goede seksuele gezondheid zijn (Robinson, Bockting, Rosser, Miner & Coleman, 2003). Ook de International Planned Parenthood Federation (1996) erkent een leven vrij van discriminatie als een essentiële voorwaarde om de seksuele en reproductieve rechten van individuen veilig te stellen.

Resultaten`

Tabel 325. Gepercipieerde discriminatie (Mind1) (N=1825).

	Nooit	Een uitzon- derlijke keer	Onge- veer één keer per maand	Meer- der keren per maand	Onge- veer één keer per week	Meer- dere keren per week	Dagelijks	N
1. Je bent minder vriendelijk behandeld dan anderen	78.4%	15.9%	2.7%	1.9%	0.4%	0.2%	0.4%	1818
2. Je bent met minder respect behandeld dan anderen	78.8%	15%	3.4%	1.7%	0.4%	0.4%	0.3%	1819
3. Je kreeg slechtere dienstver- lening dan anderen in open- bare ruimtes (restaurants, winkels, ...)	87.8%	9.7%	1.7%	0.6%	0.1%	0.1%	0%	1816
4. Mensen gedroegen zich alsof ze dachten dat je niet slim bent	84.5%	11.7%	1.7%	1.5%	0.2%	0.1%	0.3%	1816
5. Mensen gedroegen zich alsof ze bang waren van jou	87.5%	8.8%	1.8%	1.5%	0.2%	0.2%	0%	1817
6. Mensen gedroegen zich alsof ze denken dat je oneer- lijk bent	89.6%	8.4%	1%	0.6%	0%	0.2%	0.1%	1817
7. Mensen gedroegen zich alsof ze beter waren dan jou	65%	23.1%	5.4%	3.7%	1%	1%	0.5%	1816
8. Je bent uitgescholden of beledigd	83.5%	12.3%	2%	1.3%	0.6%	0.2%	0.2%	1818
9. Je bent bedreigd of lastig- gevallen	91.9%	6.2%	0.7%	0.8%	0.2%	0.2%	0%	1818
10. Je bent gevolgd in winkels	97.3%	2.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0%	1820

2.3.4.2. Sociaal kapitaal

Vraagomschrijving

Om het sociaal kapitaal van respondenten in kaart te brengen, gebruiken we verschillende maten. Ten eerste bevragen we de intensiteit van de sociale contacten met burens, vrienden of kennissen en familieleden (LS2). Hier moeten de respondenten aangeven hoe vaak ze in de laatste zes maanden contact hadden met elk van deze groepen. Vraag LS3 meet de heterogeniteit van het sociaal netwerk (items 2, 4, 6 en 8) en de mate waarin respondenten verschillende types sociale steun ervaren (items 1, 3, 5, 7 en 9) aan de hand van een likertschaal met vijf punten ('helemaal oneens' tot 'helemaal eens'). Concreet onderscheiden we vier vormen van sociale steun: emotionele steun, gezelschap en hulp in geval van ziekte of financiële problemen. LS4 meet de mate van gepercipieerde sociale cohesie in de buurt waarbij de respondenten kunnen antwoorden op een vijfpuntenschaal gaande van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. Dit is één van de twee subschalen van Sampson, Raudenbush en Earl's (1997)

collective efficacy-maat. Dit concept verwijst naar de efficiëntie waarmee mensen in een buurt in staat zijn om de publieke orde te behouden. Om dit te bereiken is een combinatie van sociale cohesie of vertrouwen en een bereidheid tot sociale controle mogelijk. Al deze vragen zijn in de CAPI-module van de vragenlijst opgenomen.

Vraag

LS2. Geef voor volgende zaken aan hoe vaak je deze de afgelopen 6 maanden hebt gedaan.	Niet tijdens de voorbije 6 maanden	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer één keer per maand	Meerdere keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	(Bijna) dagelijks
1. Hoe dikwijls praat je met één van je burens?	1	2	3	4	5	6	7
2. Hoe vaak ontmoet je vrienden of kennissen bij jou thuis of elders?	1	2	3	4	5	6	7
3. Hoe vaak ontmoet je familieleden (die niet bij jou thuis wonen) thuis of elders?	1	2	3	4	5	6	7

LS3. Volgende stellingen gaan over jouw sociale contacten buiten je strikt professionele contacten. Duid aan de hand van kaart 45 aan in welke mate je het ermee eens of oneens bent.	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Als ik me alleen voel, kan ik bij verschillende mensen terecht voor een babbel	1	2	3	4	5
2. De mensen waar ik vaak mee omga hebben dezelfde interesses en meningen als ikzelf	1	2	3	4	5
3. Als ik gezelschap zoek voor een dagje uit, vind ik altijd wel iemand	1	2	3	4	5
4. Ik kom vaak in contact met mensen uit dezelfde sociale milieus als ikzelf	1	2	3	4	5
5. Er is iemand bij wie ik terecht kan als ik ziek ben	1	2	3	4	5
6. De mensen waar ik vaak mee omga hebben dezelfde levensstijl als ikzelf	1	2	3	4	5
7. Als ik steun zoek omdat er iemand is gestorven, kan ik bij verschillende mensen terecht.	1	2	3	4	5
8. Ik kom vaak in contact met mensen met een andere etnische achtergrond	1	2	3	4	5
9. Er zijn mensen die me uit de nood helpen als ik financiële problemen zou hebben.	1	2	3	4	5

LS4. De volgende vragen gaan over de buurt waarin je woont. Geef voor elk van deze uitspraken aan in welke mate je het er mee eens bent.	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. De mensen hier zijn bereid om hun burens te helpen.	1	2	3	4	5
2. Dit is een hechte buurt	1	2	3	4	5
3. De mensen in deze buurt zijn te vertrouwen	1	2	3	4	5
4. De mensen in deze buurt komen over het algemeen niet met mekaar overeen	1	2	3	4	5
5. Mensen in deze buurt delen niet dezelfde waarden	1	2	3	4	5

Motivering

Het concept sociaal kapitaal is vanuit verschillende invalshoeken relevant voor seksuele gezondheid; Ten eerste vinden Semaan, Sternberg, Zaidi en Aral (2007) een correlatie tussen sociaal kapitaal en de prevalentie van seksueel overdraagbare aandoeningen. Holtgrave en Crosby (2003) wijzen er op dat deze relatie meer aandacht verdient. Ten tweede blijkt sociaal kapitaal ook een belangrijke mediërende variabele te zijn voor de invloed van minderheidsstressoren (Cox, Vanden Berghe, Dewaele & Vincke, 2008; Meyer, 2007).

Sociaal kapitaal is door verschillende auteurs op een andere manier gedefinieerd. Coleman (1988) definieert sociaal kapitaal als een variëteit van entiteiten die bestaan uit elementen van de sociale structuur en die acties van actoren in die sociale structuur vergemakkelijken. Sociaal kapitaal bestaat dus in de relaties tussen mensen, kan als hulpbron van individuen gebruikt worden en laat toe dat bepaalde uitkomsten worden bereikt die zonder de aanwezigheid van sociaal kapitaal niet mogelijk zouden zijn. Bourdieu (1986) omschrijft sociaal kapitaal als de hulpbronnen die verbonden zijn aan het bezit van een duurzaam netwerk van relaties (p. 246). Wat interessant is aan Bourdieu's (1984, 1998) werk, is dat hij sociaal kapitaal in een breder theoretisch raamwerk beschouwt; hij onderscheidt immers verschillende klassen op basis van het bezit en gebruik van verschillende kapitaalsoorten, namelijk sociaal, economisch en cultureel kapitaal. Hoewel Bourdieu zelf veel nadruk heeft gelegd op het belang van economisch en cultureel kapitaal, verdient ook sociaal kapitaal voldoende aandacht (Carpiano, 2006). Carpiano (2006, 2007) heeft zich in zijn onderzoek naar de invloed van sociaal kapitaal op gezondheid laten leiden door een op Bourdieu geïnspireerd model van sociaal kapitaal. Abel (2008) en Veenstra (2007) wijzen beide op het nut van een benadering op basis van economisch, cultureel en sociaal kapitaal in onderzoek naar gezondheidsverschillen. In Sexpert zullen we dit raamwerk dan ook toepassen op het domein van de seksuele gezondheid.

Resultaten

Tabel 326. Intensiteit van de sociale contacten met buren, vrienden of kennissen en familieleden (LS2) (N=1825).

	Niet tijdens de voorbije 6 maanden	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer één keer per maand	Meerdere keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	(Bijna) dagelijks	N
1. Hoe dikwijls praat je met één van je buren?	3.7%	8.5%	9.3%	15%	19.8%	26.9%	16.8%	1825
2. Hoe vaak ontmoet je vrienden of kennissen bij jou thuis of elders?	1.6%	3.9%	9.6%	18.8%	26%	30.8%	9.4%	1822
3. Hoe vaak ontmoet je familieleden (die niet bij jou thuis wonen) thuis of elders?	1.4%	4.3%	11%	20.6%	27.2%	25.4%	10%	1819

Tabel 327. Heterogeniteit van sociale netwerk en sociale steun (LS3) (N=1825).

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Als ik me alleen voel, kan ik bij verschillende mensen terecht voor een babbel	2.6%	4.4%	5.5%	45.3%	42.2%	1815
2. De mensen waar ik vaak mee omga hebben dezelfde interesses en meningen als ikzelf	2.5%	10.3%	19%	51.5%	16.7%	1822
3. Als ik gezelschap zoek voor een dagje uit, vind ik altijd wel iemand	2.6%	6.4%	9.1%	50%	31.8%	1816
4. Ik kom vaak in contact met mensen uit dezelfde sociale milieus als ikzelf	2%	6%	10.7%	51.4%	29.9%	1821
5. Er is iemand bij wie ik terecht kan als ik ziek ben	0.9%	2.5%	3.9%	38%	54.7%	1818
6. De mensen waar ik vaak mee omga hebben dezelfde levensstijl als ikzelf	2.1%	9.3%	19.5%	48.5%	20.6%	1820
7. Als ik steun zoek omdat er iemand is gestorven, kan ik bij verschillende mensen terecht.	1.5%	3.5%	5.4%	43.2%	46.5%	1809
8. Ik kom vaak in contact met mensen met een andere etnische achtergrond	8.8%	26.2%	17.9%	31.7%	15.4%	1818
9. Er zijn mensen die me uit de nood helpen als ik financiële problemen zou hebben.	5.9%	7.3%	18.8%	44.1%	23.9%	1786

Tabel 328. Mate van gepercipieerde cohesie in de buurt (LS4) (N=1825).

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens noch oneens	Eerder eens	Hele- maal eens	N
1. De mensen hier zijn bereid om hun buren te helpen.	2.7%	5.7%	13.8%	45.1%	32.7%	1812
2. Dit is een hechte buurt	5%	16.9%	23.4%	32.4%	22.3%	1817
3. De mensen in deze buurt zijn te vertrouwen	2.1%	3.5%	18.1%	48.7%	27.6%	1812
4. De mensen in deze buurt komen over het algemeen niet met mekaar overeen	32.3%	44.8%	14.5%	6.5%	1.9%	1806
5. Mensen in deze buurt delen niet dezelfde waarden	17.6%	34.1%	29.1%	16%	3.2%	1789

2.3.4.3. Leefstijl

Vraagomschrijving

Met de volgende vragen willen we de leefstijl van mensen in kaart brengen. Hier-voor gebruiken we verschillende indicatoren, die allen zijn opgenomen in de CAPI-module van de vragenlijst. In vraag LS1 zijn een aantal handelingsoriëntaties vervat, die we meten door een aantal stellingen voor te leggen aan de respondenten waarbij ze op een vijf-puntenschaal kunnen aangeven in welke mate ze het hiermee eens zijn ('helemaal oneens' tot helemaal eens'). Ten eerste meet item 1 de mate van utilitair individualisme wat verwijst naar het vooropstellen van het eigenbelang (Waege, 1997). Items 2, 5 en 6 meten het concept solidarisme waarbij de focus vooral ligt op een gelijkheidsstreven (Waege, 1997). Om tot een solidarismescore te komen, nemen we het gemiddelde van deze drie items. Met items 3, 4, 7 en 8 bevragen we de oriëntatie expressief individualisme waarbij mensen de bestaande gebruiken en normen in vraag stellen (Waege, 1997). Ook hier wordt het gemiddelde genomen om tot een totaalscore te komen. Aan de hand van items 9 tot 13 meten we het concept etnocentrisme. Dit verwijst naar negatieve attitudes ten opzichte van de *outgroup* (migranten) gecombineerd met positieve attitudes tegenover de *ingroup* (Vlamingen of Belgen) (Billiet, Carton & Eisinga, 1995). De items zijn afkomstig van de etnocentrisme-schaal die Billiet et al. (1995) hebben ontworpen. Deze drie vragen-batterijen zijn in meer uitgebreide vorm opgenomen in de survey 'Sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen 2002' (Carton, Hegemann & Van Geel, 2003).

De volgende vragen brengen een aantal culturele leefstijlindicatoren in kaart. Vragen LS5a tot en met LS6b bevragen de hoeveelheid tijd die respondenten voor de tv besteden en de zender die ze dan het liefst en het minst graag bekijken. In vraag LS7 peilen we naar muziekvoorkeuren door aan de respondenten te vragen hoe vaak ze in de afgelopen zes maanden naar een aantal muziekgenres luisterden. Met vraag LS8 willen we een zicht krijgen op de publieke receptieve participatie door te vragen hoe vaak de respondenten in de afgelopen zes maanden een aantal culturele en vrijetijds-

activiteiten hebben gedaan. Vraag LS9 is ten slotte bedoeld om in kaart te brengen hoe vaak de respondent aan sport doet.

Vraag

LS1. Nu zou ik graag jouw mening kennen over de volgende uitspraken. Kan je voor de volgende uitspraken aangeven in welke mate je het er eens of oneens mee bent?	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. De mensheid, onze naasten, wat een onzin allemaal. Iedereen moet eerst voor zichzelf zorgen en zijn eigen belangen verdedigen	1	2	3	4	5
2. Een mens kan zich maar gelukkig voelen als zijn medemens ook gelukkig is	1	2	3	4	5
3. Niets of niemand mag mij beperken in de nieuwe ervaringen die ik wil opdoen	1	2	3	4	5
4. Zowel binnenshuis als buitenshuis trek ik me niets aan van de gebruiken en gewoontes in de samenleving	1	2	3	4	5
5. Men voelt zich pas gelukkig als men regelmatig iets voor anderen kan doen zonder iets terug te verwachten	1	2	3	4	5
6. Ik voel me pas echt goed als ik me kan inzetten voor een gemeenschappelijk doel	1	2	3	4	5
7. Ik doe altijd mijn eigen zin, ook al gaat het volledig in tegen wat algemeen aanvaard is	1	2	3	4	5
8. Ik doe mijn eigen zin en daarmee uit	1	2	3	4	5
9. Migranten zijn een bedreiging voor onze cultuur en gebruiken	1	2	3	4	5
10. Migranten dragen bij tot de welvaart van ons land	1	2	3	4	5
11. Migranten zijn over het algemeen niet te vertrouwen	1	2	3	4	5
12. Migranten komen hier profiteren van de sociale zekerheid	1	2	3	4	5
13. De aanwezigheid van verschillende culturen is een verrijking van onze samenleving.	1	2	3	4	5

LS5a. Wanneer je de voorbije maand bekijkt, hoeveel uren keek je ongeveer naar televisie op een normale weekdag?

..... uren

LS5b. En hoeveel uren keek je bij benadering op een normale dag in het weekend?

..... uren

LS6. Er volgt nu een lijst met verschillende televisiezenders. Naar welke van deze zenders kijk je het liefst en naar welke het minst graag? Indien je bijna nooit TV kijkt, kan je dit ook aangeven.			o Ik kijk het liefst naar o (LS6a)	o Ik kijk het minst graag naar (LS6b)
1. <i>Eén</i>			1	1
2. <i>CANVAS</i>			2	2
3. <i>Ketnet</i>			3	3
4. <i>VTM</i>			4	4
5. <i>VT4</i>			5	5
6. <i>2BE</i>			6	6
7. <i>Regionale zender (ATV, TV Limburg,...)</i>			7	7
8. <i>Muziekzenders (TMF, MTV, JIM-TV,...)</i>			8	8
9. <i>Vitaya</i>			9	9
10. <i>VIJFtv</i>			10	10
11. <i>Een buitenlandse zender</i>			11	11
12. <i>Ik kijk (bijna) nooit tv</i>			o 12	

LS7. Ik zal je nu een aantal muziekgenres opsommen. Zeg voor elk genre hoe vaak je er de voorbije 6 maanden naar geluisterd hebt, of niet naar luisterde.	Niet tijdens de voorbije 6 maanden	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer één keer per maand	Meerdere keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	Dagelijks
1. <i>Klassieke muziek (Opera, operette, barok, bedendaags klassiek...)</i>	1	2	3	4	5	6	7
2. <i>Pop of rock</i>	1	2	3	4	5	6	7
3. <i>Wereldmuziek</i>	1	2	3	4	5	6	7
4. <i>Dance, house, techno</i>	1	2	3	4	5	6	7
5. <i>Folk of country</i>	1	2	3	4	5	6	7
6. <i>Kleinkunst of chansons</i>	1	2	3	4	5	6	7
7. <i>Populaire Vlaamse muziek, 10 om te zien, schlagers, levenslied</i>	1	2	3	4	5	6	7
8. <i>Jazz, blues, soul of funk</i>	1	2	3	4	5	6	7

LS8. Kan je op kaart 49 voor de volgende activiteiten aangeven hoe vaak je ze de voorbije 6 maanden hebt gedaan? Als je ze de voorbije 6 maanden niet hebt gedaan, kan je dit ook aangeven.	Niet tijdens de voorbije 6 maanden	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer één keer per maand	Meerdere keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	Dagelijks
1. <i>Een concert bijgewoond</i>	1	2	3	4	5	6	7
2. <i>Een festival bijgewoond</i>	1	2	3	4	5	6	7
3. <i>Naar de bioscoop geweest</i>	1	2	3	4	5	6	7
4. <i>Naar de kermis geweest</i>	1	2	3	4	5	6	7

5. Een musical, show, revue of stand-up comedy voorstelling bezocht	1	2	3	4	5	6	7
6. Op restaurant geweest	1	2	3	4	5	6	7
7. Een theater-, dans- of balletvoorstelling bezocht	1	2	3	4	5	6	7
8. Een pretpark of dierentuin bezocht	1	2	3	4	5	6	7
9. Een museum of tentoonstelling voor oude/schone of modern/bedendaagse kunst bezocht	1	2	3	4	5	6	7

LS9 Hoe vaak heb je de voorbije 6 maanden aan sport gedaan?

Niet tijdens de voorbije 6 maanden	1
Een uitzonderlijke keer	2
Ongeveer één keer per maand	3
Meerdere keren per maand	4
Ongeveer één keer per week	5
Meerdere keren per week	6
Dagelijks	7

Motivering

Vanuit sociologisch oogpunt is het zeer relevant om de leefstijl van de respondenten in kaart te brengen. Door de veranderingen die westerse samenlevingen de afgelopen decennia hebben doorgemaakt, is een conceptualisering van sociale klassen op basis van productieverhoudingen immers niet meer accuraat. Deze vaststelling brengt Clark en Lipset (2001) tot de conclusie van *the death of class*. Volgens andere auteurs is deze conclusie echter wat voorbarig. Elchardus (2002, 2009) wijst er zo op dat economische ongelijkheid, enerzijds, weliswaar aan belang inboet, maar dat culturele ongelijkheid, anderzijds, steeds belangrijker wordt in de huidige samenleving. Ook Featherstone (2007) wijst op het belang van cultuur voor de maatschappelijke stratificatie te begrijpen. Volgens Bögenhold (2001), Caen (2009) en Katz-Gerro (2004) kunnen leefstijlen in deze context beschouwd worden als een nieuwe stratificerende dimensie. Het is dus ook cruciaal om leefstijlindatoren mee in rekening te nemen om een goed zicht te krijgen op de structuur van de samenleving. Frie en Janssen (2009) hebben een exploratieve studie gedaan naar de verbanden tussen culturele leefstijl, sociale ongelijkheid en gezondheid. Hierbij hebben ze inderdaad verbanden gevonden tussen leefstijl als indicator voor cultureel kapitaal en gezondheid. Ook voor seksuele gezondheid we verwachten we dat er verschillen zijn met betrekking tot seksuele gezondheid naargelang de positie die men inneemt in de maatschappelijke rangorde. Vanuit deze optiek hebben we de vragen naar leefstijlen opgenomen. Door een dergelijke operationalisering van leefstijl, vermijden we ook een probleem dat in biomedische literatuur vaak opduikt, namelijk de reductie van leefstijl tot de volatiele gedragscomponent zonder enige referentie naar de maatschappelijke inbedding ervan (Frohlich, Corin en Potvin, 2001). Bij de keuze van de leefstijlindatoren

hebben we ons vooral laten leiden door het werk van Caen (2009) en Roose, Van Eijck en Lievens (2010). Concreet hebben we de indicatoren gekozen die het sterkst discrimineren tussen de verschillende leefstijlgroepen in Vlaanderen.

Resultaten

Tabel 329. Mate van solidarisme, individualisme en ethnocentrisme (LS1) (N=1825).

	Hele- maal oneens	Eerder oneens	Noch eens noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. De mensheid, onze naasten, wat een onzin allemaal. Iedereen moet eerst voor zichzelf zorgen en zijn eigen belangen verdedigen	22.7%	33.8%	15%	19.9%	8.6%	1809
2. Een mens kan zich maar gelukkig voelen als zijn medemens ook gelukkig is	3.2%	10.2%	11.7%	47.1%	27.8%	1820
3. Niets of niemand mag mij beperken in de nieuwe ervaringen die ik wil opdoen	5.4%	14.8%	15.4%	41.7%	22.7%	1817
4. Zowel binnenshuis als buitenshuis trek ik me niets aan van de gebruiken en gewoontes in de samenleving	29.2%	41.8%	13.8%	11%	4.2%	1816
5. Men voelt zich pas gelukkig als men regelmatig iets voor anderen kan doen zonder iets terug te verwachten	2.2%	6%	14.2%	48.2%	29.3%	1818
6. Ik voel me pas echt goed als ik me kan inzetten voor een gemeenschappelijk doel	3.2%	14%	26.6%	38.8%	17.4%	1813
7. Ik doe altijd mijn eigen zin, ook al gaat het volledig in tegen wat algemeen aanvaard is	26.2%	41.1%	15.3%	13.5%	3.9%	1816
8. Ik doe mijn eigen zin en daarmee uit	38.9%	33.3%	13.4%	10.5%	3.9%	1819
9. Migranten zijn een bedreiging voor onze cultuur en gebruiken	23.3%	30.1%	22.1%	17.1%	7.3%	1812
10. Migranten dragen bij tot de welvaart van ons land	13.1%	28.1%	36.2%	18.9%	3.7%	1803
11. Migranten zijn over het algemeen niet te vertrouwen	15%	35.8%	33.2%	12%	3.9%	1808
12. Migranten komen hier profiteren van de sociale zekerheid	8.6%	23.1%	29.6%	24.7%	13.8%	1808
13. De aanwezigheid van verschillende culturen is een verrijking van onze samenleving.	7.1%	12.5%	22.4%	42.4%	15.6%	1804

Tabel 330. Aantal uren TV op een week- en weekenddag (kolompercentages) ($N=1825$).

	Weekdag (LS5a)	Weekenddag (LS5b)
Geen	4.4%	4.5%
1h	25.1%	16.7%
2h	32.5%	26.8%
3h	18.2%	20.8%
4h	10.3%	15.7%
5h	5.3%	7.9%
> 5h	4.2%	7.6%
<i>N</i>	1796	1804

Tabel 331. Zender waarnaar men het liefst en het minst graag kijkt (Kolompercenage) ($N=1825$).

		Ik kijk het liefst naar (LS6_a)	Ik kijk het minst graag naar (LS6_b)
1.	Eén	35.1%	3.4%
2.	CANVAS	13.4%	6.1%
3.	Ketnet	0.4%	7.1%
4.	VTM	19.3%	10.4%
5.	VT4	7.8%	2.9%
6.	2BE	6.2%	2.2%
7.	Regionale zender (ATV, TV Limburg,...)	0.4%	8.3%
8.	Muziekzenders (TMF, MTV, JIM-TV,...)	2.2%	21%
9.	Vitaya	3.6%	7.1%
10.	VIJFtv	3.6%	5.4%
11.	Een buitenlandse zender	5.2%	22%
12.	Ik kijk (bijna) nooit tv	2.9%	4%
<i>N</i>		1802	1762

Tabel 332. Mate waarin respondenten een aantal muziekgenres hebben beluisterd (LS7)
(N=1825).

	Niet tijdens de voorbije 6 maanden	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer één keer per maand	Meerdere keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	Dagelijks	N
1. Klassieke muziek (Opera, operette, barok, hedendaags klassiek...)	50.5%	20.9%	7.5%	6.5%	5%	5.4%	4.2%	1823
2. Pop of rock	19.2%	6.6%	3.4%	10.2%	6.2%	22.6%	31.9%	1823
3. Wereldmuziek	33.7%	20.9%	10.8%	10.3%	7.9%	9.5%	6.9%	1818
4. Dance, house, techno	43%	17.1%	5.8%	7.1%	5.7%	11.7%	9.6%	1819
5. Folk of country	43.3%	22.9%	11.1%	8.7%	5.4%	5.3%	3.4%	1818
6. Kleinkunst of chansons	37.1%	19.6%	12.2%	11.2%	7.9%	8.8%	3.2%	1819
7. Populaire Vlaamse muziek, 10 om te zien, schlagers, levenslied	29.9%	20.9%	9.1%	9.9%	7.8%	12.7%	9.7%	1821
8. Jazz, blues, soul of funk	37.4%	20.2%	12.2%	10.6%	7.6%	8%	4.1%	1821

Tabel 333. Frequentie van bezoek aan receptieve cultuur- en vrijetijdsactiviteiten (LS8)
(N=1825).

	Niet tijdens de voorbije 6 maanden	Een uitzonderlijke keer	Ongeveer één keer per maand	Meerdere keren per maand	Ongeveer één keer per week	Meerdere keren per week	Dagelijks	N
1. Een concert bijgewoond	60.9%	25.5%	9.2%	3.2%	0.8%	0.5%	0%	1821
2. Een festival bijgewoond	78.7%	16.2%	3.3%	1.3%	0.3%	0.2%	0%	1821
3. Naar de bioscoop geweest	47.1%	27.1%	18.5%	6%	1.1%	0.2%	0%	1821
4. Naar de kermis geweest	58.3%	34.2%	5.7%	1.4%	0.1%	0.1%	0.1%	1818
5. Een musical, show, revue of stand-up comedy voorstelling bezocht	73.7%	20.3%	4.9%	0.8%	0.1%	0.1%	0%	1818
6. Op restaurant geweest	10.7%	17%	33%	24.9%	11.1%	3.1%	0.2%	1820
7. Een theater-, dans- of balletvoorstelling bezocht	75.1%	18.7%	4.6%	1.2%	0.2%	0.2%	0%	1816
8. Een pretpark of dieren-tuin bezocht	66.4%	27.4%	4.4%	1.4%	0.2%	0.1%	0.1%	1816
9. Een museum of tentoonstelling voor oude/schone of modern/hedendaagse kunst bezocht	63.9%	24%	9%	2.6%	0.3%	0.1%	0.1%	1816

Tabel 334. Frequentie van sportbeoefening (LS9) (N=1825).

Niet tijdens de voorbije 6 maanden	31.2%
Een uitzonderlijke keer	7.3%
Ongeveer één keer per maand	4.9%
Meerdere keren per maand	6.2%
Ongeveer één keer per week	13.2%
Meerdere keren per week	30.2%
Dagelijks	7.1%
N	1821

2.3.4.4. Risicogedrag

Vraagomschrijving

Bij de 14- tot 25-jarige respondenten peilen we naar de frequentie waarmee verschillende vormen van risicogedrag voorkwamen tijdens de afgelopen 6 maanden. We bevragen middelengebruik, licht deviant en zwaar deviant gedrag, en enkele vormen van autodestructief gedrag. Hiervoor gebruiken we een lijst waarin verschillende specifieke risicogedragingen staan opgesomd. Voor ieder gedrag kan de jongere aangeven hoe vaak hij of zij dit tijdens de afgelopen zes maanden heeft gedaan. De items uit de lijst zijn afkomstig uit de ‘Vragenlijst Deviant Gedrag’ van Dekovi en Noom (Dekovi & Noom, 1996). Een aantal items hieruit hebben we aangepast. Zo wijzigden we het item ‘dronken geweest’ naar ‘meer dan 5 alcoholische drankjes na elkaar gedronken’. Op die manier bekomen we een meer objectieve inschatting van het feitelijke drankgedrag. Om dezelfde reden werd het item ‘iets uit een winkel gepikt’ gewijzigd naar ‘iets uit een winkel gepikt van grote waarde’. Het item ‘iemand in elkaar geslagen of ermee bedreigd zonder reden’ werd opgesplitst in 2 afzonderlijke items (item 11, ‘iemand in elkaar geslagen’ en item 12, ‘iemand bedreigd in elkaar te slagen’). Op die manier bewaren we een duidelijk onderscheid tussen feitelijk geweld gebruiken en ermee dreigen. Om een voldoende vertegenwoordiging van ‘licht deviant gedrag’ te bekomen, werden enkele items aan de lijst toegevoegd: item 4 (sigaretten gerookt) en item 10 (iemand verbaal beledigd). Deze toegevoegde items werden reeds gebruikt in de vragenlijst van het ‘Zzzip@Youth-onderzoek’ (Dewaele, Cox, Van Houtte & Vincke, 2008).

Het voorkomen van autodestructief gedrag bevragen we aan de hand van een aparte lijst. De items uit deze lijst zijn afkomstig uit de ‘Adolescent Risk Inventory’ (ARI) (Lescano, Hadley, Beausoleil, Brown, D’eramo & Zimskind, 2007), welke een subschaal rond autodestructief gedrag bevat. Op basis van een validatiestudie van deze subschaal, selecteerden we de vijf items met de hoogste factorlading. Item 5, zelfmoordgedachten gehad, is een aanpassing van het oorspronkelijke item ‘zelfmoordpogingen’.

Deze vragen werden opgenomen in het CAPI deel.

Vraag

J1. Veel jongeren doen wel eens dingen die eigenlijk niet mogen. Wij zouden graag willen weten of jij ook wel eens zo iets hebt gedaan. Gelieve aan te duiden of jij de onderstaande dingen in de afgelopen 6 maanden wel eens hebt gedaan?	Nee, nooit	1 keer gedaan	2-3 keer gedaan	4-10 keer gedaan	Vaker dan 10 keer gedaan
1. Hasj of marihuana gebruikt	1	2	3	4	5
2. Hard drugs gebruikt (heroïne, cocaïne, LSD, speed of iets dergelijks)	1	2	3	4	5
3. Meer dan 5 alcoholische drankjes na elkaar gedronken	1	2	3	4	5
4. Sigaretten gerookt	1	2	3	4	5
5. Met opzet iets dat niet van jou was in brand gestoken (schuur, gebouw, vuilnisbak, etc)	1	2	3	4	5
6. Met opzet iets op straat kapot gemaakt (telefooncel, verkeersbord, een ruit, bomen)	1	2	3	4	5
7. Iets uit een winkel gepikt, van grote waarde	1	2	3	4	5
8. Ingebroken in een gebouw of een auto	1	2	3	4	5
9. Iets van iemand gestolen	1	2	3	4	5
10. Iemand verbaal beledigd	1	2	3	4	5
11. Iemand in elkaar geslagen	1	2	3	4	5
12. Iemand bedreigd in elkaar te slagen	1	2	3	4	5
13. Met een mes of ander wapen op zak rondgelopen	1	2	3	4	5
14. Iemand met een mes of ander wapen bedreigd	1	2	3	4	5
15. Betrokken geraakt bij een gevecht	1	2	3	4	5

J2. Kan je voor elk van onderstaande dingen aanduiden, hoe vaak je dit gedaan hebt in de voorbije 6 maanden?	Nee, nooit	1 keer gedaan	2-3 keer gedaan	4-10 keer gedaan	Vaker dan 10 keer gedaan
1. Jezelf uitgehongerd om gewicht te verliezen	1	2	3	4	5
2. Overgegeven of laxatie-middelen gebruikt om gewicht te verliezen	1	2	3	4	5
3. Jezelf opzettelijk gesneden of verwond	1	2	3	4	5
4. De gedachte gehad aan jezelf snijden	1	2	3	4	5
5. Zelfmoordgedachten gehad	1	2	3	4	5

Motivering

Risicogedrag treedt bij jongeren vaak niet geïsoleerd op, maar samen met verschillende vormen van risicogedrag. Dit samen voorkomen van verschillende vormen van risicogedrag, wordt uitgebreid ondersteund in de literatuur en doet vermoeden dat er sprake is van een set achterliggende factoren die jongeren geneigd maken tot het stellen van risicogedrag. Jessor & Jessor vatten dit samen onder de noemer ‘Problem Behavior Syndrome’ (Jessor & Jessor, 1977; Donovan & Jessor, 1985).

Bepaalde gedragingen die deel uitmaken van het probleemgedragssyndroom zijn inherent deviant, onafhankelijk van de leeftijd waarop ze gesteld worden, zoals diefstal en geweld plegen. Andere gedragingen zijn risicovol omwille van de leeftijd waarop ze gesteld worden, zoals alcoholgebruik of seksueel actief worden. Vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief zijn deze gedragingen op jonge leeftijd risicovol omdat de jongere op mentaal en cognitief vlak nog niet voldoende ontwikkeld is om te kunnen omgaan met de gevolgen van dat gedrag (Hofferth & Hayes, 1987). Ook autodestructief gedrag, zoals zichzelf snijden, werd aan andere vormen van probleemgedrag gecorreleerd (Lescano et al., 2007). Seksueel risicogedrag werd in eerder onderzoek herhaaldelijk geassocieerd met deze vormen van probleemgedrag, wat doet vermoeden dat seksuele risicogedrag deel uitmaakt van het probleemgedragssyndroom zoals gedefinieerd door Jessor & Jessor (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau & Gabhainn, 2010; Withbeck, Yoder, Hoyt & Conger, 1999; Hofferth & Hayes, 1987).

De manier waarop seksueel risicogedrag zich verhoudt tot andere vormen van probleemgedrag heeft belangrijke implicaties op het vlak van het uittekenen van adequate preventie- en interventieprogramma's. Het samen voorkomen van verschillende risicogedragingen maakt het nuttig om preventie- en interventieprogramma's te richten op het geheel aan risicogedragingen in de plaats van op één risicogedrag apart. Anderzijds dienen verschillende risicogedragingen ook op een unieke wijze benaderd te worden, aangezien onderzoek aantoonde dat verschillende vormen van probleemgedrag ook een groot deel aan unieke oorzaken heeft. Daarnaast neemt de mate waarin verschillende probleemgedragingen samengaan, af naarmate de adolescent ouder wordt (Guilamo-Ramos, Litardo & Jaccard, 2005). Ook werden verschillende constellaties van risicogedragingen blootgelegd. Voor bepaalde jongeren gaat het stellen van niet-seksueel risicogedrag samen met seksueel risicogedrag terwijl dat voor andere jongeren helemaal niet het geval is (Sullivan, Childs & O'Connell, 2010).

Er bestaat dus reeds heel wat onderzoek rond de verhouding van seksueel risicogedrag tot andere risicogedragingen. Niettemin zijn er een aantal tekortkomingen met betrekking tot deze onderzoeken, en kunnen de conclusies ervan niet volledig toegepast worden op de Vlaamse context. Ten eerste wordt in heel wat onderzoek geen éénduidige definitie gehanteerd van wat seksueel risicogedrag precies is. In sommige onderzoeken wordt het seksueel actief worden op zich als een risico gedefinieerd, terwijl in andere onderzoeken bijvoorbeeld condoomgebruik bij het laatste seksuele contact wordt gecorreleerd aan andere vormen van risicogedrag. Dat maakt de verschillende onderzoeken moeilijk vergelijkbaar. In Sexpert wordt seksueel risicogedrag op een genuanceerde manier bestudeerd, waarbij niet het seksueel actief worden op zich maar concrete kenmerken van dat seksueel actief zijn, worden gehanteerd om al dan niet te kunnen spreken van seksueel risicogedrag. Op die manier kunnen we te weten komen hoe verschillende aspecten van seksueel risicogedrag zich concreet verhouden tot ander (niet-seksueel) risicogedrag. Ten tweede is de definiëring van risicogedrag afhankelijk van tijd en plaats. In navolging van de sociale controle theorie van Hirschi, kan probleemgedrag gedefinieerd worden als gedrag dat de gangbare normen rond wenselijkheid overschrijdt (Wiatrowski, Griswold & Roberts, 1981).

Aangezien heel wat van het onderzoek rond risicogedrag afkomstig is uit de Verenigde Staten, zijn deze onderzoeksresultaten niet zonder meer veralgemeenbaar naar de Vlaamse context. Wat betreft alcohol- en soft drugs gebruik bij jongeren, ligt de tolerantie in West-Europese landen bijvoorbeeld veel hoger dan in de Verenigde Staten. Ook de tolerantie met betrekking tot het seksueel actief worden van jongeren, is cultuur-afhankelijk. Daarom is het nuttig om specifiek in Vlaams onderzoek te bekijken hoe seksueel risicogedrag zich verhoudt tot andere vormen van risicogedrag.

Resultaten

Tabel 335. Probleemgedrag bij jongeren (J1) (N=385).

	Nee, nooit	1 keer gedaan	2-3 keer gedaan	4-10 keer gedaan	Vaker dan 10 keer gedaan	N
1. Hasj of marihuana gebruikt	63.8%	7.0%	7.7%	5.0%	16.5%	382
2. Hard drugs gebruikt (heroïne, cocaïne, LSD, speed of iets dergelijks)	88.1%	4.3%	1.8%	1.8%	4.0%	384
3. Meer dan 5 alcoholische drankjes na elkaar gedronken	28.7%	8.5%	12.1%	14.8%	35.9%	384
4. Sigaretten gerookt	41.3%	10.9%	7.0%	2.5%	38.4%	383
5. Met opzet iets dat niet van jou was in brand gestoken (schuur, gebouw, vuilnisbak, etc)	91.4%	5.2%	1.2%	1.1%	1.0%	384
6. Met opzet iets op straat kapot gemaakt (telefooncel, verkeersbord, een ruit, bomen)	82.4%	10.1%	4.6%	1.2%	1.7%	384
7. Iets uit een winkel gepikt van grote waarde	93.8%	4.0%	1.6%	0.5%	0.1%	383
8. Ingebroken in een gebouw of een auto	95.1%	3.3%	1.2%	0.2%	0.2%	385
9. Iets van iemand gestolen	77.3%	16.3%	5.1%	1.0%	0.3%	385
10. Iemand verbaal beledigd	40.1%	14.6%	16.8%	13.4%	15.2%	381
11. Iemand in elkaar geslagen	81.6%	9.9%	5.1%	1.5%	1.9%	383
12. Iemand bedreigd in elkaar te slagen	72.7%	13.0%	9.0%	3.2%	2.0%	384
13. Met een mes of ander wapen op zak rondgelopen	90.2%	3.3%	2.8%	1.3%	2.4%	384
14. Iemand met een mes of ander wapen bedreigd	98.7%	0.9%	0.4%	0%	0%	384
15. Betrokken geraakt bij een gevecht	65.9%	13.2%	12.8%	5.3%	2.8%	383

Tabel 336. Autodestructief gedrag bij jongeren (J2) (N=385).

	Nee, nooit	1 keer gedaan	2-3 keer gedaan	4-10 keer gedaan	Vaker dan 10 keer gedaan	N
1. Jezelf uitgehongerd om gewicht te verliezen	82.4%	7.2%	6.7%	1.5%	2.2%	384
2. Overgegeven of laxatie-middelen gebruikt om gewicht te verliezen	94.0%	1.9%	2.2%	0.5%	1.5%	385
3. Jezelf opzettelijk gesneden of verwond	87.6%	7.5%	3.4%	0.6%	0.9%	384
4. De gedachte gehad aan jezelf snijden	85.6%	7.4%	2.7%	2.7%	1.6%	383
5. Zelfmoordgedachten gehad	79.2%	9.3%	6.9%	2.5%	2.1%	383

2.3.4.5. Kenmerken en invloed van de vriendengroep

A. Risicogedrag van de vrienden

Vraagomschrijving

Aan alle respondenten van 14 tot 25 jaar vragen we om te beoordelen in welke mate de vrienden een bepaald gedrag stellen of een bepaalde seksuele attitude aanhangen. Hiervoor wordt geen tijdsreferentie meegegeven, maar kan de jongere zelf beoordelen hoeveel van zijn of haar vrienden ooit een bepaald gedrag gesteld hebben of een bepaalde attitude aanhangen. Er worden vijf antwoordcategorieën aangeboden, gaande van ‘geen van mijn vrienden’ tot ‘allemaal’. Deze vragen werden opgenomen in het CAPI deel, met behulp van een antwoordkaart.

We bevragen drie soorten probleemgedrag: druggebruik, diefstal en fysiek geweld. We kozen ervoor om slechts één item te bevragen per type probleemgedrag. De items zijn afkomstig uit de ‘Vragenlijst Deviant Gedrag’ van Dekovi en Noom (1996). Naast deze drie probleemgedragingen bevragen we ook specifiek het seksuele gedrag en attitudes met betrekking tot seks, zoals de jongere deze waarneemt bij zijn of haar vrienden.

Vraag

J3. Hoeveel van je vrienden hebben ooit weleens de volgende dingen gedaan?	Geen van mijn vrienden	Enkele van mijn vrienden	Meer dan de helft van mijn vrienden	Bijna allemaal	Allemaal
1. Hard drugs gebruikt (heroïne, cocaine, LSD, speed of iets dergelijks)	1	2	3	4	5
2. Iets van iemand gestolen	1	2	3	4	5
3. Iemand in elkaar geslagen	1	2	3	4	5

J4. Geef aan de hand van kaart 36 telkens aan hoeveel van je vrienden...	Geen van mijn vrienden	Enkele van mijn vrienden	Meer dan de helft van mijn vrienden	Bijna allemaal	Allemaal
1. Al seksueel actief zijn (al seks hebben gehad)	1	2	3	4	5
2. Al eens een one night stand hebben gehad	1	2	3	4	5
3. Altijd een condoom gebruiken wanneer zij seks hebben met iemand nieuw (met iemand waarvan je niet zeker weet dat die geen soa of hiv heeft)	1	2	3	4	5
4. Het heel ok vinden dat twee mensen seks hebben buiten een relatie	1	2	3	4	5

Motivering

Tijdens de adolescenten neemt de invloed die de vrienden of leeftijdsgenoten uitoefenen op de attitudes en het gedrag van de jongere, toe. Verschillende studies toonden reeds aan dat contact met deviante vrienden de kans verhoogt dat de jongere zelf ook deviant gedrag zal stellen. Dit werd eerder zowel aangetoond voor algemeen risicogedrag als specifiek voor seksueel risicogedrag (Wissink, Dekovic & Meijer, 2009; Kinsman, Romer, Furstenberh, Schwarz, 1998). Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk: een jongere die risicogedrag stelt of wil stellen zal andere jongeren opzoeken die ook risicogedrag stellen; of een jongere die zich begeeft in een omgeving waarin risicogedrag wordt gesteld, zal zelf ook meer geneigd worden om risicogedrag te stellen (Dishion, Bullock & Grannic, 2002).

Aan de hand van deze vragen, kunnen we een aanwijzing krijgen over de mate waarin het gedrag van de bevraagde jongere overeenstemt met het gepercipieerde gedrag van de vrienden.

Resultaten

Tabel 337. Probleemgedrag van vrienden, bij jongeren (J3) (N=385).

	Geen van mijn vrienden	Enkele van mijn vrienden	Meer dan de helft van mijn vrienden	Bijna allemaal	Allemaal	N
1. Hard drugs gebruikt (heroïne, cocaïne, LSD, speed of iets dergelijks)	51.5%	41.4%	5.3%	1.9%	0%	381
2. Iets van iemand gestolen	58.2%	39.4%	1.2%	1.2%	0%	372
3. Iemand in elkaar geslagen	53.3%	41.5%	3.1%	1.6%	0.6%	380

Tabel 338. Seksueel gedrag en attitudes van vrienden, bij jongeren (J4) ($N=385$).

	Geen van mijn vrienden	Enkele van mijn vrienden	Meer dan de helft van mijn vrienden	Bijna allemaal	Allemaal	N
1. Al seksueel actief zijn (al seks hebben gehad)	6.2%	21.1%	15.1%	32.4%	25.2%	376
2. Al eens een one night stand hebben gehad	25.0%	50.2%	12.0%	9.0%	3.8%	359
3. Altijd een condoom gebruiken wanneer zij seks hebben met iemand nieuw (met iemand waarvan je niet zeker weet dat die geen soa of hiv heeft)	10.6%	35.4%	20.9%	23.6%	9.5%	294
4. Het heel ok vinden dat twee mensen seks hebben buiten een relatie	33.8%	39.8%	8.8%	11.7%	5.9%	357

B. Gendersamenstelling van de vriendengroep

Vraagomschrijving

De gendersamenstelling van de vriendengroep bevragen we bij alle respondenten van 14 tot 25 jaar. Aan de jongere wordt gevraagd om in te schatten hoeveel van de vrienden of vriendinnen waar hij of zij het vaakst mee optrekt, mannen en vrouwen zijn. De respondent kan antwoorden in 5 categorieën, gaande van ‘allemaal mannen’ tot ‘allemaal vrouwen’. Deze vragen werden opgenomen in het CAPI deel, met behulp van een antwoordkaart.

Vraag

J5. Wanneer je denkt aan de vrienden en vriendinnen waarmee je het vaakste optrekt, hoeveel daarvan zijn mannen en hoeveel zijn vrouwen?

1. Allemaal mannen
2. Meer mannen dan vrouwen
3. Evenveel mannen als vrouwen
4. Meer vrouwen dan mannen
5. Allemaal vrouwen

Motivering

Het geslacht van de vrienden evolueert doorheen de ontwikkeling van kinderen tot volwassenen. De gendersamenstelling van de vriendengroep is op die manier een belangrijk aspect van de seksuele ontwikkeling en kan een aanwijzing zijn van het stadium van seksuele ontwikkeling waarin de jongere zich bevindt. Kinderen hebben voornamelijk vrienden van hetzelfde geslacht. Tijdens de adolescentie worden deze vriendschappen soms heel intiem. Later tijdens de adolescentie wordt de vriendengroep meer en meer gemengd, en zijn ze een belangrijke bron voor het ontstaan van relaties (Zimmer-Gembeck, 2002). Aan de hand van deze vraag, kunnen we dus nagaan in welke mate de gendersamenstelling van de vriendengroep samengaat met

bepaalde kenmerken van de seksuele ontwikkeling van de jongere. Er kan bijvoorbeeld getoetst worden of jongeren die voornamelijk vrienden hebben van het andere geslacht, meer seksuele ervaring hebben dan jongeren van dezelfde leeftijd die voornamelijk vrienden hebben van hetzelfde geslacht.

Resultaten

Tabel 339. Gendersamenstelling van de vriendengroep, bij jongeren (J5) (N=385).

	Mannen	Vrouwen
Allemaal mannen	2.0%	0.2%
Meer mannen dan vrouwen	57.8%	22.3%
Evenveel mannen als vrouwen	31.7%	30.0%
Meer vrouwen dan mannen	8.0%	44.5%
Allemaal vrouwen	0.5%	3.0%
N	195	189

C. Gevoeligheid voor groepsdruk

Vraagomschrijving

We bevragen de mate waarin een jongere gevoelig is aan groepsdruk. Daarvoor kregen de respondenten tussen 14 en 25 jaar 12 situaties aangeboden waarvan zij moesten aangeven hoe vaak die situatie zich voordoet. De antwoordcategorieën variëren van ‘nooit’ tot ‘altijd of bijna altijd’. De schaal is een gevalideerd instrument opgesteld door Santor, Messervey en Kusumakar om de gevoeligheid voor groepsdruk bij jongeren te meten (Santor et al., 2000). Deze vragen werden opgenomen in het CAPI deel, met behulp van een antwoordkaart.

Vraag

J6. Wanneer je denkt aan je vrienden en vriendinnen, hoe vaak doen zich de volgende situaties dan voor? Je kan kaart 38 gebruiken om te antwoorden.	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd of bijna altijd
1. Mijn vrienden kunnen me zowat tot alles overhalen.	1	2	3	4	5
2. Ik geef gemakkelijk toe aan de groepsdruk van mijn vrienden.	1	2	3	4	5
3. Als een groepje mensen me vraagt om iets te doen, vind ik het moeilijk om ‘nee’ te zeggen.	1	2	3	4	5
4. Ik heb regels verbroken omdat anderen daarop aandrongen of me daartoe aanzetten.	1	2	3	4	5
5. Ik heb gevaarlijke of dwaze dingen gedaan omdat anderen me uitdaagden.	1	2	3	4	5
6. Ik voel me onder druk gezet om dingen te doen die ik normaal niet zou doen.	1	2	3	4	5
7. Als mijn vrienden alcohol drinken, zou het moeilijk voor me zijn om een drankje te weerstaan.	1	2	3	4	5

8. Ik voel me onder druk gezet om seks te hebben, omdat veel mensen van mijn leeftijd al seks hebben gehad.	1	2	3	4	5
9. Ik voel me onder druk gezet om dronken te worden op feestjes.	1	2	3	4	5
10. Ik voel me onder druk gezet om drugs te nemen omdat anderen me daartoe uitdaagden of aanzetten.	1	2	3	4	5

Motivering

Omdat contact met deviante vrienden de kans verhoogt dat de jongere zelf ook deviant gedrag zal stellen (Wissink, Dekovic & Meijer, 2009; Kinsman, Romer, Furstenberh & Schwarz, 1998), werd eerder in de vragenlijst gevraagd naar het voorkomen van enkele probleemgedragingen bij de vrienden. Echter, de mate waarin het gedrag van de jongeren beïnvloed wordt door het gedrag van de vrienden, zal ook afhangen van de mate waarin de jongere gevoelig is aan groepsdruk. Daarom kozen we er in deze studie voor om, naast het gedrag van de vrienden, ook de mate van gevoeligheid voor groepsdruk te meten. De gebruikte schaal voor het meten van groepsdruk werd in een eerdere studie reeds gecorreleerd met risicogedrag, zoals middelengebruik, seksueel risicogedrag en slechte schoolprestaties (Santor et al., 2000). Aan de hand van deze schaal kunnen we dus te weten komen of jongeren die gevoelig zijn voor groepsdruk, ook kwetsbaarder zijn met betrekking tot het stellen van seksueel risicogedrag. De resultaten daaromtrent zijn bijzonder relevant bij het uittekenen van preventie- en interventieprogramma's naar jongeren toe.

Resultaten

Tabel 340. Gevoeligheid voor groepsdruk, bij jongeren (J6) (N=385).

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd of bijna altijd	N
1. Mijn vrienden kunnen me zowat tot alles overhalen.	16.5%	39.7%	34.4%	8.7%	0.8%	383
2. Ik geef gemakkelijk toe aan de groepsdruk van mijn vrienden.	22.9%	45.5%	24.9%	5.6%	1.2%	382
3. Als een groepje mensen me vraagt om iets te doen, vind ik het moeilijk om 'nee' te zeggen.	22.2%	34.1%	28.1%	12.7%	2.8%	384
4. Ik heb regels verbroken omdat anderen daarop aandrongen of me daartoe aanzetten.	45.8%	43.2%	8.0%	2.3%	0.8%	381
5. Ik heb gevaarlijke of dwaze dingen gedaan omdat anderen me uitdaagden.	56.1%	28.8%	11.8%	1.8%	1.4%	382
6. Ik voel me onder druk gezet om dingen te doen die ik normaal niet zou doen.	61.2%	32.2%	6.1%	0.5%	1.0%	383
7. Als mijn vrienden alcohol drinken, zou het moeilijk voor me zijn om een drankje te weerstaan.	45.5%	19.3%	15.8%	15.7%	3.6%	384
8. Ik voel me onder druk gezet om seks te hebben, omdat veel mensen van mijn leeftijd al seks hebben gehad.	83.1%	11.4%	3.4%	2.1%	0.1%	382

9. Ik voel me onder druk gezet om dronken te worden op feestjes.	78.3%	16.9%	3.8%	1.1%	0%	383
10. Ik voel me onder druk gezet om drugs te nemen omdat anderen me daartoe uitdaagden of aanzetten.	92.4%	6.1%	1.5%	0.1%	0%	384

2.3.4.6. Betrokkenheid van de ouders

Vraagomschrijving

Om de betrokkenheid van de ouders te meten, maken we gebruik van twee schalen: een schaal die de mate meet waarin de ouders toezicht houden op het gedrag van de jongere; en een schaal die de mate meet waarin de jongere uit zichzelf informatie geeft aan de ouders. De items uit beide schalen zijn afkomstig uit de ‘Right to Know Inventory’ die werd opgesteld door Brown, Bakken, Von Bank en Dietz (2005). Deze meet in welke mate ouders op zoek gaan naar informatie bij de jongere, en de mate waarin de jongere deze informatie zelf geeft. De ‘Right to Know Inventory’ bestaat uit enkele subschalen afhankelijk van het domein waarover informatie wordt gevraagd of gegeven. Wij hebben de subschaal geselecteerd welke gaat over relaties en seksualiteit. Deze vragen werden opgenomen in het CAPI deel, met behulp van een antwoordkaart.

Vraag

J7. De volgende vragen gaan over hoeveel informatie je ouders van jou verwachten. Geef op kaart 39 aan in welke mate de volgende uitspraken op jou van toepassing zijn. “Mijn ouders verwachten van me dat ik vertel ...”	Helemaal niet waar	Eerder niet waar	Noch waar, noch niet waar	Eerder waar	Helemaal waar
1. wanneer ik een lief heb	1	2	3	4	5
2. wanneer ik uit elkaar ga met mijn lief	1	2	3	4	5
3. wanneer ik me aangetrokken voel tot iemand	1	2	3	4	5
4. wanneer ik een conflict heb met mijn beste vriend(in)	1	2	3	4	5
5. wanneer ik een conflict heb met mijn lief	1	2	3	4	5
6. wanneer ik voor het eerst seks heb met mijn lief	1	2	3	4	5

J8. De volgende vragen gaan over hoeveel informatie jij uit jezelf geeft aan je ouders, zonder dat zij daar echt naar hoeven te vragen. Geef door middel van kaart 40 aan in welke mate de volgende uitspraken waar of onwaar zijn voor jou. “Ik vertel uit mezelf aan mijn ouders over...”	Helemaal niet waar	Eerder niet waar	Noch waar, noch niet waar	Eerder waar	Helemaal waar
1. wanneer ik een lief heb	1	2	3	4	5
2. wanneer ik uit elkaar ga met mijn lief	1	2	3	4	5
3. wanneer ik me aangetrokken voel tot iemand	1	2	3	4	5
4. wanneer ik een conflict heb met mijn beste vriend(in)	1	2	3	4	5
5. wanneer ik een conflict heb met mijn lief	1	2	3	4	5
6. wanneer ik voor het eerst seks heb met mijn lief	1	2	3	4	5

Motivering

Het toezicht dat ouders houden op het gedrag van de jongere, werd in eerder onderzoek herhaaldelijk geïdentificeerd als een belangrijke factor in het voorkomen van probleemgedrag bij jongeren. Naarmate ouders meer toezicht uitoefenen, vertonen jongeren minder probleemgedrag zoals delinquentie en antisociaal gedrag, druggebruik, rookgedrag, seksueel risicogedrag, slechte schoolprestaties en betrokkenheid bij deviante vrienden (Kerr & Stattin, 2000). Door een hogere mate van monitoring door de ouders, heeft de jongere ook minder kansen om seksueel of ander probleemgedrag te stellen.

Echter, de mate waarin de ouders erin slagen om een degelijke monitoring uit te voeren op het gedrag van de jongere, wordt ook bepaald door de jongere zelf. Recent onderzoek daaromtrent toonde aan dat de mate waarin de ouders op de hoogte zijn van het gedrag van de jongere, niet zozeer bepaald wordt door wat de ouders willen weten, maar door wat de jongere wil vrijgeven aan de ouders (Kerr, Stattin & Burk, 2010). Daarom kozen we ervoor om in deze studie zowel te vragen naar de mate waarin de ouders actief op zoek gaan naar informatie, als naar de mate waarin de jongere uit zichzelf informatie vrijgeeft aan de ouders.

Resultaten

Tabel 341. Verwachten van informatie door de ouders, bij jongeren (J7) (N=385).

	Helemaal niet waar	Eerder niet waar	Noch waar, noch niet waar	Eerder waar	Helemaal waar	N
1. wanneer ik een lief heb	8.2%	9.7%	10.5%	47.5%	24.2%	381
2. wanneer ik uit elkaar ga met mijn lief	8.9%	9.2%	9.1%	43.8%	28.9%	380
3. wanneer ik me aangetrokken voel tot iemand	25.0%	36.1%	20.8%	14.2%	3.9%	377
4. wanneer ik een conflict heb met mijn beste vriend(in)	20.9%	24.8%	18.3%	28.9%	7.1%	381
5. wanneer ik een conflict heb met mijn lief	16.9%	21.0%	19.6%	34.0%	8.5%	381
6. wanneer ik voor het eerst seks heb met mijn lief	36.4%	22.2%	12.6%	21.8%	7.1%	371

Tabel 342. Het geven van informatie aan de ouders, bij jongeren (J8) (N=385).

	Helemaal niet waar	Eerder niet waar	Noch waar, noch niet waar	Eerder waar	Helemaal waar	N
1. wanneer ik een lief heb	11.7%	10.7%	7.1%	38.2%	32.3%	379
2. wanneer ik uit elkaar ga met mijn lief	10.9%	9.5%	10.1%	38.0%	31.6%	379
3. wanneer ik me aangetrokken voel tot iemand	33.4%	27.6%	17.8%	17.1%	4.0%	381
4. wanneer ik een conflict heb met mijn beste vriend(in)	20.5%	21.0%	15.7%	33.9%	8.8%	380
5. wanneer ik een conflict heb met mijn lief	19.6%	22.6%	16.5%	30.6%	10.7%	379
6. wanneer ik voor het eerst seks heb met mijn lief	47.4%	23.3%	11.6%	12.9%	4.8%	373

2.3.4.7. Studiebetrokkenheid en gevoel van zinloosheid

Vraagomschrijving

Aan jongeren die naar de middelbare school gaan, vragen we de mate van studiebetrokkenheid en het gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren. Daarvoor kan de jongere aangeven in welke mate hij of zij het eens is met een aantal stelling op een vijfpunten schaal van het Likert type (variërend van ‘helemaal oneens’ tot ‘helemaal eens’). Deze vragen werden opgenomen in het CAPI deel, met behulp van een antwoordkaart.

Items 1 tot en met 6 meten de mate van studiebetrokkenheid. Deze schaal is een ingekorte versie van de studiebetrokkenheidsschaal van Brutsaert (2001), en werd

reeds in onderzoek gebruikt door Van Houtte en Stevens (2010).

Items 7 tot en met 11 meten het ‘gevoel van zinloosheid’. Deze schaal is gebaseerd op een uitgebreidere schaal van Brookover, Charles, Flood, Schweitzer en Wisenbaker (1979), die het gevoel van controle met betrekking tot school meet. De schaal werd toegepast in onderzoek door Van Houtte en Stevens (2010).

Vraag

J9. De volgende vragen gaan over wat jij vindt van school. Kan je voor ieder van de volgende uitspraken zeggen in hoeverre jij daarmee akkoord gaat?	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Er zijn heel wat zaken die ik belangrijker vind dan studeren.	1	2	3	4	5
2. Studeren is tijdverlies.	1	2	3	4	5
3. Voor mij is studeren heel belangrijk omdat men zich zo ontwikkelt.	1	2	3	4	5
4. Ik begrijp niet waarom studeren belangrijk is voor mijn verdere leven.	1	2	3	4	5
5. Ik studeer niet graag.	1	2	3	4	5
6. Iemand die altijd alle lessen leert, is een uitslover.	1	2	3	4	5
7. Voor mensen als ik is er weinig kans dat we in het leven bereiken wat we graag willen.	1	2	3	4	5
8. Mensen zoals ik zullen het nooit goed doen op school, zelfs al proberen we nog zo hard.	1	2	3	4	5
9. Als ik hard werk, kan ik het goed doen op school.	1	2	3	4	5
10. Leerlingen zoals ik hebben geen geluk op school.	1	2	3	4	5
11. Hard werken op school heeft geen zin, een goede job is toch niet voor mensen zoals ik.	1	2	3	4	5

Motivering

Naast de ouders en de vrienden, is voor jongeren de school één van de belangrijke socialisatoren. De theorie van sociale controle, zoals ontworpen door Hirschi, stelt dat conformiteit aan de normen van een bepaalde samenleving wordt gerealiseerd doorheen socialisatie. Die conformiteit creëert een band tussen het individu en de samenleving, wat op zijn beurt deviantie ontmoedigt (Wiatrowski, Griswold & Roberts, 1981). Een jongere met een lage studiebetrokkenheid heeft daarom ook een lagere waarschijnlijkheid om zich te identificeren met de gangbare normen voor gedrag.

Een hoge mate van studiebetrokkenheid werd in eerder onderzoek geïdentificeerd als een beschermende factor tegen het stellen van probleemgedrag, waaronder ook seksueel probleemgedrag (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau & Gabhainn, 2010; Luster & Small, 1994). Een lage studiebetrokkenheid werd ook geassocieerd met een lagere mate van vertrouwen in de toekomst en lagere toekomstaspiraties. Het perspectief om verder te studeren na de middelbare school, zou een belangrijke motivatie kunnen zijn om geen seksueel risicogedrag te stellen (Luster & Small, 1994). Lage toekomstverwachtingen, en de weerspiegeling daarvan in een hoog gevoel van

zinloosheid, werden in eerder onderzoek gecorreleerd met een verhoogde kans op risicogedrag, waaronder seksueel risicogedrag (Mullan Harris, Duncan & Boisjoly, 2002).

In dit onderzoek bevragen we zowel de mate van studiebetrokkenheid als het gevoel van zinloosheid met betrekking tot studeren. Op die manier kunnen we nagaan in welke mate een lage betrokkenheid en gevoel van zinloosheid de jongere kwetsbaar maken voor het stellen van allerlei vormen van probleemgedrag (waaronder seksueel probleemgedrag).

Resultaten

Tabel 343. Studiebetrokkenheid en gevoel van zinloosheid, bij jongeren (J9) (N=143).

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens	N
1. Er zijn heel wat zaken die ik belangrijker vind dan studeren.	13.1%	24.0%	28.2%	25.0%	9.8%	139
2. Studeren is tijdverlies.	34.0%	43.9%	10.6%	6.8%	4.6%	140
3. Voor mij is studeren heel belangrijk omdat men zich zo ontwikkelt.	5.0%	11.9%	22.5%	42.9%	17.7%	138
4. Ik begrijp niet waarom studeren belangrijk is voor mijn verdere leven.	47.6%	37.3%	7.0%	7.4%	0.7%	139
5. Ik studeer niet graag.	9.2%	25.7%	26.6%	20.6%	18.0%	139
6. Iemand die altijd alle lessen leert, is een uitslover.	32.4%	30.1%	18.0%	12.6%	6.9%	138
7. Voor mensen als ik is er weinig kans dat we in het leven bereiken wat we graag willen.	39.6%	39.8%	14.7%	5.2%	0.7%	136
8. Mensen zoals ik zullen het nooit goed doen op school, zelfs al proberen we nog zo hard.	45.0%	44.9%	6.7%	2.5%	0.9%	138
9. Als ik hard werk, kan ik het goed doen op school.	1.1%	2.4%	5.2%	40.2%	51.1%	140
10. Leerlingen zoals ik hebben geen geluk op school.	48.6%	37.4%	8.1%	4.8%	1.2%	139
11. Hard werken op school heeft geen zin, een goede job is toch niet voor mensen zoals ik.	69.9%	23.6%	5.5%	0.7%	0.2%	139

3. Referenties

- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiological Community Health*, 62, 1-5.
- Abma, J., Driscoll, A. & Moore, K. (1998). Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 30(1), 12-18.
- Adam, B.D., Husbands, W., Murray, J., Maxwell, J. (2003). *Sources of inconsistent condom use among gay and bisexual men*. presented at AIDS Impact 2003 (6th International Conference). Milan. July 2003. Verkregen op 29 april 2011 http://www.actoronto.org/research.nsf/pages/abstractaidsimpact03_02
- Adler, N.E. & Ostrove, J.M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals New York Academy of Sciences*, 896, 3-15.
- Adler, N.E. & Snibbe, A.C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socio-economic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123.
- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L. & Syme, S.L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1), 15-24.
- Adler, N.E., Epel, E.S., Castellazzo, G. & Ickovics, J.R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychology*, 19 (6), 586-592.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Andersen, I., Heitmann, B.L. & Wagner, G. (2008) Obesity and sexuality in younger Danish men. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2053-60.
- Appelt, H. & Strauss, B. (1986). The psychoendocrinology of female sexuality: a research project. *German Journal of Psychology*, 10, 143-156.
- Apperloo, M.J., van der Stege, J.G., Hoek, A. & Weijmar Schultz, W.C. (2003). In the mood for sex: The value of androgens. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 87-102.
- Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135-164.
- Armour, S. & Haynie, D.L. (2007). Adolescent sexual debut and later delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(2), 141-152.
- Arrindell, W.A., Boelens, W. & Lambert, H. (1983). On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and 'normal' volunteer couples based on the Dutch version. *Personality and Individual Differences*, 4 (3), 293-306.

- Bajos N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C.-CSF Group. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*, 340, 1-9.
- Bajos, N., Bozon, M., Beltzer, N. & Spira, A. (2008). *Enquête sur la Sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Parijs: La Découverte.
- Bakker F, Vanwesenbeeck, I. (2002) *Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jong-volwassenen. Stand van zaken september 2002 en ontwikkelingen sinds april 1987*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seks in Nederland 2006*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Bakker, F. (2005), 'Seksueel gedrag', *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Verkregen op 29 april 2011 www.rivm.nl.
- Bakker, F., De Graaf, H., De Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H. & Wijsen, C. (2009). Seksuele gezondheid in Nederland 2009. Rutgers Nisso Groep.
- Balthasar, H., Jeannin, A. & Dubois-Arber, F. (2009). First anal intercourse and condom use among men who have sex with men in Switzerland. *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 1000-1008.
- Bancroft, J. & Jansen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24 (5), 571-579.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23 (6), 763-784.
- Bancroft, J., Herbenick, D. & Reynolds, M. (2003). Masturbation as a marker of sexual development. In J. Bancroft (Eds.), *Sexual development in childhood*. Bloomington: Indiana University Press, pp. 156-185.
- Bancroft, J., Loftus, J., Long, J.S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behaviour*, 32 (3), 193-208.
- Barentsen, R., van de Weijer, P.H., van Gend, S. & Foekema, H. (2001). Climacteric symptoms in a representative Dutch population sample as measured with the Greene Climacteric Scale. *Maturitas*, 38, 123-128.
- Barkan, S.E. (2006). Religiosity and premarital sex in adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(3), 407-417.
- Barnes, J.E., Noll, J.G. & Trickett, P.K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 33 (7), 412-420.
- Basson, R. & Schultz, W. (2007). Sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet*, 369, 409-425.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., DeRogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., ... & Whipple, B. (2000).

- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., DeRogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Schultz, W.W. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1, 40-48.
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2004). *Gezondheidsenquête door middel van interview*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid.
- Beaujean, D., Taal, M., van Bergen, J. (2011). Seksuele Gezondheidszorg Deel 1 Handboek Soa. Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVL-Centrum Infectieziektenbestrijding. http://www.soaids.nl/documenten/downloads/handboek_soa_09.pdf
- Bell, A.P. & Weinberg, M.S. (1979). *Het Kinsey rapport over vrouwelijke en mannelijke homoseksualiteit*. Amsterdam/Brussel: Elsevier.
- Bellis, M.A., Hughes K., Calafat A., Montse J., Ramon A., Rodriguez J.A., Mendes F., Schnitzer S. & Phillips-
- Berman, J.R. & Goldstein, I. (2001). Female sexual dysfunction. *Urologic Clinics of North America*, 28, 405-416.
- Berwick, D.M., Murphy, J.M., Goldman, P.A., Ware, J.E., Barsky, A.J. & Weinstein, M.C. (1991). Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. *Medical Care*, 29 (2), 169-176.
- Beyers, W. (2010). *Samenvatting van de gegevens uit het onderzoek over seksueel gedrag 2007-09*. Niet-uitgegeven onderzoeksrapport, Universiteit Gent, België.
- Bhasin, S., Enzlin, P., Coviello, A. & Basson, R. (2007). Sexual dysfunction in men and woman with endocrine disorders. *The lancet* 369, 597-611.
- Billiet, J. & Waage, H. (2003). *Een samenleving onderzocht: Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: De Boeck.
- Billiet, J., Carton, A., & Eisinga, R. (1995). Contrasting effects of church involvement on the dimensions of ethnocentrism: An empirical study among Flemish catholics. *Social Compass*, 42(1), 97-107.
- Birnbaum, G.E., Reis, H.T., Mikulincer, M. & Gillath, O. (2006). When sex is more than just sex: attachment orientations, sexual experience and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 929-943.
- Bleustein, C.B., Fogarty, J.D., Eckholdt, H., Arezzo, J.C. & Melman, A. (2005). Effects of circumcision on male penile sensitivity. *Urology*, 65 (4), 773-777.
- Blumstein, P. & Schwartz, P. (1983). *American couples: money, work, and sex*. New York: William Morrow.
- Bögenhold, D. (2001). Social Inequality and the Sociology of Life Style. Material and Cultural Aspects of Social Stratification. *American Journal of Economics and Sociology*, 60, 4, 829-847.
- Boivin, J., Bunting, B., Collins, J. & Nygren, K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential needs and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22 (6), 1506-1512.

- Bourdieu, P. (1984). *Distinction-A social critique of the judgement of taste*. New York: Routledge.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Red.) *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). New York: Greenwood press.
- Bourdieu, P. (1998). *Practical reason*. Cambridge: Polity Press.
- Brennan, P. & Raine, A. (1997). Biosocial bases of antisocial behavior: psychophysiological, neurological and cognitive factors. *Clinical Psychology Review*, 17, 589-604.
- Brody, S. & Costa, M.R. (2009). Satisfaction (Sexual, Life, Relationship and Mental Health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1947-1954.
- Brookover, W.B.B., Charles, B., Flood, P., Schweitzer, J. & Wisenbaker, J. (1979). *School social systems and student achievement: schools can make a difference*. New York: Praeger.
- Brown, B., Bakken, J., Von Bank, H. & Dietz, E. (2005). Right to Know Scales: Adolescent Version. Website: <http://prsg.education.wisc.edu/Measures.html#m2>
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 1, 66-77.
- Brug, J., van Assema, P. & Lechner, L. (2010). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Brugman, E., Goedhart, H., Van Zessen, G. & Vogels, T. (1995). *Jeugd en seks: resultaten van het nationale scholierenonderzoek*. Utrecht: SWP.
- Brutsaert, H. (2001). *Co-educatie: Studiekansen en kwaliteit van het schoolleven*. Leuven-Apeldoorn Belgium: Garant.
- Bryan, A., Ray, L.A. & Cooper, M.L. (2007). Alcohol use and protective sexual behaviors among high-risk adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (3), 327-335.
- Byers, E.S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42 (2), 113-118
- Byers, S. & Heinlein, L. (1989). Predicting Initiations and Refusals of Sexual Activities in Married and Cohabiting Heterosexual Couples. *The Journal of Sex Research*, 26(2), 210-23.
- Byers, S. & MacNeil, S. (2006). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual
- Caen, M. (2009). *Over smaken, voorkeuren en participatie. Een sociologische analyse van de Vlaamse leefstijlruimte, met bijzondere aandacht voor attitudinale leefstijlindicatoren*. Gent: UGent.
- Calhoun Davis, E. & Friel, L.V. (2001). Adolescent sexuality: disentangling the effects of family structure and family context. *Journal of Marriage and Family*, 63,

669-681.

- Carpenter, D., Janssen, E., Graham, C., Vorst, H. & Wicherts, J. (2008). Women's scores on the Sexual Inhibitions/Sexual Excitation Scales (SIS/SES): Gender similarities and differences. *Journal of Sex Research*, 45 (1), 36-48.
- Carpenter, D.L., Janssen, E., Graham, C.A., Vorst, H. & Wicherts, J. (2010). The Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form. In T.D. Fisher, C.M. Davis, W.L. Yarber, & S.L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures, third edition* (in press). London, Taylor & Francis Group.
- Carpiano, R.M. (2006). Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine*, 62, 165-175.
- Carpiano, R.M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & Place*, 13 (3), 639-655.
- Carton, A., Hegemann, L. & Van Geel, H. (2003). *Basisdocumentatie: sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen 2002*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Planning en Statistiek
- Carver, C.S. & White, T.L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (2), 319-333.
- Catania, J. A. (1986). Help-seeking: An avenue for adult sexual development. *Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco*.
- Catania, J.A. (1998). Dyadic Sexual Communication Scale. *Handbook of sexuality-related measures* (pp 129-131). California, Sage Publications.
- Christensen, B.S., Gronbaek, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C. & Frisch, M. (2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *Journal of Sexual Medicine*, 8(7), 1903-1916.
- Clark, T.N. & Lipset, S.M. (2001). Are social classes dying? In T.N. Clark en S.M. Lipset (reds.). *The Breakdown of Class Politics* (pp. 39-54). Washington D.C.: Woodrow Wilson Center Press/Baltimore en Londen: The John Hopkins University Press.
- Clayton, A.H., Pradko, J.F., Croft, H.A., Montano, B., Leadbetter, R.A., Bolden-Watson, C., Bass, K.I. Donahue, R.M.J., Jamerson, B.D. & Metz, A. (2002). Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4), 357-366.
- Cohen D.L. & Belsky J. (2008). Avoidant romantic attachment and female orgasm: testing an emotion-regulation hypothesis. *Attachment and Human Development*, 10 (1), 1-10.
- Coker, A.L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (2), 149-177.
- Cold, C.J., Taylor, J.R. (1999). The prepuce. *British Journal of Urology International*, 83 (1), 33-43.

- Coleman, E. (1990). Toward a synthetic understanding of sexual orientation. In D. McWhirter, S. Sanders, & J.M. Reinisch (eds.), *Homosexuality/heterosexuality. Concepts of sexual orientation* (pp. 267-276). New York: Oxford University Press.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94(supplement), S95-S120.
- Collins, N.L. & Feeney, B.C. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (6), 1063-1073.
- Comings, D., Chen, C., Wu S. & Muhleman, D. (1999) Association of the androgen receptor gene (AR) with ADHD and conduct disorder. *Neuroreport*, 10(7), 1589-1592.
- Cooper, A., Gomez, R. & Aucote, H. (2007). The Behavioural Inhibition System and Behavioural Approach System (BIS/BAS) Scales: Measurement and structural invariance across adults and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 43 (2), 295-305.
- Couzinet, B., Meduri, G., Lecce, M.G., Young, J., Brailly, S., Loosfelt, H., Milgrom, E. & Schaison, G. (2001). The postmenopausal ovary is not a major androgen-producing gland. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86(10), 5060-5066.
- Cox, N., Vanden Berghe, W., Dewaele, A. & Vincke, J. (2008). General and Minority Stress in an LGB Population in Flanders. *Journal of LGBT Health Research*, 4 (4), 181-194.
- Crabbe, P., Bogaert, V., De Bacquer, D., Goemaere, S., Zmierzak, H. & Kaufman, J.M. (2007). Part of the interindividual variation in serum testosterone levels in healthy men reflects differences in androgen sensitivity and feedback set point: contribution of the androgen receptor polyglutamine tract polymorphism. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 92(9), 3604-3610.
- Crowe, M.J. (1978). Conjoint marital therapy: a controlled outcome study. *Psychological Medicine*, 8 (4), 623-636
- Cupach, W.R. & Comstock, R. (1990). Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7 (2), 179- 86.
- Dabbs, J.M. & Morris, R. (1990). Testosterone, social class and antisocial behaviour in a sample of 4462 men. *Psychological Science*, 1, 209-211.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C. & Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13 (4), 465-483.
- Davis, S.R., Guay, A.T., Shifren, J.L. & Mazer, N.A. (2004). Endocrine aspects of female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1, 82-86.
- De Graaf, H., Kruijer, H., van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25^{ste}, Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Utrecht: Rutgers WPF.

- De Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- de Graaf, H., Vanwesenbeeck, I., Woertman, L. & Meeus W. (2011). Parenting and adolescents' sexual development in Western societies. A literature review. *European Psychologist*, 16 (1), 21-31.
- De Graaf, H., Vanwesenbeeck, I., Meijer, S., Woertman, L. & Meeus, W. (2009). Sexual trajectories during adolescence: relation to demographic characteristics and sexual risk. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 276-282.
- De La Rochebrochard, E. (1999). Les ages à la puberté des filles et des garçons en France. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents. *Population(French Edition)*, 6, 933-962.
- de Leeuw, E., Hox, J.J. & Dillman, D.A. (2008). *International handbook of survey methodology*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- de Leeuw, E., Hox, J.J. & Van der Zouwen, J. (1989). Data quality in mail surveys as compared to face-to-face and telephone interviews: a meta analysis of the research literature. *Kwantitatieve Methoden*, 31, 223-146.
- de Leeuw, E.D., Hox, J.J. & Kef, S. (2003). Computer-assisted self-interviewing tailored for special populations and topics. *Field Methods*, 15, 3, 223-251.
- de Vries, H., Mesters, I., van de Steeg, H. & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: An application of the integrated change model. *Patient education and Counseling*, 56, 154-165.
- De Wit, J. & Adam, P.H. (2004). *Een nieuw perspectief op seksueel risicogedrag en gedragdeterminanten onder mannen die seks hebben met mannen. Resultaten van online enquête naar de seksuele verlangens van mannen*. Utrecht: I-PSR.
- Dekovi, M. & Noom, M.J. (1996). Vragenlijst Deviant Gedrag (VDG). Intern Rapport: Universiteit Utrecht.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E. & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67, 330-340.
- DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G. & Fu, Y. (2008). Validation of the female sexual distress scale revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 357-364.
- Dewaele, A., Cox, N., Van Houtte, M. & Vincke, J. (2008). *De schoolloopbaan van holebi- en heterojongeren*. Steunpunt Gelijkekansenbeleid (Universiteit Antwerpen-Universiteit Hasselt) in samenwerking met Universiteit Gent. Antwerpen: Drukkerij Preten.
- Dewaele, A., Cox, N., Dhaenens, F. & Vincke, J. (2009). *Het discours van jongeren over holebiseksualiteit. Over flexen, players en metroseksuelen* [The discourse of youth on homo- and bisexuality. About flexing, players, and metrosexuals]. Steunpunt Gelijke kansenbeleid (UA- UHasselt), Antwerpen: Drukkerij Peten.

- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21 (4), 553-576.
- Dillman, D. A., Sinclair, M.D. & Clark, J. R. (1993). Effects of questionnaire length, respondent-friendly design, and a difficult question on response rates for occupant-addressed census mail surveys. *Public Opinion Quarterly*, 57, 289-304.
- Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: Wiley.
- Diseker, R.A., Peterman, T.A., Kamb, M.L., Kent, C., Zenilman, J.M., Douglas, J.M., Rhodes, F., Iatesta, M. (2006). Circumcision and STD in the United States: cross sectional and cohort analyses. *Sexually Transmitted Infections*, 76 (6), 474-479.
- Dishion, T.J., Bullock, B.M. & Granic, I. (2002). Pragmatism in modeling peer influence: Dynamics, outcomes, and change processes. *Development and Psychopathology*, 14(4), 969-981.
- Dixson, B.J., Dixson, A.F., Bishop, P.J. & Parish, A. (2010). Human Physique and sexual attractiveness in Men and Women.: A new Zealand-U.S. Comparative Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 798-806.
- Donohew, L., Zimmerman, R., Cupp, P.S., Novak, S., Colon, S. & Abell, R. (2000). Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and Individual Differences*, 28 (6), 1079-1091.
- Donovan, J.E. & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (6), 890-904.
- Dunn, J.R., Veenstra, G. & Ross, N. (2006). Psychosocial and neo-material dimensions of SES and health revisited: predictors of self-rated health in a Canadian national survey. *Social Science & Medicine*, 62, 1465-1473.
- Edwards, J.N. & Booth, A. (1994). Sexuality, marriage, and well-being: the middle years. In A.S. Ross (Ed.) *Sexuality across the life course* (pp. 233-260). Chicago: The University of Chicago Press.
- Elchardus, M. (2002) Op in rook? In M. Elchardus & I. Glorieux (Eds.), *De symbolische samenleving* (pp. 7-30). Tiel: Lannoo.
- Elchardus, M. (2009). Self-control as social control: the emergence of symbolic society. *Poetics*, 37 (2), 146-161.
- Erens, B., McManus, S., Field, J., Korovessis, C., Fenton, K., & Wellings, K. (2001). *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II: Technical Report*. London: National Centre for Social Research. Beschikbaar op: <http://www.natcen.ac.uk/natsal/results.htm>
- Farmer, M.A., Trapnell, P.D. & Meston, C.M. (2009). The relation between sexual behavior and religiosity subtypes: a test of the secularization hypothesis. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 852-865.

- Featherstone, M. (2007). *Consumer culture and postmodernism*. Londen: Sage.
- Fenton, K.A., Johnson, A.M., McManus, S. & Erens, B. (2001). Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*, 77, 84-92.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2006). Circumcision status and risk of sexually transmitted infection in young adult males: an analysis of a longitudinal birth cohort. *Pediatrics*, 118, 1997-1977.
- Fink, K.S., Carson, C.C., DeVellis, R.F. (2002). Adult circumcision outcomes study: effect on erectile function, penile sensitivity, sexual activity and satisfaction. *The Journal of Urology*, 167 (5), 2113-2116.
- Fischer, R., Stanford, J., Jameson, P. & DeWitt, M. (1999). Exploring the Concepts of Intended, Planned and Wanted Pregnancy. *The Journal of Family Practice*, 48(2), 117-122. .
- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992) Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111:455-474.
- Fisher, W.A., Eardley, I., McCabe, M., Sand, M. (2009). Erectile dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples I: couple conceptions of ED. *Journal of Sexual Medicine*, 6 (10), 2746-2760.
- Fisher, W.A., Rosen, R.C., Eardley, I., Sand, M., Goldstein, I. (2005). Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *Journal of Sexual Medicine*, 2 (5), 675-684.
- Flinn, M.V. & England, B.G. (1995). Childhood stress and family environment. *Current Anthropology*, 36, 854-866.
- Fogari, R., Preti, P., Zoppi, A., Corradi, L., Pasotti, C., Rinaldi, A. & Mugellini, A. (2004). Effect of Valsartan and Atenolol on sexual behavior in hypertensive postmenopausal women. *American Journal of Hypertension*, 17(1), 77-81
- Form, A.F., Christensen, H., Rogers, B., Jacomb, P.A. & Easteal, S. (2003). Association of Adverse Childhood Experiences, Age of Menarche, and Adult Reproductive Behavior: Does the Androgen Receptor Gene Play a Role? *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 125B, 105-111.
- Fowers, B.J. & Olson, D.H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15 (1), 65-79.
- Fraley, R.C., Waller, N.G. & Brennan, K.A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (2), 350-365.
- Franken, I.H.A., Muris, P. & Rassin, E. (2005). Psychometric properties of the Dutch BIS/BAS Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27 (1), 25-30.

- Frie, K.G. & Janssen, C. (2009). Social inequality, lifestyles and health-a non-linear canonical correlation analysis based on the approach of Pierre Bourdieu. *International Journal of Public Health*, 54, 213-221.
- Friesen, M.D., Woodward, L.J., Horwood, L.J. & Fergusson, D.M. (2010). Childhood exposure to sexual abuse and partnership outcomes at age 30. *Psychological Medicine*, 40, 679-688.
- Frohlich, K.L., Corin, E. & Porvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23 (6), 776-797.
- Gandek, B., Ware, J., Aaronson, N., Apolone, G., Bjorner, J., Brazier, J. & Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Garcia-Moreno, C., Watts, C. Jansen, H., Ellsberg, M. & Heise, L. (2003). Responding to violence against women: WHO's multicountry study on women's health and domestic violence. *Health and Human Rights*, 6 (2), 112-127.
- Gentzler, A. L. & Kerns, K. A. (2004). Associations between insecure attachment and sexual experiences. *Personal Relationships*, 11 (2), 249-265.
- George, W.H., Davis, K.C., Noris, J., Heiman, J.R., Stoner, S.A., Schacht, R.L., Hendershot, C.S. & Kajumolo, K.F. (2009). Indirect effects of acute alcohol intoxication on sexual risk-taking: the roles of subjective and physiological arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 498-513.
- Gerressu, M., Mercer, C.H., Graham, C.A., Wellings, K. & Johnson, A.M. (2008). Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 266-278.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P. (2004). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Giraldi, A. & Kristensen, E. (2010). Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *The Journal of Sex Research*, 47(2), 199-211.
- Glynn, J.R., Kayuni, N., Flyod, S., Banda, E., Francis-Chizororo, M., Tanton, C. et al. (2010). Age at Menarche, Schooling, and Sexual Debut in Northern Malawi. *Plos One*, 5(12).
- Goulard, H., Moreau, C., Gilbert, F., Job-Spira, N., Bajos, N. & the Cocon Group. (2006). Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*, 74, 208-213.
- Graham, C.A., Catania, J.A., Brand, R., Duong, T. & Canchola, J.A. (2003). Recalling sexual behavior: a methodological analysis of memory recall bias via interview using the diary as the gold standard. *Journal of Sex Research*, 40, 4, 325-332.
- Granger, D., Weisz, J.R., McCracken, J.T., Ikeda, S.C. & Douglas, P. (1996). Reciprocal influences among adrenocortical activation, psychosocial processes and the behavioral adjustment of clinic-referred children. *Child Development*, 67, 3250-3262.

- Greene, J.G. (1998). Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*, 29, 25-31.
- Gribble, J.N., Miller, H.G., Rogers, S.M. & Turner, C.F. (1999). Interview mode and measurement of sexual behaviors: Methodological issues. *Journal of Sex Research*, 36, 1, 16-24.
- Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: John Wiley.
- Guilamo-Ramos, V., Litardo, H.A. & Jaccard, J. (2005). Prevention programs for reducing adolescent problem behaviors in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 82-86.
- Halpern, C.T., Campbell, B., Agnew, C.R., Thompson, V. & Udry, J.R. (2002). Associations between stress reactivity and sexual and nonsexual risk taking in young adult human males. *Hormones and Behavior*, 42, 4, 387-398.
- Halpern, C.T., Udry, J.R. & Suchindran, C. (1998). Monthly measures of salivary testosterone predict sexual activity in adolescent males. *Archives of Sexual Behavior*, 27(5), 445-465.
- Halpern, T.C., Udry, J.R., Campbell, B., Suchindran, C. & Mason, G.A. (1994). Testosterone and religiosity as predictors of sexual attitudes and activity among adolescent males: a biosocial model. *Journal of Biosocial Science*, 26(2), 217-234.
- Hammond, T. (1999). A preliminary poll of men circumcised in infancy or childhood. *British Journal of Urology International*, 83 (1), 85-92.
- Harte, C.B. & Meston, C.M. (2008). Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 110-21.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M. & Failey C.K. (2008) What is the "True" Prevalence of Female Sexual Dysfunctions and Does the Way We Assess These Conditions Have an Impact? *Journal of Sexual Medicine*, 4, 777-787.
- Hofferth, S.L. & Hayes, C.D. (1987). *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Hogben, M. & Leichter, J.S. (2008). Social determinants and sexually transmitted disease disparities. *Sexually Transmitted Diseases*, 35(12), s13-s18.
- Holtgrave, D.R. & Crosby, R.A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhea, syphilis, Chlamydia, and AIDS case rates in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 79, 62-64.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197.
- Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baidam, A., Brain, A., Lalloo, F., Evans, G. & Howell, A. (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing ('prophylactic') mastectomy: mental health and body image outcomes. *Psychooncology*, 9(6), 462-472.
- Hospers, H.J., Dörfler, T.T, Zuilhof, W. (2003). *Monitoronderzoek 2003*. Amsterdam: Schorerstichting.

- Howard P. (2008) Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross- sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8, 155.
- Impett, E.A., Schooler, D. & Tolman, D.L. (2006). To be seen and not heard: Femininity ideology and adolescent girls' sexual health. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 131-144.
- International Planned Parenthood Federation (1996). *IPPF charter on sexual and reproductive rights*. Londen: IPPF.
- Irish, L., Kobayashi, I. & Delahanty, D. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461.
- Jackman, M.R. & Jackman, R.W. (1973). An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *American Sociological Review*, 38 (55), 569-582.
- Jackson, G., Rosen, R.C., Kloner, R.A., Kostis, J.B. (2006). The second Princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *Journal of Sexual Medicine*, 3(1), 28-36.
- Janssen, E., Bancroft, J., Graham, C. A. & Carpenter, D. L. (2010). Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales. In T.D. Fisher, C.M. Davis, W.L. Yarber, & S.L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures, third edition* (in press). London, Taylor & Francis Group.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P. & Bancroft, J. (2002). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: I. Measuring Sexual Inhibition and Excitation Proneness in Men. *The Journal of Sex Research*, 39 (2), 114-126.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model : A decade later. *Health Educ. Quart.* 11: 1-47.
- Jasinki, J.L. & Williams, L.M. (1998). *Partner Violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Sage Publications.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Johannes, C.B., Araujo, A.B., Feldman, H.A., Derby, C.A., Kleinman, K.P. & McKinlay, J.B. (2000). Incidence of Erectile Dysfunction in Men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*, 163, 460-463.
- Jorm, A.F., Christensen, H., Henderson, A.S., Jacomb, P.A., Korten, E.A. & Rodgers, B. (1999). Using the BIS/BAS Scales to measure behavioral inhibition and behavioral activation: Factor structure, validity and norms in a large community sample. *Personality and Individual Differences*, 26 (1), 49-58.
- Kaptein, A.A., van Klink, R.C., de Kok, F., Scharloo, M., Snoei, L., Broadbent, E., Bel, E.H. & Rabe. K.F. (2008). Sexuality in patients with asthma and COPD. *Respiratory Medicine*, 102(2), 198-204.

- Karvonen, S. & Rakhonen, O. (2010). Subjective social status and health in young people. *Sociology of Health & Illness*, 33 (3), 372-383.
- Katz-Gerro, T. (2004). Cultural consumption research: Review of methodology, theory, and consequence. *International Review of Sociology*, 14 (1), 11-29.
- Kerr, M. & Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36(3), 366-380.
- Kerr, M., Stattin, H. & Burk, W.J. (2010). A reinterpretation of parental monitoring in longitudinal perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 39-64.
- Kershaw, T.S., Ickovics, J.R., Lewis, J.B., Niccolai, L.M., Milan, S., Ethier, K. (2004) Sexual Risk Following a Sexually Transmitted Disease Diagnosis: The More Things Change the More They Stay the Same. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol 27 (5): 445-461.
- Kim, S. (2006). Regaining of morning erection and sexual confidence in patients with erectile dysfunction. *Asian Journal of Andrology*, 8 (6), 703-708.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia/ London: W.B. Saunders Company.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. & Gebhard, P.H. (1957). *Sexuele gedragingen van de vrouw*. Blaricum, Bigot & Van Rossum.
- Kinsman, S.B., Romer, D., Furstenbergh, F.F., Schwarz, D.F. (1998). Early sexual initiation: The role of peer norms. *Pediatrics*, 102(5), 1185-1192.
- Klein, F. (1990). The need to view sexual orientation as a multivariable process: A theoretical perspective. In D. McWhirter, S. Sanders, & J.M. Reinisch (eds.), *Homosexuality/heterosexuality. Concepts of sexual orientation* (pp. 277-282). New York: Oxford University Press.
- Kleinplatz, P. (Ed.) (2001) *New directions in sex therapy. Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Koskimäki, J., Shiri, R., Tammela, T., Hakkinen, J., Hakama, M. & Auvinen, A. (2008). Regular intercourse protects against erectile dysfunction: Tampere aging male urologic study. *American Journal of Medicine*, 121 (7), 592-596.
- Krieger, N., Williams, D.R. & Moss, N.E. (1997). Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18, 341-378.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). World Report on violence and health. World Health Organization Geneva, editor.
- Kuyper, L., de Wit, J., Adam, P., Woertman, L. & Van Berlo, W. (2009). Laat je nu horen! Een onderzoek naar seksueel grensoverschrijdende seksuele ervaringen onder jongeren. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- La Rocque, C.L. & Cioe, J. (2011). An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *Journal of Sex Research*, 48 (4), 397-408.

- Larsson, I. & Svedin, C.G. (2002). Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Archives of Sexual Behavior*, 31(3), 263-273.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T. & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J-H., Wang, T., Levinson, B., ... & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviours. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 145-161.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E.O., Masi, C.M. & Zuckerman, E.W. (1997). Circumcision in the United States: prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *The Journal of the American Medical Association*, 277 (13), 1052-1057.
- Laumann, E.O., Paik, A. & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunctions in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Lauriola, M., Russo, P.M., Lucidi, F., Violani, C. & Levin, I.P. (2005). The role of personality in positively and negatively framed risky health decisions. *Personality and Individual Differences*, 38 (1), 45-49.
- Lawrance, K.A. & Byers, E.S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships. The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2 (4), 267-285.
- Leiblum, S. R. (2007). Sex therapy today: Current issues and future perspectives. In S. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 3-25). New York: Guilford.
- Lenciasuskiene, I. & Zaborskis, A. (2008). The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 607-618.
- Lescano, C.M., Hadley, W.S., Beausoleil, N.I., Brown, L.K., D'eraimo, D. & Zimskind, A. (2007). A brief measure of adolescent risk behavior. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(4), 325-336.
- Lievens J., & Waeye, H. (2011). *Participatie in Vlaanderen: Basisgegevens van de Participatiesurvey 2009*. Leuven: Acco.
- Lievens, J., Waeye, H. & De Meulemeester, H. (2006). *Cultuurkijker : cultuurparticipatie gewikt en gewogen. Basisgegevens van de survey Cultuurparticipatie in Vlaanderen 2003 -2004*. Antwerpen: De Boeck.
- Lindau, S.T., Schumm, P, Laumann E.O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C.A. & Waite, L.J. (2007). A Study of Sexuality and Health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357, 762-774.

- Link, B.G. & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(extra issue), 80-94.
- Luster, T. & Small, S.A. (1994). Factors associated with sexual risk-taking behaviors among adolescents. *Journal of Marriage and Family*, 56(3), 622-632.
- Madkour, A.S., Farhat, T., Halpern, C.T., Godeau, E. & Gabhainn, S.N. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: A comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, 47(4), 389-398.
- Mallis, D., Moisisdis, K., Kirana, P.S., Papaharitou, S., Simos, G. & Hatzichristou, D. (2006). Moderate and severe erectile dysfunction equally affects life satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 442-9.
- Manlove, J.S., Logan, C., Moore, K.A. & Ikramullah, E. (2008). Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 105-117.
- Manlove, J.S., Terry-Humen, E., Ikramullah, E.N. & Moore, K.A. (2005). The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception. *Journal of Adolescent Health*, 39, 578-587.
- Manning, W.D., Longmore, M.A. & Giordano, P.C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32(3), 104-110.
- Martin, S., Atlantis, E., Wilson, D., Lange, K., Haren, M.T., Taylor, A. & Wittert, G. (2012). Clinical and
- Masood, S., Patel, H.R., Himpson, R.C., Palmer, J.H., Mufti, G.R. & Sheriff, M.K. (2005). Penile sensitivity and sexual satisfaction after circumcision: are we informing men correctly? *Urologia Internationalis*, 75 (1), 62-66.
- Maxson, P. & Miranda, M.L. (2011). Pregnancy Intention, Demographic Differences and Psychosocial Health. *Journal of Women's Health*, 20(8), 1215-1223.
- Mayfield, Wayne (2001). The Development of an International Homonegativity Inventory for Gay Men, *Journal of Homosexuality*, 41(2), 53-76.
- Mays, V.M. & Cochran, S.D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American journal of public health*, 91 (11). 1869-1876.
- McBurnett, K.M., Lahey, B.B., Rathouz, P.J. & Loeber, R. (2000). Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. *Archives of General Psychiatry*, 57, 38-43.
- McFarland, M.J., Uecker, J.E. & Regnerus, M.D. (2011). The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: evidence from married and unmarried older adults. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 297-308.
- McHale, S.M., Crouter, A.C. & Whiteman, S.D. (2003). The family contexts of gender development in childhood and adolescence. *Social Development*, 12(1), 125-148.

- Mercer, C.H., Fenton, K.A., Johnson, A.M., Wellings, K., Macdowall, W., McManus S., ... & Erens B. (2003). Sexual function problems and help seeking behavior in Britain: national probability sample survey. *British Medical Journal*, 327, 426-427.
- Mercer, C.H., Wellings, K., Macdowell, W., Copas, A.J., McManus, S., Erens, B., Fenton, K.A. & Johnson, A.M. (2006). First sexual partnerships-age differences and their significance: Empirical evidence from the 2000 British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles ('NATSAL 2000'). *Journal of Adolescent Health*, 39(1), 87-95.
- Messman-Moore, T. L. & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women-An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23, 537-571.
- Meston, C.M. & Frolich, P.E. (2000). The neurology of sexual function. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1012-1030.
- Meston, C.M., Heiman, J.R. & Trapnell, P.D. (1999). The relationship between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, 36 (4), 385- 395.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Meyer, I.H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In I.H. Meyer en M.E. Northridge (Eds.), *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*, pp. 242-267. New York: Springer.
- Mialon, A, Berchtold, A., Michaud, P.A., Gmel, G. & Suris, J.C. (2012). Sexual dysfunctions among young men: prevalence and associated factors. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 25-31.
- Miller, B.C. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *Journal of Sex Research*, 39, 22-26.
- Miner, M., Esposito, K., Guay, A., Montorsi, P. & Goldstein I. (2012). Cardiometabolic risk and female sexual health: the Princeton III summary. *Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 641-651.
- Mirowsky, J. & Ross, C. (2003). *Education, social status and health*. New York: Aldine De Gruyter.
- Money, J. & Ehrhardt, A.A. (1972). *Man and women, boy and girl*. Baltimore:John Hopkins University Press.
- Monga, M., Alexandresku, B., Katz, S., Stein, M. & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Adult Urology*, 63, 126-130.
- Moreau, C., Boyer, J., Goulard, H. & Bajos, N. (2005). The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*, 71(3), 112-118.

- Morris, C.J. (2012). Circadian system, sleep and endocrinology. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 349(1), 91-104.
- Mulhall, J.P., Parker, M., Waters, B.W. & Flanigan, R (2009). The timing of penile rehabilitation after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy affects the recovery of erectile function. *British Journal of Urology International*, 105(1), 37-41.
- Mullan Harris, K., Duncan, G.J. & Boisjoly, J. (2002). Evaluating the role of “nothing to lose” attitudes on risky behavior in adolescence. *Social Forces*, 80(3), 1005-1039.
- Napper, L. E., Fisher, D. G., Reynolds, G. L. & Johnson, M. E. (2010). HIV risk behavior self-report reliability at different recall periods. *AIDS and Behavior*, 14(1), 152-161.
- Nappi, R.E., Albani, F., Santamaria, V., Tonani, S., Magri, F., Martini, E. et al. (2010). Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas*, 67, 78-83.
- Nathan, S.G. (2003). When do we say a women’s sexuality is dysfunctional ? In: S.B. Levine, C.B. Risen & S.E. Althof (Eds.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (pp. 95-110). New York: Brunner-Routledge.
- Navaneethan, S.D., Vecchio, M., Johnson, D.W., Saglimbene, V., Graziano, G., Pellegrini, F. et al. (2010). Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 56(4), 670-685.
- Nelson, R.J. (2000). *An introduction to behavioral neuroendocrinology*, (2nd edition). Sunderland, MA: Sinauer Associates.
- Nieschlag & Behre (2012). Pathophysiology of the androgen receptor . In *Testosterone, Action, Deficiency, Substitution* (4nd ed., chap.3). Cambridge: University Press UK.
- Nieschlag & Behre (2012). The behavioral correlates of testosterone. In *Testosterone, Action, Deficiency, Substitution* (4th ed., chap.5). Cambridge: University Press UK.
- Nieschlag, E. & Behre, H. (2012). Androgens and hair: a biological paradox with clinical consequences. In *Testosterone, Action, Deficiency, Substitution*, (4th ed., chap.7). Cambridge: University Press UK.
- Norwood, O.T. (1975). Male pattern baldness: classification and incidence. *South Medical Journal*, 68, 1359-1365.
- O'Donnell, L., O'Donnell, C.R. & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 268-275.
- Office for National Statistics (2005). *The National Statistics Socio-economic Classification: User Manual*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Østensen, M. (2004). New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 18(2), 219-232.

- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M., Stephenson, K. & Strange, V. (2009). Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: Findings from a secondary analysis of 16-year-old girls from the RIPPLE and SHARE studies. *Journal of Adolescent Health*, 44(1), 55-63.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30 (Sept.), 241-256.
- Pearson, J., Muller, C. & Frisco, M.L. (2006). Parental involvement, family structure, and adolescent sexual decision making. *Sociological perspectives*, 49(1), 67-90.
- Perez, K., Gadgil, M. & Dizon, D.S. (2009). Sexual ramifications of medical illness. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(4), 691-701.
- Perlman, S.D. & Abrahamson, P.R. (1982). Sexual satisfaction among married and cohabiting
- Picavet, C. (2012). Zwangerchap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121-128.
- Pierce, M.B., Kuh, D. & Hardy, R. (2011). The role of BMI across the life course in the relationship between age at menarche and diabetes, in a British Birth Cohort. *Diabetic Medicine*, 29(5), 600-603.
- Pinel E. C. (1999). Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *Journal of personality and social psychology*, 76 (1), 114-128.
- Pinel, Elizabeth C. & Warner, Leah R. & Chua, Poh-Pheng (2005). Getting there is only half the battle: stigma consciousness and maintaining diversity in higher education. *Journal of Homosexuality*, 61 (3), 481-506.
- Polusny, M.A. & Follette, V.M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology* (4), 143-166.
- Pujols, Y., Seal, B.N. & Meston C.M. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7(6), 905-916.
- Raja, S. & Stokes, J.P. (1998). Assessing attitudes toward lesbians and gay men: the modern homophobia scale. In *Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identity*, 3 (2), 113-134.
- Rees P., Fowler, C., Maas, C. (2007). Sexual dysfunction in men and woman with neurological disorders. *The lancet* 369, 512-525.
- Renshaw, D.C. (2007). Women's reactions to partners's ejaculation problems. *Comprehensive therapy*, 33 (2), 94-98.
- Report of the international consensus development on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163, 888-893.
- Robinson, B.B, Bockting, W.O., Rosser, B.R.S., Miner, M. & Coleman, E. (2003). Sexual health model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 17 (1). 43-57.

- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. In: *Journal of Psychology*, 91, p.93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: J.T. Cacioppo & R.E. Petty (eds.), *Social psychophysiology: a source book* (pp.153-176). New York: Guilford Press.
- Roose, H., Van Eijck, K. & Lievens, J. (2010) Bourdieu's Space Revisited: The Social Structuring of Lifestyles in Flanders (Belgium). *ESA Research Network Sociology of Culture Midterm Conference: Culture and the Making of Worlds*, October 2010. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1692802>
- Rose, D., Pevalin, D. and O'Reilly, K. (2005). *The National Statistics Socio-Economic Classification: Origins, Development and Use*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, p.1-8.
- Rostosky, S.S., Wilcox, B.L., Wright, M.L.C. & Randall, B.A. (2004). The impact of religiosity on adolescent sexual behavior: A review of the evidence. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 677-697.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (6), 1161-1178.
- Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A.M., Schover, L., Wang, R. & Incrocci, L. (2010). Cancer and sexual problems. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 349-73.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. & Earl, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. In *Science*, 277, 918-924.
- Sanchez, D.T. & Kiefer, A.K. (2007). Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Archives of Sexual Behavior*, 36 (6), 808-820.
- Sanchez, D.T., Fetterolf, J.C. & Rudman, L.A. (2012). Eroticizing inequality in the United States: the consequences and determinants of traditional gender role adherence in intimate relationships. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 168-183.
- Sanders, S.A., Graham, C.A. & Milhausen, R.R. (2008). Predicting sexual problems in women: the relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Archives of Sexual Behavior*, 37 (2), 241-251.
- Sandfort, T., Orr, M., Hirsch, J.S. & Santelli, J. (2008). Long-term health correlates of timing of sexual debut: results from a national US study. *American Journal of Public Health*, 98(1), 155-161.
- Santelli, J.S., Lowry, R., Brener, N.D. & Robin, L. (2000). The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*, 90(10), 1582-1588.
- Santor, D.A., Messervey, D. & Kusumakar, V. (2000). Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls : Predicting school performance, sexual attitudes and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 163-182.

- Sawaya, M.E. & Shalita, A.R. (1998). Androgen receptor polymorphisms (CAG repeat lengths) in androgenetic alopecia, hirsutism, and acne. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 3(1), 9-15.
- Schachner, D. A. & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, 11 (2), 179-195.
- Schiavi, R.C., Theilgaard, A., Owen, D.R. & White, D. (1988). Sex chromosome anomalies, hormones, and sexuality. *Archives of General Psychiatry*, 45, 19-24.
- Schoonacker, M. & Dumon, E. (2009). *WELEBI, onderzoek naar het mentaal en sociaal welbevinden van lesbische en biseksuele meisjes*. Brussel: VUB & Steunpunt Gelijkekansenbeleid i.o.v. het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Gelijke Kansen in Vlaanderen.
- Schroeder, E. & Kuriansky, J. (2009). Sexuality education: past, present, and future. Volume 2, What people want to know. Westport, Connecticut: Praeger.
- Schwarz, E.R., Rastogi, S., Kapur, V., Sulemanjee, N. & Rodriguez, J.J. (2006). Erectile dysfunction in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(6), 1111-1119.
- Sell, R.L. (1996). The Sell assessment of sexual orientation: Background and scoring. *Journal of Gay and Bisexual Identity*, 1(4), 295-310.
- Sell, R.L. (1997). Defining and measuring sexual orientation: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 26(6), 643-658.
- Semaan, S., Sternberg, M., Zaidi, A. & Aral, S.O. (2007). Social capital and rates of gonorrhea and syphilis in the United States: Spatial regression analyses of state-level associations. *Social Science & Medicine*, 64, 2324-2341.
- Senkul, T., Iseri, C., Sen, B., Karademir, K., Saracoglu, F. & Erden, D. (2004). Circumcision in adults: effect on sexual function. *Urology*, 63 (1), 155-158.
- Shifren, J.L., Johannes, C.B., Monz, B.U., Russo, P.A., Bennett, L. & Rosen, R. (2009). Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. *Journal of women's health*, 18, 461-468.
- Shirtcliff, E.A., Granger, D.A., Booth A. & Johnson, D. (2005). Low salivary cortisol levels and externalizing behavior problems in youth. *Development and Psychopathology*, 17, 167-184.
- Shively, M.G. & De Cecco J.P. (1993). Components of sexual identity. In L.D. Garnets & D.C. Kimmel (eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 80-88). New York: Colombia University Press.
- Simons, J.S. & Carey, M.P. (2001). Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Archives of Sexual Behavior*, 30,177-219.
- Sleddens, H., Oostra, B.A., Brinkmann, A.O. & Trapman, J. (1992). Trinucleotide repeat polymorphism in the androgen receptor gene (AR). *Nucleic Acids Research*, 20, 1427
- Smith, J., Walsh, T., Shindel, A., Turek, P., Wing, H., Pasch, L. et al. (2009). Sexual, Marital, and Social Impact of a Man's Perceived Infertility Diagnosis. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2505-2515.

- Sorrell, J.H. & Brown, J.R. (2006). Sexual functioning in patients with end-stage liver disease before and after transplantation. *Liver Transplantation*, 12(10), 1473-1477.
- Spector I.P. & Carey M.P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389-408.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: associations with satisfaction, love, commitment and stability. *Journal of Sex Research*, 39(3), 190-196.
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613-629.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811.
- Strauss, M.A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Štulhofer, A., Busko, V. & Landripet, I. (2010). Pornography, sexual socialization and sexual satisfaction among young men. *Archives of Sexual Behavior*, 39 (1), 168-178.
- Štulhofer, A., Schmidt, G. & Landripet, I. (2009). The consumption of pornography in puberty and adolescence: what are the effects on sexual scripts, sexual satisfaction and intimacy in early adulthood? *Zeitschrift für Sexualforschung*, 22 (1), 13-23.
- Sullivan, C.J., Childs, K.K. & O'Connell, D. (2010). Adolescent risk behavior subgroups: An empirical assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 541-562.
- Sumnall, H. R., Beynon, C. M., Conchie, S. M., Riley, S. C. E. & Cole, J. C. (2007). An investigation of the subjective experiences of sex after alcohol or drug intoxication. *Journal of Psychopharmacology*, 21(5), 525-537.
- Svare, I.E., Krüger Kjaer, S., Thomsen, B.L. & Bock, J.E. (2002). Determinants for non-use of contraception at first intercourse; a study of 10.841 young Danish women from the general population. *Contraception*, 66, 345-350.
- Szymanski, D.M. (2006). Does internalized heterosexism moderate the link between heterosexist events and lesbians' psychological distress? *Sex Roles*, 54(3), 227-234.
- Szymanski, D.M., Kashubeck-West, S. & Meyer, J. (2008). Internalized heterosexism-measurement, psychosocial correlates and research directions. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 525-574.
- Tapert, S.F., Aarons, G.A., Sedlar, G.R. & Brown, S.A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of adolescent health*, 28, 181-189.
- TIES Comparison Group International Questionnaire 2006 http://www.tiesproject.eu/component?option=com_docman/task,catalog_view/gid,133/Itemid,142/

- Tourangeau, R. & Smith, T.W. (1998). Collecting sensitive information with different modes of data collection. In: Couper, M.P. et al., *Computer Assisted Survey Information Collection*. p 431- 454. New York: Wiley & Sons.
- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W. & Cooper, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tristano, A.G.(2009). The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology International*, 29(8), 853-860.
- Tsitouras, P.D., Martin, C.E. & Harman, S.M. (1982). Relationship of serum testosterone to sexual activity in healthy elderly men. *Journal of Gerontology*, 37, 288-93.
- Turner, C.F., Miller, H.G. & Rogers, S.M. (1997). Survey Measurement of Sexual Behavior. Problems and Progress. In: Bancroft, J., *Researching Sexual Behavior*. p 37- 60. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- Van Bavel, J. & De Wachter, D. (2007). Uitstel van ouderschap in het Vlaamse Gewest, 2002-2006. *Interface Demography* (pp. 359-397): Vrije Universiteit Brussel.
- Van Goozen, S.H.M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P.T., Buitelaar, J.K. & Van Engeland, H. (2000). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and autonomic nervous system activity in disruptive children and matched controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1438-1445.
- Van Hoorde, B., Elaut, E., De Cuyper, G., Heylens, G., Stockman, B. & T'Sjoen, G. (2011). Seksualiteit bij een oncologische diagnose. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 67(5), 249-254.
- Van Houtte, M. & Stevens, P.A.J. (2010). The culture of futility and its impact on study culture in technical/vocational schools in Belgium. *Oxford Review of Education*, 36(1), 23-46.
- van Wijk, E., van de Meerendonk, B., Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2005). Moderne homonegativiteit: Deconstructie van een meetinstrument voor het meten van hedendaagse reacties op zichtbare homoseksualiteit in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 29, 19-27.
- Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada. *Health & Place*, 13, 14-31.
- Verhoogen, K. (2007) *Het seksuele gezondheidsgedrag van jongvolwassenen: een onderzoek bij 20- tot 25-jarigen in het Brussels hoger onderwijs*. Brussel, VUB: Eindverhandeling tot Licentiaat in de Klinische Psychologie.
- Verschuren, J.E., Enzlin, P., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H. & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47(2), 153-170.
- Voigt, D.C., Dillard, J.P., Braddock, K.H., Anderson, J.W., Sopory, P., Stephenson, M.T. (1999). Carver and White's (1994) BIS/BAS Scales and their relationship to risky health behaviors. *Personality and Individual Differences*, 47 (2), 89-93.

- Waege, H. (1997). *Vertogen over de relatie tussen individu en gemeenschap*. Leuven: Acco.
- Waldinger, M.D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D.H. & Booll, M. (2005). A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*, 2 (4), 492-497.
- Walker, L.E. (2000). *The battered women*. Springer Publishing Company.
- Walsh, S., Zmuda, J.M., Cauley, J.A., Shea, P.R., Metter, E.J., Hurley, B.F. et al. (2005). Androgen receptor CAG repeat polymorphism is associated with fat-free mass in men. *Journal of Applied Physiology*, 98(1), 132-137.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The health Institute.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Weiss, D.L. (1993). Affective reactions of women to their initial experience of coitus. *The Journal of Sex Research*, 19(3), 209-237.
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodgers, Z., Patel, D. & Bajos, N. (2006). Sexual and reproductive health 2-Sexual Behaviour in context: A global perspective. *Lancet*, 368, 1706-1728.
- Wiatrowski, M.D., Griswold, D.B. & Roberts, M.K. (1981). Social control theory and delinquency. *American Sociological Review*, 46(5), 525-541.
- Wiehe, V.R. (1998). *Understanding family violence: treating and preventing partner, child, sibling and elder abuse*. Sage Publications Inc.
- Williams, D.R. (1990). Socioeconomic differentials in health: a review and redirection. *Social Psychology Quarterly*, 53(2), 81-99.
- Williams, D.R., Neighbors, H.W. & Jackson, J.S. (2008). Racial/Ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Public Health Association*, 98 (1), S29-S37.
- Williams, D.R., Yu, Y., Jackson, J.S. & Anderson, N.B. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socio-economic status, stress and discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2 (3), 335-351.
- Wissink, I.B., Dekovic, M. & Meijer, A.M. (2009). Adolescent friendship and developmental outcomes: Ethnic and gender differences. *Journal of Early Adolescence*, 29(3), 405-425.
- Withbeck, L.B., Yoder, K.A., Hoyt, D.R. & Conger, R.D. (1999). Early adolescent sexual activity: a developmental study. *Journal of Marriage and the Family*, 61(4), 934-946.

- Wood, E., Chan, K., Monotaner, J.S.G., Schechter, M.T., Tyndall, M., O'Shaughnessy, M.V. & Hogg, R.S. (2000). The end of the line: has rapid transit contributed to the spatial diffusion of HIV in one of Canada's largest metropolitan areas? *Social Science & Medicine*, 51, 741-748.
- World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). *Preventing intimate partner and sexual abuse against women: taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, F.C., Tajar, A., Beynon, J.M., Pye, S.R., Silman, A.J., Finn J.D. et al.; EMAS Group. (2010). Identification of Late-Onset Hypogonadism in Middle-Aged and Elderly Men. *The New England Journal of Medicine*, 363, 123-135.
- Zamboni, B.D. & Crawford, I. (2002). Using masturbation in sex therapy: relationships between masturbation, sexual desire and sexual fantasy. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 14(2-3), 123-141.
- Zimmer-Gembeck, M.J. (2002). The development of romantic relationships and adaptations in the system of peer relationships. *Journal of Adolescent Health*, 31, 216-225.
- Zitzmann, M. & Nieschlag E. (2003). The CAG repeat polymorphism within the androgen receptor gene and maleness. *International Journal of Andrology*, 26(2), 76-83.
- Zitzmann, M. (2008). Effects of testosterone replacement and its pharmacogenetics on physical performance and metabolism. *Asian Journal of Andrology*, 10(3), 364-372.

Deel 3: Dataverzameling

1. **Kwaliteitszorg tijdens het proces van dataverzameling**

In dit laatste deel gaan we in op de dataverzameling in het kader van deze studie. We bespreken uitvoerig het volledige proces gaande van de voorbereiding van het veldwerk en de steekproeftrekking, over de rekrutering en training van interviewers, de feitelijke dataverzameling (contact- en interviewfase), tot de afwerking van de finale dataset.

Optimale kwaliteitszorg en –bewaking primeerden gedurende het hele proces van dataverzameling, net zoals dit ook het geval was bij het ontwikkelen van het meet-instrument (de vragenlijstconstructie). Nog voor de feitelijke start van het veldwerk werden daartoe een aantal concrete kwaliteitsvereisten en maatregelen uitgewerkt. Deze kwaliteitsvereisten hebben betrekking op het steekproefdesign en de steekproeftrekking, de selectie van het marktonderzoeksbureau dat zou instaan voor de dataverzameling, de contactprocedure, de selectie en training van interviewers en de permanente opvolging en tussentijdse evaluaties van hun werk en de oplevering, cleaning en validering van de finale datasets.

Door dezelfde hoge kwaliteitsvereisten voorop te stellen en de Sexpert-studie dus van A tot Z te onderwerpen aan een proces van integrale kwaliteitszorg, streefden we vooral een finale dataset na die zou beantwoorden aan de meest strikte eisen van methodologische kwaliteit. De volledige fase van de dataverzameling werd voorbereid, opgevolgd, bijgestuurd en geëvalueerd door Sexpert-teamleden verbonden aan de onderzoeksgroep CuDOS, Vakgroep Sociologie (UGent) (hierna aangeduid als ‘de surveycoördinatie’). De eindverantwoordelijke, promotor-surveycoördinator John Lievens, was in het verleden ook promotor-coördinator van gelijkaardige, grootschalige survey-onderzoeken bij de Vlaamse populatie, waarbij een gelijkaardige methodologie en procedure voor integrale kwaliteitsbewaking werd gehanteerd, met name het onderzoek naar ‘Cultuurparticipatie in Vlaanderen. 2003-2004’ (Steunpunt Recreatief Vlaanderen) (Lievens et al., 2006) en de ‘Participatiesurvey 2009’ (Steunpunt Cultuur, Jeugd en Sport) (Lievens & Waeye, 2009).

We bespreken de gevolgde procedures, stappen en beslissingen in de achtereenvolgende fasen van het veldwerk, vervolgens worden deze fases geëvalueerd op basis van gerapporteerde ervaringen in het veld en gedocumenteerd met cijfermateriaal verzameld tijdens het veldwerk.

2. Voorbereiding van het veldwerk

2.1 Selectie van het marktonderzoeksbureau

Het onderzoeksopzet en –design van de studie naar Seksuele gezondheid in Vlaanderen en de omvangrijke dataverzameling die we voor ogen hadden, bracht een complexe organisatie van het veldwerk, met een grote inzet aan personeel (i.c. een groot interviewercorps en een veldwerkverantwoordelijke met een team van naaste medewerkers) en materiële middelen met zich mee. Van meet af aan werd daarom beslist om de feitelijke dataverzameling uit te besteden aan een gespecialiseerd marktonderzoeksbureau.

Dit bureau moest over voldoende ervaring beschikken wat betreft de uitbouw van een dergelijke complexe organisatie (rekruteren en opleiden van voldoende bekwame interviewers, het opzetten van een opvolgingssysteem, software en hardware voor het interview in CAPI en CASI, vertaling van de vragenlijst op papier naar een elektronische versie, ...) en aan een aantal strenge kwaliteitscriteria voldoen.

Voor de selectie van het marktonderzoeksbureau werd de procedure en regelgeving van aanbesteding van overheidsopdrachten gevolgd. Dit impliceert onder andere de opmaak van een gedetailleerd bestek, de openbare publicatie van de offertevraag en een grondige afweging van de vooropgestelde selectie- en gunningscriteria.

De algemene offerteaanvraag werd op 31/03/2010 elektronisch overgemaakt ter publicatie in het Bulletin der Aanbestedingen en het Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen. Op 1/04/2010 werd deze in het Bulletin der Aanbestedingen (Belgisch Staatsblad) en in het Supplement op het publicatieblad van de Europese Unie gepubliceerd. Op 1/06/2010 werden de offertes geopend. Drie marktonderzoeksbureaus vroegen het bestek op en twee daarvan dienden ook een offerte in.

Als eerste selectiecriteria werden gehanteerd:

- o Uitsluitingsgronden:
- o in staat van faillissement of vereffening verkeren
- o niet voldaan hebben aan de verplichtingen inzake de betaling van de bijdragen tot de sociale zekerheid
- o bij de beroepsuitoefening een ernstige fout hebben begaan
- o zich schuldig hebben gemaakt aan het maken van valse verklaringen
- o De financiële en economische draagkracht van het marktonderzoeksbureau:
- o totale omzet over de voorbije drie jaar
- o omzet betreffende aanverwante diensten over de voorbije drie jaar
- o De technische bekwaamheid om de specifieke opdracht uit te voeren:
- o studie- en beroepskwalificaties van de verantwoordelijken
- o een lijst van minstens 100 ervaren interviewers, inclusief relevante opleidingen, certificaten en ervaring met gelijkaardige studies

- o een bewijs van regelmatige geografische spreiding (over het Vlaams Gewest) van het beschikbare interviewercorps
- o minstens drie referenties van vergelijkbare opdrachten, met name niet-commerciële face-to-face survey-onderzoeken, over de voorbije drie jaar (inclusief omschrijving, budget, periode, contact)
- o gemiddelde jaarlijkse personeelsbezetting over de voorbije drie jaar
- o beschikbare technische uitrusting
- o een draaiboek met betrekking tot de interne kwaliteitszorg voor dataverzameling en dataopslag, en het toezicht op de toepassing
- o eventueel opgave van het deel in onderaanneming

Beide bureaus dienden de nodige bewijsstukken en documenten in. Beide offertes kwamen bijgevolg in aanmerking voor de gunning.

Voor de verdere inhoudelijke beoordeling van de offertes en uiteindelijke gunning van de opdracht werden twee hoofdcriteria gehanteerd, in volgorde van afnemend belang:

- o De kwaliteit van de voorbereiding, organisatie en uitvoering van het veldwerk (uitzonderlijk groot belang), onderverdeeld in zeven subcriteria:
 - o het plan van aanpak van de voorbereidings- en testfase van de vragenlijst;
 - o het plan van aanpak van de training van de interviewers
 - o de wijze waarop interviewers opgevolgd en gecontroleerd zullen worden
 - o de wijze waarop de opdrachtgever continu de voortgang en kwaliteit van het veldwerk kan opvolgen, evalueren en bijsturen
 - o de wijze waarop respondenten gecontacteerd zullen worden en de maatregelen voor responsmaximalisering
 - o het plan van aanpak voor de codering
 - o de oplevering van de databestanden en de globale kwaliteitsaanpak bij de uitvoering van de opdracht.
- o De prijs per eenheid (groot belang)

Beide ingediende offertes werden aan de hand van deze criteria beoordeeld door een expertenpanel, bestaande uit Ann Carton (Studiedienst van de Vlaamse Regering), Koen Abts (Instituut voor Sociaal en Politiek Opinieonderzoek, K.U. Leuven), John Lievens (promotor/surveycoördinator Sexpert, Vakgroep Sociologie, Universiteit Gent) en Wouter Pinxten (onderzoeksmedewerker project Sexpert en medewerker surveycoördinatie, Vakgroep Sociologie, Universiteit Gent). Op basis van deze evaluaties werd de opdracht op 31/08/2010 gegund aan marktonderzoeksbureau Significant GfK uit Heverlee.

2.2. Eerste afspraken en taakverdeling

Van meet af aan was het belangrijke om een duidelijke taakverdeling op te maken, om op basis daarvan meer gedetailleerde afspraken te kunnen maken met het marktonderzoeksbureau.

Als belangrijkste taken van het marktonderzoeksbureau, Significant GfK, werden opgelijst:

- o de conversie van de vragenlijst op papier naar een elektronische versie voor CAPI en
- o CASI
- o de rekrutering van interviewers
- o in samenwerking met de surveycoördinatie: de training van de interviewers
- o het versturen van de introductiebrieven en informatiefolders
- o de organisatie en feitelijke uitvoering van het dataverzameling/het veldwerk
- o de supervisie van en de dagelijkse communicatie met interviewers
- o in samenspraak met de surveycoördinatie: de bijsturing van interviewers
- o de uitwisseling van informatie en datasets

De surveycoördinatie zou daarentegen instaan voor:

- o de ontwikkeling van het meetinstrument
- o het opstellen van alle brieven, gericht aan de respondenten (introductiebrieven, toestemmingsformulier, informatiefolder, bedankingsbrief, antwoordkaartje)
- o de inhoudelijke voorbereiding van de training van de interviewers, meer specifiek de projectspecifieke aspecten (gevoeligheden die te maken hebben met het thema en de structuur van de vragenlijst, andere aandachtspunten, opvangprotocol)
- o het bepalen van de procedures voor de dataverzameling
- o de opeenvolgende methodologische kwaliteitscriteria en procedures voor kwaliteitscontroles
- o de evaluatie en validatie na oplevering van de definitieve datasets

Vervolgens werd er, tijdens opeenvolgende persoonlijke contacten van de surveycoördinatie met de veldwerk- en projectverantwoordelijken van Significant GfK, intensief overlegd over de te volgen procedures. Centrale elementen tijdens deze overlegmomenten waren de vertaling van de vragenlijst op papier naar een CAPI- en deels CASI-versie en het testen van de complexe routing in de vragenlijst, de selectie van en de inhoud van de training van de interviewers, de feitelijke organisatie van het veldwerk, het afstemmen van opvolgprocedures, de te volgen contactprocedure,

de procedure voor het gebruik van adressen, de beveiliging van de persoonsgegevens en de uitwisseling van informatie en datasets. De basisprincipes van methodologische kwaliteit en integrale kwaliteitszorg met betrekking tot het surveyproces waren hierbij bepalend.

Een cruciaal punt was het opzetten van een systeem van informatie-uitwisseling zodat de surveycoördinatie permanent en continu het verloop van het veldwerk zou kunnen opvolgen en controleren. Er dienden ook waarborgen te worden ingebouwd zodat de procedures voor het minimaliseren van (selectieve) unit nonrespons strikt zouden worden gerespecteerd.

Belangrijke data tijdens deze voorbereidingsfase waren:

- 31/08/2010: Gunning van de opdracht
- 30/09/2010: Ontvangst van de steekproef van adressen uit het Rijksregister
- 05/10/2010: Eerste overleg met Significant GfK (Gent) en aanlevering van het adressenbestand
- 03/11/2010: Aanlevering van de definitieve vragenlijst
- 12/01/2011: Definitieve elektronische versie van de vragenlijst op punt gesteld
- 24/01/2011: Eerste interviewertraining te Heverlee
- 03/02/2011: Start van het veldwerk

3. Onderzoekspopulatie en steekproef

3.1. Afbakening van de onderzoekspopulatie

Om de verschillende toegepaste en fundamentele vraagstellingen verbonden aan het project zo zorgvuldig mogelijk te beantwoorden, werd een gestandaardiseerd meet-instrument voorgelegd aan een representatief staal uit de Vlaamse populatie, tussen 14 en 80 jaar oud. Om betrouwbare conclusies te kunnen trekken over de Vlaamse populatie streefden we naar een gerealiseerde steekproefomvang van 2400 respondenten.

Aangezien het onmogelijk is om op basis van een abstracte term als ‘Vlaming’ een steekproef te trekken, en er met andere woorden niet zoiets bestaat als een mooi afgebakende st van ‘Vlamingen’, hanteerden we hier een andere operationele definitie van de onderzoekspopulatie. De onderzoekspopulatie bestond meer bepaald uit ‘Nederlandstalige personen met de Belgische nationaliteit, woonachtig in het Vlaams Gewest, met een leeftijd tussen 14 en 80 jaar’. De criteria nationaliteit, woonplaats en leeftijd moesten toelaten om op voorhand individuen te selecteren. Het taalcriterium zou pas tot uiting komen bij het eerste contact met de interviewer op het moment van het interview.

We hanteerden een leeftijdsgrens van 14 jaar, niet alleen omdat de relevantie van het onderwerp onder deze leeftijdsgrens sterk te betwijfelen valt, maar bovendien omdat een andere bevragingsmethode en vragenlijst zich zouden opdringen. Bij 80-plussers is er dan weer een aanzienlijke groep die moeilijk bereikbaar is en/of niet in staat is de vragen te beantwoorden.

3.2. Steekproeftrekking

Uit de operationele onderzoekspopulatie, Nederlandstaligen met de Belgische nationaliteit woonachtig in het Vlaams Gewest en met een leeftijd tussen 14 en 80 jaar, werd een steekproef getrokken via een tweetrapssteekproef-design. In de eerste fase werden 240 geografische eenheden of clusters toevallig geselecteerd. In de tweede fase werd een naar leeftijdsgroep gestratificeerde toevalssteekproef van individuen getrokken, binnen elk van de geselecteerde geografische eenheden, wat ons zou moeten toelaten om de seksuele gezondheid binnen welbepaalde doelgroepen (jongeren en ouderen) specifiek te belichten. De steekproef diende meerbepaald voor een derde uit 14-25 jarigen te bestaan, voor een derde uit 26-49 jarigen, en voor een derde uit 50-80 jarigen. Binnen elk van de leeftijdsgroepen selecteerden we de potentiële respondenten op toevallige wijze.

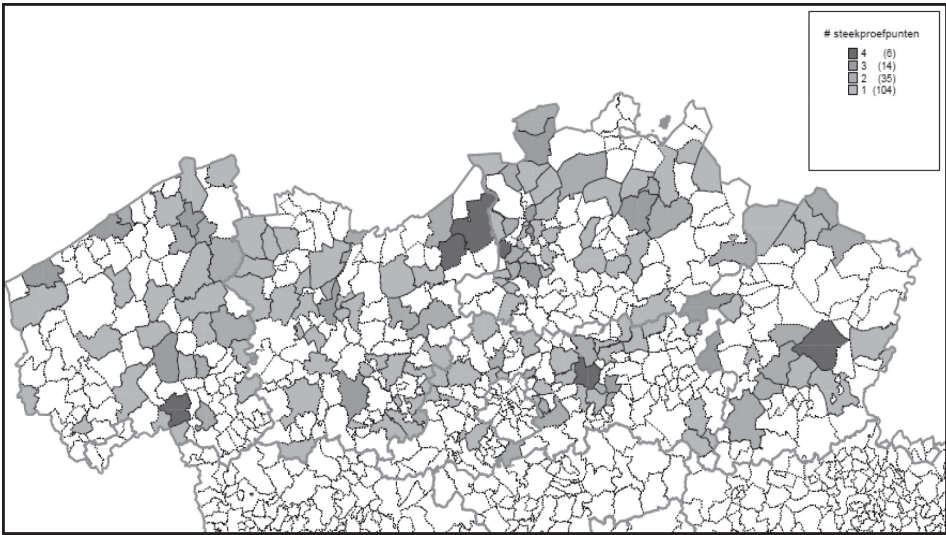
3.2.1. *Stap 1: trekking van geografische eenheden*

De geografische eenheden werden in dit onderzoek geoperationaliseerd op het niveau van de postcode. Een steekproefcluster werd dan gedefinieerd als een geografische eenheid waarin tien personen effectief bevraagd dienden te worden.

Het steekproefkader werd gevormd door alle postcodes binnen het Vlaams Gewest. In totaal zijn dit 516 postcodes. Aangezien de vragenlijst in het Nederlands werd opgesteld, was het een vereiste dat elke benaderde respondent Nederlandstalig zou zijn. Bovendien weten we uit andere Vlaamse populatieonderzoeken dat de responscijfers in Brussel en haar randgemeenten stelselmatig zo laag liggen, dat het erg moeilijk is om voldoende betrouwbare en bruikbare data in die regio te verzamelen. Om die twee redenen werd Brussel, met haar randgemeenten, niet in de steekproef opgenomen.

Uit de populatie van de postcodes werd een a-selecte steekproef, met teruglegging, getrokken van 240 steekproefclusters. De trekkingskans was proportioneel aan het inwonersaantal en de trekking met teruglegging impliceerde dat in eenzelfde postcode verschillende steekproefclusters kunnen getrokken worden. Concreet had dit tot gevolg dat alle grote(re) steden in de steekproef vertegenwoordigd zijn, en sommige zelfs meerdere keren (met meerdere steekproefclusters). In totaal werd de steekproef zo gespreid over 240 clusters binnen 159 verschillende postcodes.

De regionale spreiding van de geselecteerde steekproefclusters is te zien in Figuur 1.



Figuur 1. Geselecteerde postcodes, met per postcode het aantal geselecteerde steekproefpunten (clusters).

3.2.2. Stap 2: Trekking van personen

In de tweede fase wordt een naar leeftijdsgroep gestratificeerde toevalssteekproef van individuen getrokken, binnen elk van de 240 geselecteerde steekproefclusters.

Ruime oversampling leek ons aangewezen om latere tekorten omwille van een tegenvallende respons of een hoog aantal onbereikbare/niet-inzetbare adressen uit te sluiten. Meer concreet werden per steekproefcluster ongeveer 45 adressen (personen) toevallig getrokken, met de bedoeling tien interviews effectief te realiseren in elk van de 240 clusters. De verhouding tussen de leeftijdscategorieën van de geselecteerde personen was zo gekozen dat de gerealiseerde steekproef voor een derde uit 14- tot 25-jarigen, voor een derde uit 26- tot 49-jarigen en voor een derde uit 50- tot 80-jarigen zou bestaan.

Heel concreet hield dit in dat iets meer dan een derde van de geselecteerde adressen afkomstig waren van 50-plussers, ongeveer een derde uit de middengroep (26-49) en iets minder dan een derde uit de groep van 14- tot 25-jarigen. Bij de selectie van adressen werd immers rekening gehouden met gekende leeftijdsspecifieke responscijfers uit andere grootschalige kwantitatieve populatiestudies in Vlaanderen, zoals de laatste editie van de Survey naar Sociaal-Culturele Verschuivingen (2010) en de Participatiesurvey (Lievens & Waeghe, 2009). Meer bepaald dienden we rekening te houden met de doorgaans lagere respons in de oudere leeftijdsgroepen.

Het precieze aantal adressen dat effectief werd doorgegeven aan Significant GfK werd voor elk steekproefpunt verder ook berekend op basis van responscijfers op postcodeniveau van eerdere studies (Surveys naar Sociaal-Culturele Verschuivingen, Studiedienst van de Vlaamse Regering) (zie ook Pickery & Carton, 2008). Zo ver-

wachtten we in een aantal sterk verstedelijkte gebieden (Antwerpen, Gent,...) lagere responscijfers (dan het Vlaamse gemiddelde), terwijl hogere responscijfers mochten worden verwacht in een aantal landelijke gebieden. Dit clusterspecifieke aantal kon met andere woorden iets hoger of iets lager zijn dan 45 adressen. De 10800 toevallig geselecteerde adressen werden op 1/10/2010 verkregen via het Belgisch Rijksregister.

Omwille van de tegenvallende responscijfers werden begin september 2011 in een tweede golf 1400 extra adressen uitgezet. Gezien de ruime mate van oversampling, en omdat een nieuwe steekproef aanvragen bij het Rijksregister om administratieve redenen niet mogelijk was, putten we daarvoor uit de 6591 resterende reserve-adressen (uit de oorspronkelijke steekproef van 10800 beschikbare adressen). Dit gebeurde opnieuw op loutere toevalsbasis. Er werd daarbij voor gekozen de regionale spreiding van deze 1400 bijkomende adressen te maximaliseren. Daartoe werden 81 clusters, verspreid over 74 verschillende postcodes, geselecteerd waarin gemiddeld genomen 17 adressen werden uitgezet, met de bedoeling om vijf tot zes respondenten effectief te bevragen. Bij de start van de tweede golf werd ook het verwachte netto responscijfer en daarmee ook het oorspronkelijk verwachte aantal van 2400 gerealiseerde interviews naar beneden toe bijgesteld tot 2000 gerealiseerde interviews.

4. Onderzoeksopzet

4.1. Face-to-face bevraging via CAPI en CASI

Alle data werden verzameld door middel van een face-to-face interview bij de respondent thuis, gecombineerd met een gedeelte zelfrapportering wat betreft het peilen naar meer gevoelige gegevens, namelijk alle indicatoren van de seksuele gezondheid. Op het einde van het interview werd tijd voorzien voor de afname van enkele spreekstelalen.

Gegeven het opzet van dit onderzoek bleek een face-to-face, mondelinge bevraging noodzakelijk (zie ook deel 2, paragraaf 1.1).

Dit wordt in de eerste plaats ingegeven door de lengte van de vragenlijst in dit groot-schalige, verkennende, onderzoek naar seksuele gezondheid in Vlaanderen. Methodologische studies wijzen uit dat respondenten bereid zijn om meer tijd (maximaal 60-75 minuten) te besteden aan een face-to-face interview, dan aan een schriftelijke vragenlijst (30 tot 40 minuten) (o.a. Berdie, 1973; Frankel & Sharp, 1981; Bogen, 1996). Bijkomende voordelen van het mondelinge interview zijn daarnaast de hogere respons rate, vergeleken met een bevraging via een schriftelijke vragenlijst (wat de representativiteit van de onderzoeksresultaten maximaliseert) en de lagere item non-respons (ontbrekende informatie per vraag) (zie deel 2, paragraaf 1.1).

De tweede reden voor onze keuze voor een computergestuurd, face-to-face interview is de aanwezigheid van verschillende complexe filters (zie ook deel 2, paragraaf 1.2). Om de omvang van vragenlijst per respondent tot het redelijk haalbare te kunnen be-

perken, werden diverse filtervragen opgenomen die afhankelijk van het gegeven antwoord andere vervolgvragen deden verschijnen. Hiervoor werd een CAPI- (Computer Assisted Personal Interviewing) en CASI- (Computer Assisted Self-Interviewing) omgeving gebruikt waarbij de interviewer of respondent de vragen op een laptop bij de respondent thuis te zien kreeg en de antwoorden onmiddellijk kon registreren. De CAPI- en CASI-omgeving werd zo geprogrammeerd dat de routing van vraag naar vraag automatisch gebeurde zonder dat dit het interviewproces verstoorde.

In het CAPI-gedeelte kwamen alle minder gevoelige vragen (persoonlijke achtergrondkenmerken, tijdsbesteding,...) aan bod. In het CASI-gedeelte, bedoeld voor de meer gevoelige vragen (met name alle seksuele gezondheidsindicatoren), konden de respondenten de vragen rechtstreeks op een computerscherm aflezen en vervolgens hun antwoorden in alle vertrouwelijkheid invoeren, zonder inzage en inbreng van de interviewer. Het belangrijkste voordeel bestond erin dat respondenten niet genoodzaakt waren om gevoelige informatie aan de interviewer toe te vertrouwen. Respondenten blijken immers veel minder geneigd tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden wanneer er geen inmenging is van een interviewer (de Leeuw et al., 2003; Gribble et al., 1999; Tourangeau & Smith, 1998).

4.2. Afname van een speekselstaal

Op het einde van het interview werd tijd voorzien voor het vrijwillig afstaan van speekselstalen door de respondent, om op basis daarvan hormoonwaarden (geslachtshormonen en cortisol) en genetische markers voor androgeengevoeligheid te kunnen bepalen. Volgens een getoetste procedure werden volledige en onbewerkte speekselstalen verzameld, namelijk via twee methodes: passieve drooling (verzameling via een rietje in een opvangbuisje, 2* 2ml), en het kauwen op een wattenrolletje (Salivette®).

Er werd gekozen voor afname van speekselstalen, een aangezien dit een eenvoudige en voor de respondenten weinig invasieve methode is in vergelijking met, bijvoorbeeld, de afname van bloedstalen. Een validatiestudie toonde daarbij een goede correlatie tussen testosterone en cortisol, respectievelijk bepaald op speeksel en op bloed bepaald, bij 50 mannen en 50 vrouwen, specifiek hiervoor geselecteerd. De uitgewerkte procedure voor afname, transport, bewaring en analyse van de stalen worden verderop besproken (paragraaf deel 2, 2.3.2.7 en deel 3, paragraaf 7.2).

5. Contactprocedure

Voor de benadering van respondenten en de uitgewerkte contactprocedures maakten we gebruik van de door Dillman (1978; 2000) beschreven Total Design Method, een internationaal veelvuldig getoetste methode voor benadering van respondenten in grootschalig kwantitatief onderzoek die er voornamelijk op is gericht de respons, medewerking en kwaliteit van de verkregen antwoorden te maximaliseren.

Via een door de Sexpert-surveycoördinatie zorgvuldig opgestelde introductiebrief en bijhorende informatiefolder werden de geselecteerde personen uit de steekproef uit het Rijksregister één tot twee weken op voorhand op de hoogte gebracht van de doelstellingen en het nut van de studie.

Tot driemaal toe trachtte de interviewer vervolgens persoonlijk aan huis contact te leggen met de respondent (eventueel na een telefonische afspraak). Minstens één contactpoging gebeurde daarbij na 18u en minstens één contactpoging gebeurde tijdens het weekend. Indien na drie contactpogingen niemand thuis werd aangetroffen, werd een contactkaart achtergelaten met vermelding van de naam en het telefoonnummer van de interviewer. Indien geen reactie kwam op de contactkaart ging de interviewer nog minstens één keer persoonlijk langs. Indien mogelijk legde de interviewer ook telefonisch contact met de (potentiële) respondent.

Elke interviewer zorgde tot slot voor een systematische en permanente registratie van de contacten, door de resultaten van elke (al dan niet geslaagde) contactpoging in te voeren in een CAPI-omgeving en door te sturen naar de veldwerkverantwoordelijken, via een gestandaardiseerd formulier en met gedetailleerde contactcodes. Op regelmatige basis werden de resultaten van alle contactpogingen zowel collectief (over alle interviewers en respondenten heen) als individueel (per interviewer) gescreend en geëvalueerd.

5.1. Introductiebrief, informatiefolder en toestemmingsformulier

Minstens twee dagen tot maximaal twee weken voor het eigenlijke contact met een interviewer ontving elke potentiële respondent een introductiebrief waarin de doelstellingen en het belang van de studie naar seksuele gezondheid duidelijk werden gemaakt, waarin om medewerking werd verzocht en waarin het bezoek van een interviewer werd aangekondigd. De introductiebrief was opgesteld door en in naam van het Sexpert-consortium.

In de introductiebrief werd ook het Sexpert-consortium kort voorgesteld, en werden een telefoonnummer (groene lijn) en E-mailadres opgenomen, zodat personen die dit wensten om verdere informatie of uitleg konden vragen. Bij de introductiebrief zat ook nog een aparte informatiefolder, eveneens opgesteld door de Sexpert-surveycoördinatie, die de maatschappelijke relevantie van de studie, de doelstellingen en verwachtingen moest helpen te duiden. Op die informatiefolder was ook nog meer uitleg te vinden omtrent de eventuele afname van enkele speekselstalen. Het versturen van de introductiebrieven, informatiefolders en toestemmingsbrieven gebeurde door Significant GfK.

Voor minderjarigen werd ook een aangepaste introductiebrief naar de ouders verstuurd, inclusief een apart toestemmingsformulier voor ouders. Voor alle minderjarige en meerderjarige respondenten zelf had elke interviewer verder nog minstens twee exemplaren van een toestemmingsformulier bij zich, door de respondent te ondertekenen voor de start van elk interview. De ondertekende schriftelijke toestem-

mingen voor speekselafname werden op geregelde tijdstippen door de interviewers ingediend bij de veldwerkverantwoordelijke van Significant GfK. Na afloop van de dataverzameling werden deze door Significant GfK gebundeld en aan de Sexpert-surveycoördinatie bezorgd.

Niet alle steekproefclusters werden tegelijkertijd geactiveerd. Naargelang de inzetbaarheid van interviewers in een bepaalde regio, werden nieuwe clusters geactiveerd en werden de bijhorende introductiebrieven door de veldwerkverantwoordelijken van Significant GfK verstuurd.

5.2. Groene lijn en E-mailadres

Op de introductiebrieven en in de informatiefolders werd een E-mailadres, verbonden aan het project, en een gratis telefoonnummer vermeld.

Via het E-mailadres kwamen (potentiële) respondenten rechtstreeks bij een lid van de surveycoördinatie (het onderzoekersteam) terecht, terwijl de groene lijn ter beschikking werd gesteld en werd bemand door medewerkers van Significant GfK. Beide communicatiekanalen hadden als doel vragen te beantwoorden en mogelijk wantrouwen bij (potentiële) respondenten tegenover het onderzoek weg te nemen en gemaakte afspraken voor interviews te verplaatsen.

5.3. Contactpogingen

Het eerste contact met een potentiële respondent diende steeds persoonlijk (face-to-face) te gebeuren. Om de kans te maximaliseren dat de betrokken persoon thuis werd aangetroffen diende de interviewer minstens vier face-to-face contactpogingen te ondernemen waarvan minstens één na 18u en minstens één in het weekend. Indien na drie contactpogingen niemand thuis werd aangetroffen, werd een contactkaart achtergelaten met vermelding van de naam en het telefoonnummer van de interviewer. Indien er geen reactie kwam op de contactkaart diende de interviewer nog minstens eenmaal persoonlijk langs te gaan. Alle aangeleverde adressen dienen, tot uitputting, de volledige contactprocedure te doorlopen.

In een aantal gevallen kreeg een interviewer van de respondent zelf, of van zijn of haar gezinsleden, bij het eerste contact een telefoonnummer waarmee ze verder een afspraak voor de afname van een interview konden vastleggen.

In een beperkt aantal gevallen liet het eerste contact met een interviewer lang op zich wachten na het versturen van de introductiebrief. Een vaak voorkomende redenen waren tijdelijke onbeschikbaarheid van een interviewer of het feit dat een interviewer zich – al dan niet na het realiseren van een beperkt aantal interviews - uit het onderzoek terugtrok. Wanneer er meer dan vier weken waren verstreken tussen het verzenden van de eerste introductiebrief en de eerste contactpoging, werd beslist om een nieuwe, aangepaste (herinnerings)brief te versturen.

5.4. Contactbladen

De resultaten van alle contactpogingen en effectieve contacten werden door de interviewers rechtstreeks bijgehouden in een CAPI-omgeving. Op die manier kon het databestand met contactbladen dagelijks ge-update worden en kon de staat van elk adres continu worden opgevolgd (cf. infra voor de opvolgingsprocedure). Het databestand omvatte volgende gegevens:

- o identificatienummer van de respondent
- o identificatienummer van de steekproefcluster
- o contactcode indien de respondent zelf contact opnam via de groene lijn
- o interviewnummer
- o datum waarop het adres werd geactiveerd
- o voor alle opeenvolgende contacten, per contact:
- o volgnummer van het contact (eerste, tweede,... contact)
- o contactdatum
- o contactcode (zie verder)
- o indicatie of een interview werd gerealiseerd
- o indicatie of een speekselstaal kon worden afgenomen

Via volgende gedetailleerde contactcodes kon de interviewer telkens aangeven wat het resultaat was van iedere contactpoging:

- 1: onmiddellijk interview afgenomen
- 2: taalbarrière
- 3: gehandicapt, dement, slepende ziekte
- 4: vakantie, zakenreis gedurende heel de periode
- 5: verhuisd en nieuw adres niet gekend
- 6: adres onvindbaar - onbestaand - onbekend
- 7: overleden
- 8: harde weigering, expliciete weigering door de respondent
- 9: zachte weigering, weigering via uitvluchten door de respondent
- 10: afspraak gemaakt
- 11: verhuisd en nieuw adres gekend
- 12: thuis, maar echt niet in de gelegenheid
- 13: respondent niet thuis, geen afspraak kunnen maken
- 14: niemand thuis
- 15: wel thuis, maar niet opengedaan
- 16: weigering door andere in de plaats van de respondent
- 17: weigering omwille van het geslacht van de interviewer
- 18: weigering om een handtekening te plaatsen op het toestemmingsformulier
- 19: weigering door ouders van minderjarige, weigering door andere als finaal resultaat
- 20: niet-gevalideerd interview

- 21: weigering omwille van het onderwerp van de studie
- 22: weigering omwille van de leeftijd van de interviewer
- 23: verloren gegaan interview

Respondenten die weigerden deel te nemen aan het onderzoek werden opgesplitst in verschillende groepen. Allereerst onderscheidde we de ‘harde weigeraars’ (code 8) als een groep die met zeer duidelijk, maar eerder algemeen, geformuleerde redenen, zoals ‘Ik doe nooit mee aan onderzoeken’ of ‘Jullie hebben geen zaken met mijn privéleven’, weigerde.

Een andere resultaatcode (code 9) werd voorbehouden voor een groep die zou weigeren met eerder zachte argumenten als ‘Ik heb het momenteel te druk’, ‘Ik heb nog nooit een relatie/seks gehad’ of ‘Ik ben te oud’. Dit onderscheid tussen expliciete en ‘zachte’ weigeraars was ingegeven door ervaringen uit andere studies (o.a. Lievens et al., 2006; Lievens & Waage, 2009) die stelden dat het kunnen overtuigen van initiële weigeraars, bij een eventuele herbenadering (zie verder), sterk afhankelijk zou zijn van de reden van de eerste weigering.

Ook resultaatcode 18, waarbij de respondent weigerde om zijn of haar handtekening te zetten op het toestemmingsformulier, resulteerde in het finaal afronden van het dossier. Hetzelfde gold indien de ouders van een minderjarige geen toestemming wilden geven voor het interview (contactcode 19).

Daarnaast werden nog als mogelijke resultaatcodes binnen de ruimere categorie weigeringen voorzien: een weigering om mee te werken omwille van het geslacht van de interviewer (code 17), een weigering omwille van de leeftijd van de interviewer (code 22). In beide gevallen kon Significant GfK bekijken of een andere interviewer naar het adres kon worden gestuurd.

Vrij snel na de start van het veldwerk (eind maart 2011) werd daar nog een extra resultaatcode, eveneens geldend als expliciete weigering, aan toegevoegd, namelijk ‘Weigeringen omwille van het onderwerp van de studie’ (code 21). Het was onze bedoeling om hiermee een duidelijker zicht te kunnen krijgen op het aandeel potentiële respondenten dat rechtstreeks en expliciet afhaakte omwille van het thema (seksuele gezondheid, seksualiteit en relaties). Dit niet alleen om achteraf een beeld te kunnen schetsen van de selectieve non-respons, maar ook om nog tijdens het proces van dataverzameling op gepaste wijze te kunnen monitoren en waar nodig aanpassingen te doen aan de wijze waarop respondenten door het consortium zelf en door interviewers werden aangesproken.

Concreet werden de bewoordingen in de introductiebrieven en informatiefolders vanaf april 2011 licht aangepast, opdat enerzijds de maatschappelijke relevantie van de studie nog beter kon worden belicht en opdat anderzijds het respect voor de privacy en het niet-bedreigend karakter van de studie nog beter in de verf zou komen te staan.

Bij codes 6, 8, 9, 12, 16 en 21 werd gevraagd een zo gedetailleerd mogelijke omschrijving te vermelden. Naast de expliciete en zachte weigeringen (codes 8, 18, 19

en 21) sloten ook volgende codes het dossier volledig af, ongeacht hoeveel contactpogingen er reeds werden ondernomen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 en 20. Bij de overige resultaatcodes dienden, door dezelfde interviewer, nieuwe contactpogingen te worden ondernomen totdat het aantal van minstens vier werd bereikt.

In het geval van een resultaatcode 9 (zachte weigering/weigering via uitvluchten), code 17 of code 19 (weigering omwille van geslacht of leeftijd) kon het adres nog worden ingezet in een herbenaderings- of reconversiefase.

5.5. Herbenaderingen

Indien bij een adres in de eerste fase, na vier contactpogingen, als finale resultaatcode ‘niet thuis’, ‘langdurig met vakantie/in het buitenland’, ‘niemand thuis’ of ‘nu niet in de gelegenheid’ werd genoteerd, werd dit adres opgenomen in de reconversiefase. Deze stap in de contactprocedure is cruciaal om selectieve non-respons zoveel mogelijk te minimaliseren en in elk geval beter te kunnen inschatten. Daarnaast werd een beperkt aantal respondenten die initieel weigerden via uitvluchten eveneens in de reconversiefase opgenomen.

Voor het directe contact met de respondent werd dezelfde procedure gebruikt als door de eerste interviewer: minimum vier contactpogingen waarvan minstens één in het weekend en minstens één na 18u, met gebruik van hetzelfde contactblad.

6. Interviewers: rekrutering en training

In een grootschalige studie als deze vormen interviewers een heel belangrijke schakel in het dataverzamelingsproces. De kwaliteit van hun werk staat in rechtstreeks verband met de kwaliteit van de uiteindelijk verkregen gegevens. Het is van het grootste belang dat ze de geselecteerde personen effectief contacteren, ze zo goed mogelijk proberen overtuigen tot deelname, en het interview zelf op een kwaliteitsvolle manier uitvoeren.

Door het consortium werd in de offertevraag vooropgesteld dat alle, of zo niet toch de grote meerderheid van de interviewers die zouden worden ingezet bij het veldwerk, over voldoende aantoonbare ervaring moesten beschikken met vergelijkbare wetenschappelijke studies via face-to-face interviews. Deze vraag vanuit de survey-coördinatie werd ingegeven door het feit dat het hier om een zeer innovatief, maar ook complex (wat betreft de inhoud en structuur van de vragenlijst en routing) en gevoelig (wat betreft de thematiek) project zou gaan.

6.1. Interviewertraining

Alle interviewers die op de studie werken, dienden eerst een grondige en intensieve training te volgen. Gezien hun eerdere ervaring met de door Significant GfK gebruikte software en met de voorgeschreven contactprocedures en opvolgingsprocedures, volstond voor meerderheid van de interviewers een training van een halve dag (4 uur). Enkel een beperkt aantal onervaren interviewers die in een latere fase bij het project werden betrokken, kregen voorafgaand een langere en meer doorgedreven individuele opleiding door Significant GfK.

Alle projectspecifieke aspecten van de training werden door het consortium uitgewerkt. Dit hield in: de achtergrond en maatschappelijke relevantie van de studie, de doelstellingen, de inhoud van de vragenlijst, het uitnodigen en overtuigen van respondenten tot deelname rekening houdend met de specificiteit en gevoeligheid van het thema, het kwaliteitsvol afnemen van een interview in CAPI en CASI, de procedure voor het afnemen, bewaren en transporteren van de speekselstalen, de evaluatiecriteria en het te volgen protocol indien de interviewer zou worden geconfronteerd met een specifieke (hulp)vraag met betrekking tot het thema. Alle eerder projectoverschrijdende onderwerpen (contactprocedure, gebruik van de software, invullen van de contactbladen, opvolgingsprocedure) werden door Significant GfK maar in samenspraak met de surveycoördinatie uitgewerkt.

Tijdens de eerste negen trainingen waren er dan ook telkens minimum twee medewerkers van het Sexpert-team aanwezig. Met het oog op een actieve participatie van de interviewers werd, voor beide trainingsmomenten, de aanwezigheid beperkt tot een maximum van 15 interviewers. We geven een overzicht van de data waarop deze trainingen plaatsvonden (Tabel 332).

Tabel 344. Data van de interviewertrainingen.

Datum	Plaats
24/01/2011	Heverlee
26/01/2011	Heverlee
28/01/2011	Heverlee
29/01/2011	Heverlee
31/01/2011	Heverlee
1/02/2011	Heverlee
2/02/2011	Heverlee
25/05/2011	Heverlee
08/06/2011	Heverlee
30/09/2011	Heverlee
18/11/2011	Heverlee

Eerst werd aan de geselecteerde interviewers het project, de studie en het onderzoeksteam voorgesteld. Dit gebeurde door de aanwezige Sexpert-medewerkers zelf. Vervolgens volgde wat uitleg over de inhoud van de gestandaardiseerde vragenlijst en het verloop van de afname van een face-to-face interview in CAPI. Daarna werd ingegaan op het hoe en waarom, en alle aandachtspunten hierbij, van het gedeelte zelfrapportering (CASI).

Vervolgens gaf een Sexpert-medewerker alle informatie alsook een demonstratie bij de afname, zorgvuldige bewaring en het transport van de speekselstalen, met daarbij ook een overzicht van het benodigde materiaal dat daartoe door het consortium zou worden voorzien.

In een volgend deel besprak de veldwerkverantwoordelijke uitgebreid de contact-procedure, met bijzondere aandacht voor de inhoudelijke betekenis van de diverse contactcodes en de te respecteren standaardprincipes. De vertrouwelijkheid van de gegevens, het respect voor de privacy en het anonieme karakter van de gegevens werd daarbij nog eens sterk beklemtoond. Interviewers dienden, zoals gebruikelijk, aan het einde van de training dan ook een schriftelijke verklaring te ondertekenen waarin zij zich verplichten de wettelijke regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in acht te nemen.

In het verlengde hiervan besprak een aanwezige Sexpert-medewerker ook het door het consortium uitgewerkte opvang- en doorverwijs-protocol, dat voorschrijft hoe een interviewer zich dient op te stellen en welke acties hij al dan niet moet ondernemen mocht een respondent met een concrete vraag om hulp of verdere informatie komen, met betrekking tot het onderwerp van de studie¹⁰.

In een interactief gedeelte konden interviewers ervaringen uitwisselen en ideeën vergaren omtrent 'hoe om te gaan met weigerachtige respondenten'. Tijdens het laatste deel van de training werden alle praktische aspecten voor de uitvoering van de studie en uitwisseling van informatie behandeld, met inbegrip van de opvolg- en evaluatie-procedures.

Voor en na het volgen van de training kon het Sexpert-team, in overleg met Significant GfK, beslissen om bepaalde interviewers niet in te zetten op de studie. Aan gezien alle interviewers aan de minimumvoorwaarden voldeden, werd hier geen gebruik van gemaakt.

In totaal volgden 98 interviewers de training. Zes daarvan zijn evenwel nooit gestart met het feitelijke veldwerk. Van alle gestarte interviewers realiseerden er 90 minstens één interview.

10 Dit opvang- en doorverwijsprotocol werd uitgewerkt op vraag van de Ethische Comités van de verantwoordelijke Faculteiten van de verschillende consortiumpartners.

6.2. Tussentijdse debriefing

Daarnaast vonden, na twee maanden veldwerk, ook debriefing-gesprekken plaats met kleine groepjes van op dat moment actieve interviewers (in totaal 20-25 interviewers per gesprek) (Tabel 333). De bedoeling van deze debriefing-gesprekken was het verloop van de eerste twee maanden veldwerk te bespreken, knelpunten en aandachtspunten te ontdekken en waar mogelijk het proces van dataverzameling, en met name de contactprocedure, bij te sturen. Bij deze gesprekken was, naast de project- en veldwerkverantwoordelijke van Significant GfK, ook telkens minstens één medewerker van het Sexpert-team aanwezig.

Als rechtstreeks gevolg van deze debriefing-gesprekken met interviewers werd de tekst van de introductiebrieven en informatiefolders voor respondenten enigszins aangepast (zie boven). De interviewers bespraken onderling en in aanwezigheid van de surveycoördinatie en veldwerkverantwoordelijke ook een (extra) argumentarium.

Tabel 345. Data van de debriefing-gesprekken met interviewers.

Datum	Plaats
5/04/2011	Heverlee
7/04/2011	Gent
8/04/2011	Heverlee

6.3. Legitimatie en identificatie

Elke interviewer beschikte over een uniek nummer, dat op alle vragenlijsten en contactbladen diende vermeld te worden. Interviewers hadden bij elke contactpoging tevens de nodige documenten ter legitimatie bij: een interviewerbadge met vermelding van hun naam, het consortium (de opdrachtgever) en het marktonderzoeksbureau, enkele exemplaren van de introductiebrieven, de informatiefolder en de toestemmingsformulieren en tot slot naamkaartjes om eventueel achter te laten bij afwezige respondenten.

6.4. Interviewen in eigen gemeente

Interviewers mochten geen interviews afnemen in hun eigen (deel)gemeente. Dit om te vermijden dat interviews worden afgenomen met bekenden van de interviewer. Omdat deze voorwaarde in de praktijk in een aantal gevallen voor moeilijkheden zorgde voor de verdeling van steekproefclusters over de beschikbare interviewers (voornamelijk voor herbenaderingen) werd in beperkte mate afgeweken van deze voorwaarde. Dit kon enkel na een degelijke verantwoording en na goedkeuring door de surveycoördinatie. Enkel indien echt geen alternatief beschikbaar was, werd van deze voorwaarde afgeweken.

Interviewers mochten echter in geen geval een interview afnemen bij een bekende (familielid, goede kennis, vriend, buur).

6.5. Aantal interviews

Omdat de pool van beschikbare interviewers eerder beperkt was, en door uitval ook nog kleiner werd naarmate het veldwerk vorderde, werd het beschikbare aantal interviewers te klein om het vooropgestelde aantal interviews te kunnen realiseren. Hieraan werd op verschillende manieren tegemoet gekomen.

Ten eerste rekruteerde Significant GfK doorheen het proces van dataverzameling permanent nieuwe interviewers die werden getraind en bijkomend werden ingezet (zie training interviewers). Dit gebeurde voornamelijk voor die regio's in Vlaanderen waar er een tekort aan interviewers was. Daarnaast werd de oorspronkelijke deadline om het veldwerk te beëindigen verlengd naar februari 2012.

Interviewers kunnen een invloed hebben op het antwoordproces van de respondenten. Om die invloed onder controle te houden en op het geaggregeerde niveau te minimaliseren, werd het aantal interviews dat een interviewer maximaal mocht afnemen aanvankelijk beperkt tot 30.

Om de dataverzameling vlotter te laten verlopen, werd na verloop van tijd toch beslist om hiervan in een beperkt aantal gevallen af te wijken.

Na afwerking van de eerste set van adressen en na 20 interviews werd het werk van interviewers grondig doorgelicht (zie verder, paragraaf 8.2) en op basis daarvan werd beslist hoeveel bijkomende interviews ze mochten realiseren. Enkel interviewers die werk afleverden van een zeer goede tot uitmuntende kwaliteit, kregen de toestemming om nog 20 bijkomende interviews af te nemen. Na afwerking van het 40^e interview bij deze zeer succesvolle en gemotiveerde interviewers werd het evaluatieproces herhaald. Enkel wie over de hele lijn kwaliteitsvolle interviews afleverde en daarnaast ook zeer succesvol was in het overtuigen van respondenten (goede tot zeer goede responscijfers behaalde), kon een (allerlaatste) schijf van 20 bijkomende interviews realiseren.

In totaal waren er 23 interviewers die meer dan 30 interviews realiseerden, waarvan 14 interviewers tussen 40 en 57 (het maximum behaalde aantal interviews).

7. Bijzonderheden: opvangprotocol en speekselstalen

7.1. Opvangprotocol

Zoals gebruikelijk in andere grootschalige face-to-face studies, werd ook in deze studie bijzondere aandacht besteed aan de vertrouwelijke karakter, het steeds primeren- en respect voor privacy van de respondent en het anonieme karakter van de gegevens.

Daarnaast werkte het onderzoeksteam, gegeven het bijzondere karakter en het specifieke thema, nog een extra opvang- en doorverwijsprotocol uit. Dit omvatte richtlijnen voor interviewers voor het geval één van hen met een vraag om extra informatie, met een concrete hulpvraag of zelfs met een crisissituatie zouden worden geconfronteerd. Er werd juridisch advies ingewonnen bij de opmaak van dit protocol, dat er kwam op vraag van de Ethische Comités van enkele betrokken faculteiten van waaruit de consortiumpartners opereren.

In het protocol had een deel betrekking op de informatieplicht van het Sexpert-consortium. Aan die informatieplicht werd voldaan doordat tijdens elk interview de nodige contactgegevens van hulp- en informatieverlenende instanties werden voorzien (dit onder de vorm van doorverwijzingsformulieren in elektronische en in papieren versie). Bij een specifieke vraag om verdere informatie kon de interviewer verwijzen naar deze lijst met contactgegevens. Anderzijds omvatte het protocol een deel richtlijnen die rechtstreeks verband hielden met de meldingsplicht van het consortium en de individuele interviewers, in het geval dat een crisis- of noodsituatie verbaal en rechtstreeks aan de interviewer zou worden gemeld. In dat laatste geval werd aan de interviewers gevraagd niet persoonlijk in te grijpen maar deze concrete hulpvraag of crisissituatie rechtstreeks, dus zonder tussenkomst van de surveycoördinatie of veldwerkverantwoordelijke, door te geven aan twee artsen van het team. Deze twee artsen zouden dan verder beoordelen of er en welk gevolg er moest gegeven worden aan de crisissituatie of hulpvraag van de respondent.

De artsen hadden geen toegang tot het bestand met persoonlijke gegevens (adressenbestand) van respondenten. Enkel met medeweten van en goedkeuring door de respondent konden de contactgegevens door de interviewer aan een arts worden doorgegeven.

7.2. Verzameling van speekselstalen

7.2.1. Afname

Aan het einde van elk interview werd tijd voorzien voor de (vrijwillige) afname van enkele speekselstalen bij de respondent, om op die manier hormonale niveaus (testosteron en cortisol) en genetische markers voor androgeengevoeligheid (CAG-RL) te kunnen bepalen (zie bespreking in deel 2, paragraaf 2.3.2.7). Deze informatie zou dan achteraf kunnen worden gekoppeld aan de informatie verzameld via het interview in CAPI en CASI.

De keuze voor speekselstalen berustte op het feit dat het hier een eenvoudige werkmethode betreft met minimale invasiviteit voor de respondenten, in vergelijking met bijvoorbeeld de afname van bloedstalen. We verzamelden speekselstalen via twee methodes: passieve drooling (verzameling via een rietje in een opvangbuisje, 2* 2ml), en het kauwen op een wattenrolletje (Salivette   ). Een validatiestudie toonde een goede correlatie tussen testosteronen en cortisol, respectievelijk bepaald op speeksel en op bloed, bij 50 mannen en 50 vrouwen, specifiek hiervoor geselecteerd.

Het onderzoeksteam zorgde er, via de introductiebrief gevoegde informatiefolder, voor dat alle potentiële respondenten op voorhand op de hoogte werden gesteld van de precieze doelstellingen, het nut en de wijze van afname van deze speekselstalen. Op de website van het project werd ook een kort animatiefilmpje met informatie en instructies wat betreft de afname van speekselstalen geplaatst. Respondenten en interviewers konden dit indien gewenst vooraf bekijken.

Bovendien werd aan de respondent ook duidelijk gemaakt dat een weigering om deel te nemen aan het tweede gedeelte (de afname van een speekselstaal) geen implicaties had voor zijn of haar deelname aan het eerste gedeelte (het interview via CAPI en CASI).

Een aantal voorzorgsmaatregelen die zouden helpen om de kwaliteit van de stalen te verbeteren, werden via de informatiefolder op voorhand meegedeeld aan potentiële respondenten. Voor een gedetailleerde bespreking van deze voorzorgsmaatregelen verwijzen we naar deel 2, paragraaf 2.3.2.7.

- o Sterk gesuikerde of zure voeding, zuivelproducten en cafeïnehoudende dranken vermijden tijdens of vlak voor het interview
- o Het interview niet laten plaatsvinden minder dan 48 uur na een behandeling bij de tandarts
- o Alcohol zoveel mogelijk vermijden tijdens de 12 uur voorafgaand aan het interview.

Deze voorzorgsmaatregelen waren hoewel belangrijk voor de kwaliteit van de verzamelde stalen, nooit bindend. Het was immers steeds mogelijk dat een interview plaatsvond bij het eerste persoonlijke contact, dus zonder dat daarvoor vooraf een (persoonlijke of telefonische) afspraak werd gemaakt.

Om die reden kregen interviewers de opdracht om tijdens elk interview nog enkele gegevens te noteren. Meerbepaald werd naast de datum en het precieze tijdstip van de afname ook genoteerd in welke mate aan de verschillende voorwaarden voor het afnemen van een kwaliteitsvol speekselstaal werd voldaan.

7.2.2. *Bewaring en transport*

Het onderzoeksconsortium bezorgde aan de interviewers, via de veldwerkverantwoordelijke van Significant GfK, alle materiaal nodig voor de zorgvuldige afname, bewaring en het transport van de speekselstalen.

Voor de afname van drie stalen bij elke respondent op zijn of haar adressenlijst kreeg een interviewer volgende materiaal mee:

- o Plastic rietjes
- o Twee hoge kwaliteit polypropyleen vials
- o Eén Salivette® (wattenrolletje) en bijhorende vial voor bewaring
- o Voldoende labels met het specifieke speekselstaalnummer

- o Eén speekselstaalfiche waarop belangrijke informatie (speekselstaalnummer, datum en tijdstip van afname, randvoorwaarden) zou worden genoteerd
- o Alle materiaal wordt voorzien in een plastic labozakje

Vervolgens moesten de stalen door de interviewer na afloop van het interview onmiddellijk bij 4°C of lager getransporteerd worden, om uiterlijk binnen de vier uur na afname bij een temperatuur van maximaal -20°C, tijdelijk te kunnen worden bewaard. Deze tijdelijke bewaring duurde tot op het moment dat het onderzoeksteam (zeker binnen de zes maanden na afname) de stalen aan huis zou komen ophalen. Aan alle gerekruteerde interviewers werd daarom bij aanvang van het project gevraagd of zij over een diepvriezer beschikten en bereid waren om deze stalen tijdelijk in hun diepvriezer te bewaren. Dit was een voorwaarde om als interviewer te kunnen meewerken aan het project.

Voor het transport en de tijdelijke opslag werd gebruikten de interviewers het volgende materiaal:

- o Een coldpack en plastic koeltas voor het transport van de stalen tussen de woonplaats van de respondent en die van de interviewer, bij 4°C of lager
- o Een thermometer met monitoring-functie, om de temperatuur in de lokale diepvriezer te kunnen registreren en opvolgen
- o Een individuele registratiefiche per interviewer of diepvriezer, waarop alle relevante informatie betreffende de diepvriezer en omstandigheden van bewaring konden worden geregistreerd. Zo kon een interviewer noteren hoeveel en welke stalen op welk moment werden opgeslagen, of en wanneer er een tijdelijke stroomonderbreking was geweest,... Bij iedere tussentijdse ophaalronde (zie verder) leverden de interviewers de oude fiche in en ontvingen zij van de onderzoeksmedewerkers een nieuw exemplaar.

Interviewers die op een afstand van 20 kilometer of minder van het laboratorium van de dienst Hormonologie van het Universitair Ziekenhuis Gent woonden of een interview afnamen, werden verzochten om, in plaats van deze in tijdelijke bewaring bij te houden, de stalen zo snel mogelijk persoonlijk af te leveren op de dienst. Daar zouden ze meteen bij een temperatuur van -80°C kunnen worden opgeslagen. Dit transport moest ofwel onmiddellijk na afname (binnen de vier uur) in de daarvoor voorziene koeltas, ofwel in cryobox met droogijs (vooraf af te halen op de dienst), gebeuren.

Wat betreft de andere stalen organiseerde het onderzoeksteam minstens om de vier maanden een ophaalronde, waarbij met alle interviewers die op dat moment stalen in bewaring hadden een datum en tijdstip werd afgesproken waarop deze aan huis zouden worden opgehaald. De organisatie lag in handen van het onderzoeksteam en de interviewers werden op de hoogte gebracht door de veldwerkverantwoordelijke van Significant GfK. De stalen werden tijdens deze ritten in cryobox met droogijs, bij

een temperatuur van -20°C, bewaard. Nadien werden ze, na staalhandling, bij een temperatuur van -80°C opgeslagen in het laboratorium van de dienst Hormonologie van het Universitair Ziekenhuis Gent.

In totaal werden gedurende het veldwerk vier ophaalritten georganiseerd, waarbij alle adressen van actieve interviewers werden bezocht:

- o Mei 2011: 9, 10, 11 en 16 mei
- o Juli 2011: 4, 5 en 6 juli
- o November 2011: 7 en 10 november
- o Maart 2012: 5, 6 en 7 maart

In totaal werden tijdens de ophaalrondes van 1609 verschillende respondenten complete stalen (twee vials, via passieve drooling, en één Salivette) opgehaald. 1409 stalen bleken achteraf bruikbaar voor verwerking.

De analyse en verwerking van de geanonimiseerde speekselstalen, volgens een state of the art methodology, gebeurt door een medisch team onder leiding van prof. dr. Guy T'Sjoen, de consortiumpartner verbonden aan het departement Endocrinologie/Centrum voor Seksuologie van het Universitair Ziekenhuis Gent. We verwijzen verder naar paragraaf 2.3.2.7 in deel 2 voor een gedetailleerde bespreking van de verwerking en analyse.

8. Kwaliteitsopvolging

Terwijl het marktonderzoeksbureau instond voor de feitelijke uitvoering van de dataverzameling, en met name de organisatie van het veldwerk, de supervisie en de bijsturing van de interviewers, werd de kwaliteit van het geleverde werk permanent en systematisch opgevolgd en waar nodig bijgestuurd vanuit de surveycoördinatie. Deze investering in kwaliteitsbewaking bij het verzamelen van de gegevens in deze survey vormde een belangrijke schakel in het proces van integrale kwaliteitszorg, en moest leiden tot gegevens die beantwoorden aan de meest strikte eisen van methodologische kwaliteit en rigiditeit (zie ook Lievens et al., 2006; Lievens & Waeghe, 2009). De dataverzameling werd op verschillende vlakken gemonitord: een opvolging van de algemene voortgang van de dataverzameling, kwaliteitscontroles op het werk van individuele interviewers, controles via bedankingsbrieven met bijgevoegde antwoordkaartjes en tot slot telefonische controles bij respondenten en weigeraars. Met uitzondering van de telefonische controles stond de Sexpert-surveycoördinatie in voor het uitwerken van de opvolg- en evaluatiecriteria, voor de feitelijke controles, voor het geven van feedback en voor het evalueren van de remediërende maatregelen die het marktonderzoeksbureau voorstelde. We bespreken in de volgende paragrafen de algemene maatregelen en gaan in op de belangrijkste resultaten ervan.

8.1.1. *Opvolgingsprocedures*

Minstens wekelijks werd het verloop van het veldwerk grondig doorgelicht en geëvalueerd. De veldwerkverantwoordelijke van Significant GfK bezorgde aan de surveycoördinatie telkens op donderdag een bestand met volgende informatie, voor alle 5609 adressen in het adressenbestand:

- o identificatienummer van de respondent
- o identificatienummer van de steekproefcluster
- o adres van de respondent
- o contactcode indien de respondent zelf contact opnam via de groene lijn
- o interviewnummer
- o datum waarop het adres werd geactiveerd
- o datum waarop de introductiebrief naar het adres werd verzonden
- o laatste contactdatum
- o contactcode bij het laatste contact (zie verder)
- o totaal aantal contacten tot nu toe
- o indicatie of een interview werd gerealiseerd
- o indicatie of een speekselstaal kon worden afgenomen
- o indicatie of het adres in de fase van reconversie (zie verder, bij ‘herbenaderingen’) werd opgenomen
- o datum van de reconversie/herbenadering
- o interviewnummer van de interviewer die de herbenadering deed
- o contactcode bij de herbenadering
- o indicatie of het adres definitief is afgewerkt

We bespreken hieronder welke indicatoren we gebruikten om het verloop van het veldwerk in algemene zin, per interviewer, per cluster en naargelang de provincie waarin het interview diende plaats te vinden, op te volgen.

8.1.2. *Algemeen verloop*

Het algemeen verloop van het veldwerk werd week na week opgevolgd op basis van de gegevens in het wekelijkse ge-update adressenbestand.

Daartoe werden volgende tabellen opgesteld:

- o De verdeling van de actuele staat van alle adressen, in de volgende categorieën: adres nog niet uitgezet, uitgezet (introductiebrief verstuurd en doorgegeven aan een interviewer) maar nog geen contact gelegd, in fase van contact (‘actief’) maar nog niet afgewerkt, dossier volledig afgewerkt (interview, definitieve weigering of definitief non-contact), niet-gevalideerd
- o *Doel: zicht krijgen op het algemeen verloop, een overzicht krijgen van mogelijke knelpunten die kunnen leiden tot vertragingen: tempo van het uitzetten van adressen en tempo van het initiëren van contacten*

- o De verdeling van de actuele staat van alle afgewerkte adressen: aantal definitieve weigeringen, aantal definitieve non-contacts, aantal afgewerkte interviews
Doel: de tussentijdse responsgraad en de verhouding tussen definitieve weigeringen en afgewerkte interviews vaststellen
- o De verdeling van de actuele staat van alle afgewerkte en alle actieve adressen, volgens de contactcodes zoals vermeld op het contactblad van de interviewers (23 contactcodes)
- o *Doel: opvolgen van de responspercentages*
- o Het aantal gerealiseerde interviews per week
- o *Doel: opvolgen van het algemeen tempo van de dataverzameling*
- o Het aantal afgenomen speekselstalen, voor alle adressen waar een interview werd afgenomen
- o *Doel: opvolgen van de responspercentages voor het gedeelte 'speekselstaalafname'.*
- o (Vanaf de fase van Reconversie, zie paragraaf 5.5) Voor elk adres dat werd herbenaderd: indicatie of er reeds een contactpoging (in reconversiefase) plaatsvond en resultaatcode
- o *Doel: opvolgen van de responsgraad bij de adressen in reconversiefase*

8.1.3. Per provincie

Voor een algemene kwaliteitscontrole, opgesplitst naar provincie, werd volgende tabel gebruikt:

- o Per provincie: de verdeling van de actuele staat van alle adressen, in de volgende categorieën: adres nog niet uitgezet, uitgezet (introductiebrief verstuurd en doorgegeven aan een interviewer) maar nog geen contact gelegd, in fase van contact ('actief') maar nog niet afgewerkt, dossier volledig afgewerkt (interview, definitieve weigering of definitief non-contact), niet-gevalideerd
- o *Doel: zicht krijgen op het algemeen verloop per provincie, opvolging van de tussentijdse responspercentages per provincie, eventuele knelpunten identificeren die voor vertragingen kunnen zorgen (zoals een tekort aan actieve interviewers in een bepaalde provincie)*

8.1.4. Per interviewer

Voor een beknopte tussentijdse controle op interviewer-niveau werden volgende tabellen wekelijks opgesteld:

- o Per interviewer: het aantal reeds afgenomen interviews sinds de start van het veldwerk
Doel: nagaan in welke mate de afspraken met betrekking tot het maximum aantal af te nemen interviews per interview werden nageleefd

- o Per interviewer: de laatste interviewdatum, het aantal gerealiseerde interviews, het aantal zachte weigeringen, het aantal expliciete weigeringen, het aantal definitieve non-contacten
- o Doel: tussentijds opvolgen van de responspercentages per interviewer
- o Per interviewer: de maximale tijd tussen het moment waarop een introductiebrief werd verzonden en het moment waarop de eerste contactpoing plaatsvond.
- o Doel: nagaan in welke mate de afspraken met betrekking tot de maximale tijd tussen het uitzetten van een adres (het verzenden van de introductiebrief) en het activeren van een adres (de eerste contactname) worden nageleefd
- o Per interviewer, en opgesplitst naar elke steekproefcluster waarin een interviewer actief is: aantal dagen sinds laatste activiteit, aantal schendingen van deadlines
- o Doel: Identificatie van niet-actieve interviewers en clusters waarin geen interviewer actief is

8.1.5. Resultaten

Op basis van de wekelijks aangeleverde bestanden en systematisch uitgevoerde analyses konden knelpunten snel worden geïdentificeerd en doorgegeven. De communicatie gebeurde voor een groot deel via E-mail, maar minstens één keer per week was er tijdens de actieve fase van het veldwerk daarnaast een telefonisch contact tussen de surveycoördinatie en de veldwerkverantwoordelijke en/of projectverantwoordelijke van Significant GfK. Op regelmatige basis werd bovendien persoonlijk afgesproken om de voortgang van het Sexpert-veldwerk in de diepte te bespreken. Deze overlegmomenten tussen de surveycoördinatie en de project- en veldwerkverantwoordelijken van Significant GfK vonden plaats op volgende data:

- | | |
|-------------|---|
| 05/10/2010: | Eerste overleg met Significant GfK (Gent) en aanlevering van het adressenbestand |
| 18/01/2011: | Overleg bij de start van de interviewertrainingen en de start van het veldwerk (Heverlee) |
| 10/03/2011: | Overleg over de voortgang van het veldwerk (Heverlee) |
| 01/06/2011: | Overleg over de voortgang van het veldwerk (Gent) |
| 29/08/2011: | Overleg over de voortgang van het veldwerk (Heverlee) |
| 06/12/2011: | Overleg over de voortgang van het veldwerk en de reconversiefase (Gent) |
| 26/03/2012: | Overleg over de finale oplevering van de data (Gent) |

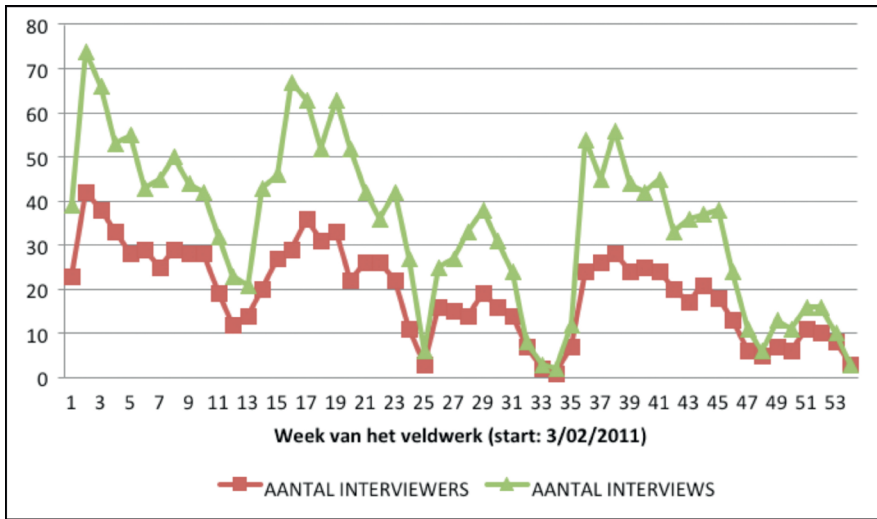
8.1.5.1. Tempo

Gegeven het groot aantal te realiseren interviews voor deze studie was het van het grootste belang dat het tempo strikt werd opgevolgd. De grootte van het beschikbare interviewernetwerk liet niet toe een opgelopen achterstand op een bepaald moment zomaar achteraf in te halen. Bovendien was het net de bedoeling van deze studie om de dataverzameling zo homogeen mogelijk te spreiden over de tijd.

Verschillende elementen beïnvloedden het tempo. Het aantal actieve interviewers bleek uiteindelijk een erg belangrijke factor te zijn, samen met de activiteitsgraad en succesvolheid van die interviewers (zie verder, paragraaf 8.1.5.3).

Figuur 2 toont, voor elke week tijdens het veldwerk, het aantal gerealiseerde interviews per week en ook het aantal interviewers dat minstens één interview realiseerde. Zoals in de figuur kan worden opgemerkt, varieerde dit aantal sterk van week tot week. In de startfase waren relatief veel interviewers actief (minstens één interview gerealiseerd), en werden ook het meeste interviews gerealiseerd. Een groot aantal steekproefclusters werd geactiveerd en de interviewers realiseerden snel hun interviews.

De daling na de derde week wordt veroorzaakt doordat interviews na hun eerste drie interviews grondig werden geëvalueerd en even moesten wachten vooraleer verder te gaan met het veldwerk. Zoals te verwachten uit andere studies (o.a. Lievens et al., 2006; Lievens & Waage, 2009) vallen daarnaast de verschillende langere vakantieperiodes op door een laag aantal gerealiseerde interviews. Meer specifiek zijn deze vakantieperiodes te situeren tussen de 10^e en 12^e week van het veldwerk (9/4 en 25/4/2011, paasvakantie), tussen week 22 en week 30 (30/6 en 31/8/2011, zomervakantie) en tussen week 47 en week 49 (24/12/2011 en 8/1/2012, kerstvakantie). De opvallende terugval tussen week 30 en week 34 heeft tot slot alles te maken met het feit dat in september 2011 nieuwe adressen werden aangeleverd en op dat moment ook heel wat interviewers werden vervangen door nieuwe krachten. Op het einde van de eerste golf waren alle adressen uitgeput of afgewerkt. Die start van een tweede golf zorgde voor een tijdelijke opschorting van de werkzaamheden.



Figuur 2. Aantal actieve interviewers en aantal gerealiseerde interviews, per week van het veldwerk.

8.1.5.2. Ruimtelijke spreiding

Tot slot bekijken we de ruimtelijke spreiding van de responspercentages per steekproefcluster (Figuur 3). Aangezien zowel bij de rekrutering van interviewers, als bij het uitzetten van steekproefclusters tijdens de actieve fase van de dataverzameling deze homogene ruimtelijke spreiding als een belangrijk kwaliteitscriterium werd voorop geschoven en week na week grondig werd gecontroleerd, kwam de homogene ruimtelijke spreiding nooit in gevaar. Wel zijn er kleine provinciale verschillen naar responspercentages vast te stellen. Vooral de verstedelijkingsgraad van de woonplaats van de respondenten, en dus de provinciale verschillen naar verstedelijkingsgraad, blijken deze kleine provinciale verschillen te kunnen verklaren.



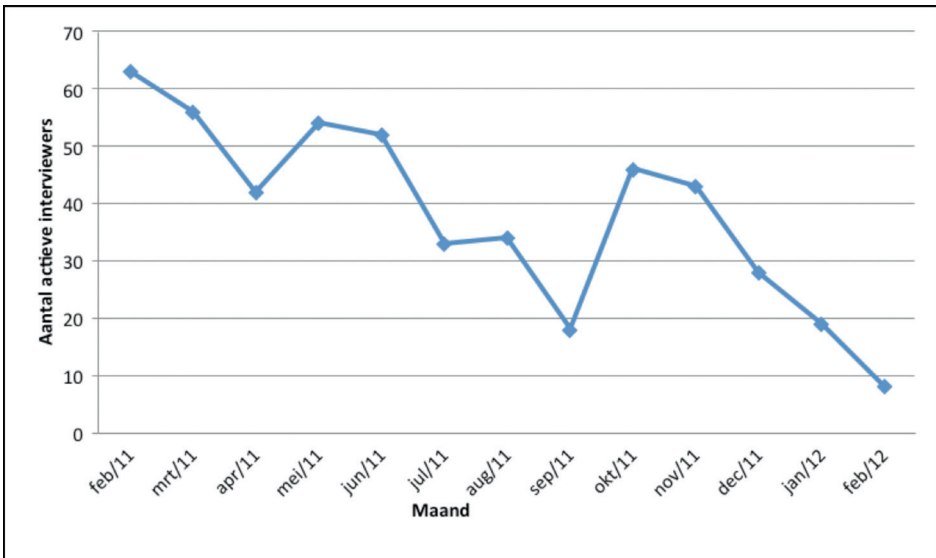
Figuur 3. Geselecteerde postcodes, met per postcode het (bruto) responscijfer (aantal effectief bevraagde respondenten/aantal geactiveerde adressen in die postcode).

8.1.5.3. Activiteit van de interviewers

Wekelijks bezorgde de surveycoördinatie aan Significant GfK een ‘alarmbellijst’: een lijst van interviewers die al gedurende minstens zeven dagen geen contactpoging hadden ondernomen. Interviewers die door Significant reeds werden geïdentificeerd als inactief (omwille van ziekte, (tijdelijk) gestopt, wachten op een tussentijdse evaluatie...) werden niet in deze lijst opgenomen maar kwamen op een aparte lijst terecht. In veel gevallen bleek het om nieuwe interviewers te gaan die (nog) niet waren gestart, interviewers die niet of niet tijdig hadden doorgegeven dat zij gedurende een periode niet konden meewerken, of interviewers die hun contactpogingen niet tijdig hadden geregistreerd en doorgestuurd.

Al bij al was er, naarmate het veldwerk vorderde, sprake van een steeds grotere uitval. Dit wordt visueel ook duidelijk in het overzicht van het aantal interviewers dat minstens één interview realiseerde, per week tijdens het veldwerk (Figuur 4).

Het grote aantal tijdelijk inactieve interviewers bleek, gecombineerd met het relatief klein aantal gerekruteerde en actieve interviewers, één van de grootste knelpunten tijdens de dataverzameling. Enerzijds werd nooit het in de offertevraag vooropgestelde aantal van minstens 100 interviewers bereikt, anderzijds bleken nooit meer dan 63 interviewers effectief op hetzelfde moment aan het werk te zijn. Figuur 4 geeft, ter illustratie, het aantal actieve interviewers (minstens één contactpoging ondernomen) per maand weer.



Figuur 4. Aantal actieve interviewers per maand van het veldwerk.

Het eerder geringe aantal actieve interviewers werd tijdens elk overleg met Significant GfK intensief besproken. Significant GfK deed weliswaar inspanningen om dit probleem te remediëren, maar slaagde hier slechts in beperkte mate in. De remedië-

ring bestond erin dat gedurende de fase van dataverzameling vrijwel permanent potentiële interviewers werden aangesproken en waar mogelijk voor de studie opgeleid (zie 6.1: Interviewertraining). Via de aanwerving van nieuwe krachten kon men echter slechts met moeite compenseren voor de uitval van interviewers, maar nooit echt het aantal feitelijk actieve interviewers opkrikken (bij voorkeur tot 80 à 100 actieve interviewers). Als andere remediërende maatregelen, bedoeld om de activiteitsgraad en de motivatie van actieve interviewers te verhogen, kunnen we ook de reeds vermelde debriefings met interviewers en aanpassingen aan de introductiebrieven en informatiefolders vermelden.

De moeilijkheden om een voldoende aantal degelijke interviewers te rekruteren, met een behoorlijke tot goede activiteitsgraad, konden hoogstwaarschijnlijk ten dele worden verklaard door het onderwerp van de studie, de vereiste ervaring (combinatie CAPI/CASI), de specifieke modaliteiten (lengte van de vragenlijst, combinatie CAPI/CASI en speekselstaalafname) en de over het algemeen eerder tegenvallende responscijfers en het hoge aantal weigeringen.

Hoewel het aantal actieve interviewers week na week met Significant GfK werd besproken en maatregelen ter remediëring werden bediscussieerd, kon de surveycoördinatie niet aanvaarden dat tussen het tijdstip van verzenden van de introductiebrieven en de datum van eerste contactname een te lange periode verstreek. Daarom werd afgesproken dat wanneer, om welke reden dan ook, meer dan drie weken waren verstreken tussen beide data, steeds een aangepaste herinneringsbrief moest worden verstuurd en een (nieuwe) interviewer moest worden op pad gestuurd. Deze maatregel was er vooral op gericht om enerzijds het tempo van het veldwerk op hetzelfde peil te houden, en anderzijds om de interesse en motivatie bij potentiële respondenten zo hoog mogelijk te houden.

Als laatste remediërende maatregel werd in september 2011, bij het uitzetten van een tweede golf van adressen, besloten om het maximaal aantal af te nemen interviews per interviewer op te trekken van 30 naar 60 (zie paragraaf 6.5). Daarnaast besliste de surveycoördinatie om de periode van dataverzameling te verlengen van november 2011 tot februari 2012.

8.1.6. *Identiteitscontroles*

Voor elke afgenomen interview werd door de surveycoördinatie gecontroleerd of de volledige geboortedatum (dag, maand en jaar van geboorte) zoals vermeld in de vragenlijst overeenstemde met de volledige geboortedatum zoals vermeld in het adressenbestand getrokken uit het Belgisch Rijksregister. Interviewers kregen op hun adressenlijst enkel de naam en de voornaam, het adres en de ruime leeftijdscategorie van de respondent mee, zodat deze controles op volledige geboortedatum een efficiënte en zuivere manier waren om na te gaan of de correcte persoon werd geïnterviewd. Eventuele anomalieën werden meteen aan de veldwerkverantwoordelijke gemeld.

In totaal werd bij 48 interviews minstens één fout opgemerkt in de tijdens het interview vermelde geboortedag, geboortemaand of geboortjaar. In 39 gevallen ging het om één afwijking, die in de grote meerderheid van de gevallen (38) kon worden verklaard door een tikfout en geen verdere implicaties gaat. Eén interview waarbij enkel het geboortjaar ver afweek van het in het Rijksregister vermelde geboortjaar, werd niet aanvaard omdat de respondent geen enkele correcte doorverwijzing op basis van leeftijd had gekregen. In zes gevallen weken twee parameters af, en in drie bijkomende gevallen werd de volledige geboortedatum verkeerd ingevuld. Deze negen interviews werden dan ook niet gevalideerd (zie ook verder).

8.1.7. *Antwoordkaartjes*

Na elk interview werd door de surveycoördinatie bovendien een schriftelijke bedanking naar elke respondent gestuurd, met daarbij toegevoegd een antwoordkaartje waarop aan de respondent een beperkt aantal controlevragen werd gesteld. De controlevragen omvatten:

- o Geslacht en geboortedatum van de respondent
- o Is er al dan niet een interviewer langs geweest?
- o Gedroeg de interviewer zich correct, professioneel en was hij/zij vriendelijk?
- o Heeft de respondent zelf deelgenomen aan het interview?
- o Waren er anderen (gezinsleden,...) aanwezig tijdens het interview?
- o Gebeurde de computergestuurde afname op een correcte manier?
- o Vrij veld voor bijkomende opmerkingen

De antwoorden op de teruggestuurde antwoordkaarten lieten toe eventuele problemen bij het realiseren van een interview te identificeren. Significant GfK kreeg hierover eveneens wekelijks feedback.

Van de 1871 verstuurde controlekaartjes kwamen er 942 ingevuld terug. De antwoorden werden in een bestand ingegeven en systematisch gescreend op tekortkomingen, problemen met interviewers of belangrijke opmerkingen. Deze opmerkingen werden telkens doorgegeven aan Significant en waar mogelijk door hen geremedieerd. Op basis van de opmerkingen op de controlekaartjes werd geen enkel interview ongeldig verklaard.

8.1.8. *Telefonische controles*

Tot slot voerden de medewerkers van Significant GfK zelf bijkomende telefonische controles uit op de steekproef van adressen. De gestandaardiseerde vragenlijst voor deze telefonische controles werd in samenspraak met de surveycoördinatie opgesteld, met daarin vervat:

- o Een controle op de gerealiseerde interviews: verloop van het interview en een beperkt aantal controlevragen
- o Een controle op de weigeringen (effectief een interviewer aan de deur gehad, reden van weigering,...)
- o Een controle op het respect voor de (contact)procedures
- o Een controle op de afgenomen speekselstalen: werd er een staal afgenomen, werden de procedures nageleefd, en zo nee, om welke reden(en) niet?

Voor deze controles werd ook een korte opleiding gegeven aan de telefonische interviewers, waarbij ze werden ingelicht over het doel van de controles en over het onderwerp en de methode van de studie. De surveycoördinatie kon de telefonische controles bijwonen en had permanent toegang tot de dataset met de resultaten. De controles werden gelijkmatig gespreid over alle interviewers en in de tijd.

846 (45%) van alle respondenten waarbij een interview werd afgenomen werden gecontacteerd, en in totaal werd 25% ($N= 475$) van alle interviews gecontroleerd via telefonische fraudecontrole. Er werden geen systematische problemen vastgesteld.

8.1.9. *E-mail en groene lijn*

Er werden 421 telefonische oproepen via het gratis nummer of contacten via E-mail geregistreerd (zie paragraaf 5.2).

Daarbij ging het om één klacht over het verloop van het interview, 45% weigeringen via uitvluchten, 31% expliciete weigeringen, 5% meldingen van langdurige afwezigheid, 7% respondenten die omwille van een slepende ziekte of een handicap niet zouden kunnen meewerken en 10% bevestigingen van deelname met de vraag om een afspraak vast te leggen. Verder vroegen nog een handvol potentiële respondenten per E-mail of telefoon om bijkomende informatie.

Alle E-mails en telefonische oproepen, ook de E-mails die bij het onderzoeksteam terecht kwamen, werden door de veldwerkverantwoordelijke van Significant GfK verder opgevolgd en indien nodig beantwoord. Een kwart (33) van de geregistreerde expliciete weigeringen werden doorgegeven aan de interviewer, met de melding dat hij/zij het adres niet meer hoefde te bezoeken.

Op basis van de klacht die ons per E-mail bereikte en in samenspraak met Significant GfK rechtstreeks door de surveycoördinatie werd opgevolgd, werd het interview met de respondent in kwestie niet gevalideerd. De interviewer had de procedures voor afname van het interview onvoldoende gerespecteerd. Bovendien werd al het overige werk (100%) van de interviewer aan een grondige fraudecontrole onderworpen. Daarbij werden geen verdere onregelmatigheden vastgesteld. De interviewer werd uit voorzorg wel voor het verdere verloop van de studie stopgezet.

8.2. Tussentijdse individuele evaluaties van interviewers

Na het derde interview, na afwerking van de eerste set van adressen en na het twintigste interview werd het werk van alle interviewers grondig doorgelicht. Indien een interviewer uitzonderlijk goed werk leverde en erg gemotiveerd was om verder te werken, werd ook na het afwerken van het 40^e interview nog een extra evaluatie uitgevoerd.

Zowel het respect voor afgesproken procedures als de inhoudelijke kwaliteit werden daarbij gedetailleerd nagegaan. Pas na een positieve evaluatie na de eerste drie interviews kon de interviewer verder werken. Enkel interviewers die degelijk werk leveren konden meer dan 20 interviews realiseren en enkel uitmuntende interviewers konden meer dan 40 interviews (met een absoluut maximum van 60) afwerken (zie paragraaf 6.5).

8.3. Evaluatie na drie interviews

Na drie interviews werd aan de interviewers gevraagd om hun werkzaamheden even stop te zetten, en te wachten op hun evaluatie. Deze controle na drie interviews hield in:

- o controle dat de correcte persoon werd geïnterviewd op basis van de volledige geboortedatum (dag, maand en jaar);
- o controle op het gedeelte van het interview in CAPI: correct gebruik van antwoordcategorieën ‘geen antwoord/weet niet/ geen mening’, duidelijke formulering van antwoorden op open vragen,
- o duurtijd interview in totaal en per gedetailleerd onderdeel
- o controle op het respect voor de procedures: eerste contactpoging binnen de twee weken na het verzenden van de introductiebrieven, interviewrapport volledig en duidelijk ingevuld, vragen over buurt/woning ingevuld.

Voor elk punt werd een gedetailleerde evaluatie gemaakt op een standaardformulier en werden eventuele afwijkingen of aandachtspunten gesignaleerd. Dit gebeurde uiterlijk binnen de vijf werkdagen nadat de evaluatie was aangevraagd bij de surveycoördinatie (in praktijk meestal binnen de eerste drie werkdagen). De interviewers werden via Significant GfK op de hoogte gebracht van hun evaluatie en konden bij een positief resultaat verder werken.

In totaal werkten 85 interviewers minstens drie interviews af, en ondergingen 83 interviewers een eerste tussentijdse evaluatie. Twee interviewers stopten uit eigen beweging nadat ze het derde interview hadden afgewerkt. Alle 83 geëvalueerde interviewers mochten doorwerken, maar voor 21 van hen werden bijkomende opmerkingen meegegeven, waarmee rekening diende te worden gehouden tijdens het verdere veldwerk.

8.3.1. *Evaluatie na afwerking van de eerste set of na 20 interviews*

Na afwerking van de eerste set van adressen of, indien de eerste set nog niet was afgevoerd op het moment dat al 20 interviews waren gerealiseerd, na het 20^e gerealiseerde interview, werd de kwaliteit van het geleverde werk aan een meer doorgedreven doorlichting onderworpen. In tegenstelling tot bij de evaluatie na drie interviews, konden interviewers in deze fase ondertussen doorwerken. Dit gebeurde om de voortgang van de dataverzameling niet te vertragen. Meer specifiek werd in deze fase gecontroleerd:

- o controle dat de correcte persoon werd geïnterviewd op basis van de volledige geboortedatum (dag, maand en jaar);
- o controle op respect voor de procedure: eerste contactpoging binnen de twee weken na het verzenden van de introductiebrieven, maximum aantal dagen inactief geweest, interviewerrapport volledig en duidelijk ingevuld;
- o controle op het gedeelte van het interview in CAPI: controle op basis van enkele kerncijfers, waarbij gescreend wordt op statistisch significante afwijkingen ten opzichte van de cijfers afkomstig van alle interviewers, correct gebruik van de antwoordcategorieën 'geen antwoord/weet niet/geen mening', duidelijke formulering van antwoorden op open vragen, duurtijd interview in totaal en per gedetailleerd onderdeel, eventuele problemen gesignaleerd op de door respondenten teruggestuurde controlekaartjes;
- o non-responsanalyse: aantal gerealiseerde interviews, aantal adressen geclassificeerd als niet-inzetbaar en niet te contacteren, aantal weigeringen via uitvluchten, aantal harde weigeringen.

Voor elk punt werd een gedetailleerde evaluatie gemaakt op een standaardformulier en werden eventuele afwijkingen of aandachtspunten gesignaleerd. De interviewers werden via Significant GfK op de hoogte gebracht van hun evaluatie. In het geval van duidelijke tekortkomingen konden zij niet verder werken. Dit laatste was bij één van de 73 geëvalueerde interviewers het geval. Bij 18 interviewers werden kleinere opmerkingen geformuleerd.

Na het afwerken van het 20^e interview en, eventueel, na het afwerken van het 40^e interview, werd opnieuw een evaluatiemoment ingelast. Dit gebeurde respectievelijk voor 39 interviewers, (evaluatie na 20 interviews), en voor 13 interviewers (evaluatie na 40 interviews). Ook hierbij werden telkens geen grote problemen vastgesteld en konden alle interviewers die dit wensten doorwerken.

9. De gerealiseerde steekproef

De fase van dataverzameling liep van 3 februari 2011 tot en met 21 februari 2011. In totaal werden 5609 adressen gebruikt om 1871 interviews te realiseren. Van de 1871 interviews werden er 39 uiteindelijk niet gevalideerd. In dit deel bespreken we de kwaliteitscontroles op de geleverde dataset, de respons, de datacleaning en de post-stratificatie.

9.1. Steekproefclusters

In totaal werden alle 240 geselecteerde steekproefclusters geactiveerd en in elke cluster werd minstens één interview gerealiseerd. In 142 clusters werd omwille van uiteenlopende redenen het vooropgestelde aantal interviews niet gerealiseerd. Voor een gedetailleerd overzicht van de responscijfers per steekproefcluster verwijzen we naar Figuur 4.

9.2. Kwaliteitscontroles

9.2.1. *Kwaliteit van de interviews*

Alle geleverde mondelinge interviews werden grondig op kwaliteit doorgelicht. Volgende controles werden uitgevoerd:

- o Controle van geboortedag, geboortemaand en het geboortjaar van de respondent. Dit bleek niet alleen belangrijk voor de identiteits- en fraudecontrole (zie boven), maar ook om te bepalen of alle respondenten de correcte elektronische routing van de vragenlijst kregen voorgelegd. In de vragenlijst waren immers veel doorverwijzingen gebaseerd op de leeftijd (of leeftijdscategorie) van de respondent.
- o Controle of het ingevulde geslacht in de vragenlijst overeenkwam met het geslacht zoals vermeld in het Rijksregister. Ook dit was niet alleen belangrijk in het kader van de fraudecontrole, maar ook om te bepalen of respondenten de correcte doorverwijzingen hadden gekregen. Er werd daarbij tevens zorgvuldig nagegaan of de anomalieën niet te wijten konden zijn aan een door de respondent gerapporteerde medische oorzaak (bijvoorbeeld transseksualiteit).
- o Aantal fouten ontdekt via telefonische controle en via de teruggestuurde antwoordkaartjes
- o Aantal onbeantwoorde vragen (item missings) in het CAPI-gedeelte
- o Duurtijden: volledige duurtijd en duurtijd voor specifieke onderdelen

9.2.2. *Respect voor procedures*

Voor elk van de 240 steekproefclusters werd gedetailleerd gescreend op schendingen van de afspraken van de contactprocedures. Interviews die tot stand kwamen door schending van contactprocedures werden geïdentificeerd. Meer specifiek werd gecontroleerd op:

- o respect voor het benaderen van adressen
- o respect voor contactprocedure, meer specifiek: 4 contactpogingen waarvan minstens 1 na 18u en 1 in het weekend, geen telefonisch eerste contact

In totaal werden 94 schendingen van de procedures vastgesteld. In de overgrote meerderheid van de gevallen (92) ging het hierbij om een weigering door een derde als finaal resultaat terwijl minder dan vier contactpogingen werden ondernomen. In twee gevallen ging het om een finale responscode ‘niemand thuis’ en ‘respondent nu niet in de gelegenheid’.

Significant GfK gaf daarbij aan dat het de interviewer in al deze gevallen niet was gelukt om de respondent zelf te pakken te krijgen om hetzij een weigering, hetzij een afspraak te bekomen voor het einde van de dataverzameling (februari 2012), of minstens vier contactpogingen te ondernemen voor het einde van de dataverzameling. Er waren verder geen interviews die niet konden worden aanvaard omwille van een schending van de procedures.

9.2.3. *Resultaat van de kwaliteitscontroles*

Op basis van de kwaliteitscontroles, en meer bepaald de kwaliteit van de interviews, werden uiteindelijk 39 interviews niet gevalideerd. Voor zes van de 39 interviews werd een combinatie van problemen gevonden, terwijl in 33 gevallen op basis van één kwaliteitsprobleem werd beslist om het interview niet te aanvaarden. Dit brengt de uiteindelijke gerealiseerde en gevalideerde steekproef terug tot 1832 cases.

9.2.3.1. *Duurtijd*

De gemiddelde duurtijd voor het interview zelf (geen rekening houdend met de tijd nodig voor de afname van enkele speekselstalen) bedroeg 84 minuten (mediaan= 81 minuten). Inclusief de afname van speekselstalen duurde het bezoek van een interviewer gemiddeld 90 minuten.

9.2.3.2. *Respons*

In onderstaande tabel geven we de verdeling van de gebruikte adressen naar de definitieve responscode (Tabel 344). Links staan de percentages berekend op alle gebruikte adressen. In de cijfers rechts worden de niet-inzetbare adressen en de niet

gevalideerde interviews buiten beschouwing gelaten. Op 33% van alle ingezette adressen kon een interview worden gerealiseerd. Vooral het grote aantal weigeringen valt op: in maar liefst 48% van alle adressen werd als finaal resultaat een weigering opgetekend. Expliciete weigeringen of weigeringen omwille van het onderwerp (in totaal goed voor 33% van alle gebruikte adressen, of 39% van alle inzetbare adressen) kwamen daarbij het meeste voor. 11% van de 39% expliciete weigeringen houden daarbij duidelijk verband met het onderwerp van de studie. Bij de overige 28% werd de weigering hetzij in eerder algemene termen geformuleerd, of gaf de interviewer geen nadere omschrijving. We kunnen vermoeden dat het reële aantal weigeringen omwille van het onderwerp iets hoger ligt dan de opgetekende 11%.

In totaal bleek 15% van de adressen niet inzetbaar. In vergelijking met vorige onderzoeken is dat laag (vgl. Lievens et al., 2006; Lievens & Waeghe, 2009).

Enkel berekend op de inzetbare adressen ($N= 4905$) kon in 38% van de gevallen een interview worden gerealiseerd. Vergeleken met andere onderzoeken waarbij een gelijkaardige steekproef en methodologie (face-to-face mondeling bevraging in CAPI en CASI) werden gehanteerd, is dat weinig (vgl. Lievens et al., 2006; Lievens & Waeghe, 2009; Studiedienst van de Vlaamse Regering, 2010). We moeten echter rekening houden met de specifieke topic en de gevoeligheid van het thema bij het vergelijken van de responscijfers (Turner et al., 1997; Fenton et al., 2001; Mercer et al., 2010), hoewel gelijkaardige, internationale, populatiestudies met als thema seksualiteit en seksuele gezondheid een iets hogere netto-respons blijken te behalen (o.a. Erens et al., 2001; Hamilton & Morris, 2010).

Responscijfers van studies vergelijken, blijft niettemin een moeilijk gegeven, gezien de grote verschillen naargelang de onderzochte populatie en de leeftijdsrange in die populatie, het design, de bevragingsmethode en de specifieke onderzochte topics.

Tabel 346. Definitieve responscodes bij laatste contact door laatste interviewer, berekend op alle gebruikte adressen en op alle inzetbare adressen.

Definitieve responscode	Alle adressen		Inzetbare adressen	
Interview afgenomen	1832	32.7%	1.832	38.1%
Taalbarrière	204	3.6%		
Gehandicapt, dement, slepende ziekte	136	2.4%		
Vakantie, zakenreis gedurende de hele periode	56	1.0%		
Verhuisd en nieuw adres niet gekend	273	4.9%		
Adres onvindbaar/onbestaand	58	1.0%		
Overleden	32	0.6%		
Expliciete weigering	1278	22.8%	1278	26.6%
Weigering omwille van het onderwerp	547	9.8%	547	11.4%
Weigering via uitvluchten	676	12.1%	676	14.1%
Weigering omwille van het geslacht van de interviewer	1	0.0%	1	0.0%

Weigering omwille van de leeftijd van de interviewer	15	0.3%	15	0.3%
Weigering om een handtekening te plaatsen	1	0.0%	1	0.0%
Weigering door derde	119	1.6%	119	2.5%
Weigering door derde als finaal resultaat (ouder of voogd minderjarige)	70	1.8%	70	1.5%
Expliciete weigering enkel via groene lijn	33	0.6%	33	0.7%
Verhuisd, nieuw adres gekend	1	0.0%		
Thuis, maar niet in de gelegenheid	8	0.1%	8	0.2%
Respondent niet thuis, geen afspraak kunnen maken	21	0.4%	21	0.4%
Niemand thuis	186	3.3%	186	3.9%
Wel thuis, deur niet geopend	17	0.3%	17	0.4%
Niet gevalideerd	39	0.7%		
Verloren gegaan interview	6	0.1%		
Totaal (N)	5609	100%	4805	100%

9.2.3.3. Respons naar leeftijd

Tabel 347. Definitieve responscodes bij laatste contact door laatste interviewer, naar leeftijdsgroep, berekend op alle gebruikte adressen en op alle inzetbare adressen.

Definitieve responscode	14-25 jaar		26-49 jaar		50-80 jaar	
	Alle adressen	Inzetbare adressen	Alle adressen	Inzetbare adressen	Alle adressen	Inzetbare adressen
Interview afgenomen	40.7%	48.1%	32.6%	38.1%	26.3%	30.4%
Taalbarrière	2.6%		4.6%		3.5%	
Gehandicapt, dement, slepende ziekte	1.1%		1.3%		4.6%	
Vakantie, zakenreis gedurende de hele periode	1.8%		0.8%		0.5%	
Verhuisd en nieuw adres niet gekend	7.3%		5.6%		2.2%	
Adres onvindbaar/onbestaand	1.3%		1.1%		0.8%	
Overleden	0.0%		0.1%		1.5%	
Expliciete weigering	14.7%	17.3%	23.8%	27.8%	28.6%	33.1%
Weigering omwille van het onderwerp	8.3%	9.8%	8.2%	9.5%	12.5%	14.4%
Weigering via uitvluchten	10.1%	12.0%	13.5%	15.8%	12.2%	14.0%
Weigering omwille van het geslacht van de interviewer	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
Weigering omwille van de leeftijd van de interviewer	0.3%	0.4%	0.1%	0.1%	0.4%	0.5%
Weigering om een handtekening te plaatsen	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Weigering door derde	2.2%	2.6%	1.7%	2.0%	2.1%	2.5%

Weigering door derde als finaal resultaat (ouder of voogd minderjarige)	4.3%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Expliciete weigering enkel via groene lijn	0.2%	0.2%	0.5%	0.5%	1.0%	1.2%
Verhuisd, nieuw adres gekend	0.1%		0.0%		0.0%	
Thuis, maar niet in de gelegenheid	0.0%	0.0%	0.3%	0.4%	0.1%	0.1%
Respondent niet thuis, geen afspraak kunnen maken	0.7%	0.8%	0.4%	0.4%	0.1%	0.2%
Niemand thuis	2.9%	3.4%	4.3%	5.0%	2.7%	3.2%
Wel thuis, deur niet geopend	0.2%	0.2%	0.4%	0.5%	0.3%	0.3%
Niet gevalideerd	1.1%		0.8%		0.3%	
Verloren gegaan interview	0.1%		0.2%		0.0%	
Totaal (N)	100% (N= 1610)	100% (N= 1363)	100% (N= 1983)	100% (N= 1697)	100% (N= 2016)	100% (N= 1745)

Om een beter zicht te krijgen op het aandeel van verschillende leeftijdsgroepen in de respons- (en nonrespons-) cijfers, worden in Tabel 345 ook de resultaten (overzicht van definitieve resultaatcodes) voor de drie ruime leeftijdsgroepen weergegeven. In de jongste groep bedraagt de netto respons 48%, en tekenen we 27% expliciete weigeringen of weigeringen omwille van het onderwerp op, terwijl in de oudste groep (50-plussers) de totale netto respons slechts 30% bedraagt, met 47% weigeringen. Een lagere netto-respons in de oudere leeftijdsgroepen vinden we ook terug in Vlaamse populatiestudies die een gelijkaardige methodologie hanteren (Lievens et al., 2006; Lievens & Waeghe, 2009).

9.2.3.4. Respons bij herbenaderingen

Een centraal element in het onderzoeksdesign is het trachten te herbenaderen van initiële non-contacts en weigeringen. Na een eerste – beperkte – test om ook herbenaderingen uit te voeren bij respondenten die weigerden via uitvluchten, werd echter besloten om hiervoor in deze studie verder geen middelen in te zetten: de eerste tests kenden immers nauwelijks succes, zelfs niet na een eerste verkennend telefonisch gesprek met een getrainde CATI-interviewer bij Significant. Om de middelen en tijd zo efficiënt mogelijk in te zetten, werd daarom besloten om enkele (zeer) succesvolle interviewers vanaf augustus 2011 in te zetten voor herbenaderingen bij eerdere non-contacts.

Van de 464 oorspronkelijke non-contacts (langdurig in het buitenland/op reis, verhuisd en nieuw adres bekend, nu niet in de gelegenheid, respondent niet thuis, iemand thuis, niet opengedaan) die effectief konden worden herbenaderd, resulteerden er 79 in een interview (17%). De reconversiefase leverde met andere woorden ongeveer 4% van alle uiteindelijk gerealiseerde interviews op.

9.2.3.5. Respons op de speekselstaalafname

Volgens de gegevens in de vragenlijst (door de interviewer ingevuld in CAPI) werden tijdens 1626 van de 1832 geldige interviews speekselstalen afgenomen (een respons van 89%). De speekselstalen waren afkomstig van 860 vrouwen en 766 mannen. 1609 volledige sets van stalen (2 proefbuisjes en 1 Salivette per respondent) werden tijdens één van de vier ophaalrondes opgehaald door het onderzoeksteam. Naar schatting 90% van die stalen zal ook bruikbaar zijn voor analyse, wat inhoudt dat de stalen van voldoende hoge kwaliteit zijn en onbetwistbaar identificeerbaar zijn (kunnen worden gekoppeld aan één respondent).

10. Datacleaning

De geleverde en gevalideerde interviews en schriftelijke vragenlijsten werden door het onderzoeksteam uitvoerig gecontroleerd op onmogelijke antwoorden en onmogelijke combinaties van antwoorden. Onmogelijke waarden werden verwijderd. Onmogelijke combinaties van waarden werden indien mogelijk rechtgezet. Indien dit niet kon, werden ze verwijderd. Antwoorden op open vragen werden zorgvuldig gescreend, indien nodig besproken binnen het hele onderzoeksteam, en wanneer mogelijk ondergebracht in één van de aangeboden gesloten antwoordcategorieën.

10.1. Hercodering van de restcategorie ‘andere’

Bij een aantal vragen werd een restcategorie ‘andere’ en een aanvullende open antwoordmogelijkheid aangeboden. Een respondent kon op die manier een antwoord formuleren dat niet was opgenomen in de gesloten antwoordcategorieën. In een aantal gevallen konden deze antwoorden gemakkelijk teruggevoerd worden op één van de gesloten antwoordcategorieën.

Over het algemeen kozen respondenten doorheen de vragenlijst niet zo vaak voor de restcategorie ‘andere’. In de regel duidde minder dan 3% deze optie aan. Een paar uitzonderingen, waar de restcategorie wel vaker werd gekozen, hebben te maken met de aard van het onderzochte thema, en meer bepaald de moeilijkheid om in het geval van zeer delicate, gevoelige vragen of relatief weinig onderzochte onderwerpen een exhaustieve lijst van items of ervaringen op te stellen. Zo kon het onderzoeksteam, op de vraag naar grensoverschrijdend gedrag voor de leeftijd van 18 jaar (GSG1, zie deel 2: paragraaf 2.1.9.1), 69 van de 141 oorspronkelijk ingevulde open antwoorden in de restcategorie toch onderbrengen in één van de andere acht antwoordcategorieën.

10.2. Controle op onmogelijke waarden

Voor elke open vraag naar frequenties of aantallen (bijvoorbeeld aantal sekspartners doorheen het leven of frequentie seks tijdens de afgelopen twee weken) werden grenswaarden bepaald. Het onderzoeksteam bepaalde deze na uitgebreide raadpleging van de literatuur en internationale empirische onderzoeken naar seksualiteit en seksuele gezondheid. Interviews waarin de frequentie van activiteiten de grenswaarden overschreed, werden bovendien grondig gescreend. De aangegeven frequentie werd gerelateerd aan andere kenmerken van de respondent, zoals leeftijd, partnerstatus, geslacht, seksuele ervaring, aantal kinderen... Slechts indien er een duidelijke indicatie was van een tikfout werd een verdacht hoge waarde verwijderd.

11. Weging van de dataset

Als laatste stap in de afwerking van de dataset bekijken we in welke mate de gerealiseerde steekproef de verdeling naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau in de Vlaamse populatie weerspiegelt (Tabel 336).

De gegevens voor Vlaanderen zijn afkomstig van de FOD Economie, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Enquête naar de Arbeidskrachten, 2010. Het percentageverschil in de tabel geeft het verschil tussen het percentage in de Sexpert-steekproef en het percentage in de Vlaamse populatie. De gebruikte significantietoets voor het percentageverschil is de gestandaardiseerde residuël in de berekening van chi-kwadraat. Wanneer een percentageverschil in vet wordt weergegeven, duidt dit op een statistisch significante oververtegenwoordiging. Een onderlijnd percentageverschil wijst op een statistisch significante ondervertegenwoordiging.

De gerealiseerde steekproef wijkt statistisch significant af van de Vlaamse populatie naar de verdeling over geslacht en leeftijd. Meer specifiek is de groep tussen 14 en 24 jaar oud, zowel bij mannen als bij vrouwen, statistisch significant oververtegenwoordigd in de steekproef. Mannen vanaf de leeftijd van 65 jaar en vrouwen vanaf 55 jaar zijn statistisch ondervertegenwoordigd, net zoals mannen tussen 35 en 54 jaar oud. Dat er dergelijke grote verschillen zijn in de samenstelling naar leeftijd, tussen steekproef en populatie, is grotendeels een rechtstreeks gevolg van het steekproefdesign. We kozen er immers bewust voor de jongste en oudste groep voor ongeveer één derde te laten vertegenwoordigen, en dit ten nadele van de middelste leeftijdsgroep. Dat laatste verklaart tevens de statistisch significante ondervertegenwoordiging van mannen tussen de leeftijden van 35 jaar en 54 jaar (met ongeveer 2 percentagepunten). Dat er ondanks het design toch sprake is van een ondervertegenwoordiging van de oudste leeftijdsgroep, en zeker bij vrouwelijke respondenten, kan dan ook volledig worden verklaard door de hoge mate aan uitval (zowel niet-inzetbare adressen, non-contacts als weigeringen) in deze groep.

Tabel 348. Verdeling van de populatie naar geslacht en leeftijd in Vlaanderen en in de Sexpert-steekproef.

Geslacht	Leeftijd	% Sexpert-steekproef	% Vlaanderen	Verskil
Man	14-19	9.3%	4.4%	4.9%
Man	20-24	6.7%	3.7%	3.0%
Man	25-34	6.5%	7.7%	-1.2%
Man	35-44	6.3%	8.7%	<u>-2.4%</u>
Man	45-54	7.8%	9.5%	<u>-1.7%</u>
Man	55-64	6.6%	7.8%	-1.2%
Man	65-74	3.2%	5.4%	<u>-2.2%</u>
Man	75-80	1.1%	2.5%	<u>-1.4%</u>
Vrouw	14-19	9.6%	4.2%	5.3%
Vrouw	20-24	8.3%	3.6%	4.7%
Vrouw	25-34	7.5%	7.6%	-0.1%
Vrouw	35-44	7.5%	8.5%	-1.0%
Vrouw	45-54	8.8%	9.3%	-0.4%
Vrouw	55-64	6.2%	7.7%	<u>-1.6%</u>
Vrouw	65-74	3.2%	5.9%	<u>-2.7%</u>
Vrouw	75-80	1.3%	3.3%	<u>-2.1%</u>

$\chi^2 = 495.071$; $df = 15$; $p < .001$

Ook voor een vergelijking van de verdeling naar hoogst behaalde diploma in onze Sexpert-steekproef en in de Vlaamse populatie steunen we op een extrapolatie van de enquête naar de Arbeidskrachten, 2010 (FOD Economie, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie). Deze vergelijking (Tabel 337) toont hoe de laagst opgeleide groepen statistisch significant ondervertegenwoordigd zijn (respectievelijk 12 percentagepunten en 3 percentagepunten) en hoe de hoogst opgeleide groep in de steekproef statistisch significant oververtegenwoordigd is (12 percentagepunten).

Tabel 349. Verdeling van de populatie naar hoogst behaalde diploma in Vlaanderen en in de Sexpert-steekproef.

Diploma	% Sexpert-steekproef	% Vlaanderen	Verskil
Geen/LO	5.1%	16.7%	<u>-11.6%</u>
LSO	17.2%	19.8%	<u>-2.6%</u>
HSO	38.0%	35.7%	2.3%
NUHO	31.1%	19.0%	12.0%
UHO	8.6%	8.7%	-0.1%

$\chi^2 = 295.024$; $df = 4$; $p < .001$

Onze steekproef vormt geen exacte weerspiegeling van de Vlaamse populatie naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Dit kan de verdeling van andere variabelen in de Sexpert-steekproef mogelijk vertekenen. Indien bijvoorbeeld oudere respondenten minder frequent seks hebben dan jongere respondenten, terwijl zij duidelijk ondervertegenwoordigd zijn, dan kan dit de populatieschattingen gevoelig vertekenen. Om deze vertekening te reduceren, wordt de steekproef herwogen zodat hij de gecombineerde verdeling naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau in de Vlaamse populatie precies weerspiegelt. In Tabel 338 geven we de exacte berekening van deze weegcoëfficiënten weer.

Eerst wordt per categorie het verwachte aantal eenheden in de Sexpert-steekproef berekend, mocht de verdeling in de steekproef de verdeling in de Vlaamse populatie (naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau) exact weerspiegelen (steekproefomvang*proportie in de Vlaamse populatie). Vervolgens wordt de weegcoëfficiënt berekend door de verhouding te nemen van het verwachte aantal en het waargenomen aantal in de Sexpert-steekproef. De reëel berekende weegcoëfficiënten worden vervolgens afgetopt op maximaal 3 (of minimaal 0.33). Dit om te vermijden dat een beperkt aantal personen in een specifieke combinatie van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau een te grote invloed op het geheel zouden hebben (cf. Lievens et al., 2006). Anders zou bijvoorbeeld elke man in de steekproef tussen 35 en 44 in de laagst opgeleide groep voor 9.5 personen tellen. Nu laten we die slechts voor 3 tellen. De dataset wordt herwogen op de effectieve, afgetopte weegcoëfficiënten. Elke eenheid in de dataset telt dan voor zoveel eenheden als de weegcoëfficiënt voor de specifieke combinatie van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Door het aftoppen van de weegcoëfficiënten komt het totaal aantal eenheden in de ongewogen dataset niet meer exact overeen met die na weging. De omvang van de dataset na weging wordt 1825 eenheden.

Tabel 350. Verdeling van de populatie naar hoogst behaalde diploma in Vlaanderen en in de Sexpert-steekproef, en berekening van de reële en de effectieve (gebruikte) weegcoëfficiënten.

Geslacht	Leeftijd	Diploma	Sexpert-steekproef (aantal)	Vlaanderen (aantal)	Sexpert-steekproef (%)	Vlaanderen (%)	verschil	Sexpert-steekproef verwacht	Weegcoëfficiënt reël	Weegcoëfficiënt effectief
man	14-19	geen/LO	4	40273	0.2%	0.8%	-0.6%	15	3.64	3.00
		LSO	49	126605	2.7%	2.5%	0.2%	46	0.93	0.93
		HSO	80	55078	4.4%	1.1%	3.3%	20	0.25	0.33
		NUHO	38	123	2.1%	0.0%	2.1%	0	0.00	0.33
		HO	0	121	0.0%	0.0%	0.0%	0	-	1.00
man	20-24	geen/LO	2	7036	0.1%	0.1%	0.0%	3	1.27	1.27
		LSO	8	21756	0.4%	0.4%	0.0%	8	0.98	0.98
		HSO	45	119246	2.5%	2.4%	0.1%	43	0.96	0.96
		NUHO	63	25270	3.4%	0.5%	2.9%	9	0.14	0.33
		HO	5	12880	0.3%	0.3%	0.0%	5	0.93	0.93
man	25-34	geen/LO	1	21718	0.1%	0.4%	-0.4%	8	7.84	3.00
		LSO	20	42394	1.1%	0.8%	0.3%	15	0.77	0.77
		HSO	54	176970	3.0%	3.5%	-0.5%	64	1.18	1.18
		NUHO	26	94902	1.4%	1.9%	-0.5%	34	1.32	1.32
		HO	17	55742	0.9%	1.1%	-0.2%	20	1.18	1.18
man	35-44	geen/LO	1	26248	0.1%	0.5%	-0.5%	9	9.48	3.00
		LSO	19	61219	1.0%	1.2%	-0.2%	22	1.16	1.16
		HSO	48	192383	2.6%	3.8%	-1.2%	69	1.45	1.45
		NUHO	35	101960	1.9%	2.0%	-0.1%	37	1.05	1.05
		HO	13	59636	0.7%	1.2%	-0.5%	22	1.66	1.66
man	45-54	geen/LO	4	53027	0.2%	1.0%	-0.8%	19	4.79	3.00
		LSO	28	103453	1.5%	2.0%	-0.5%	37	1.33	1.33

VROUW	25-34	HO	19	18412	1.0%	0.4%	0.7%	7	0.35	0.35
		geen/LO	0	22114	0.0%	0.4%	-0.4%	8	-	1.00
		LSO	7	28979	0.4%	0.6%	-0.2%	10	1.50	1.50
		HSO	46	136167	2.5%	2.7%	-0.2%	49	1.07	1.07
		NUHO	53	136562	2.9%	2.7%	0.2%	49	0.93	0.93
VROUW	35-44	HO	32	62535	1.8%	1.2%	0.5%	23	0.71	0.71
		geen/LO	5	25889	0.3%	0.5%	-0.2%	9	1.87	1.87
		LSO	9	39095	0.5%	0.8%	-0.3%	14	1.57	1.57
		HSO	51	176018	2.8%	3.5%	-0.7%	64	1.25	1.25
		NUHO	57	138546	3.1%	2.7%	0.4%	50	0.88	0.88
VROUW	45-54	HO	16	50513	0.9%	1.0%	-0.1%	18	1.14	1.14
		geen/LO	10	60116	0.5%	1.2%	-0.6%	22	2.17	2.17
		LSO	32	80355	1.8%	1.6%	0.2%	29	0.91	0.91
		HSO	58	183029	3.2%	3.6%	-0.4%	66	1.14	1.14
		NUHO	45	114761	2.5%	2.3%	0.2%	41	0.92	0.92
VROUW	55-64	HO	17	30988	0.9%	0.6%	0.3%	11	0.66	0.66
		geen/LO	19	97020	1.0%	1.9%	-0.9%	35	1.84	1.84
		LSO	35	91866	1.9%	1.8%	0.1%	33	0.95	0.95
		HSO	31	114482	1.7%	2.3%	-0.6%	41	1.33	1.33
		NUHO	22	72421	1.2%	1.4%	-0.2%	26	1.19	1.19
VROUW	65-74	HO	6	15284	0.3%	0.3%	0.0%	6	0.92	0.92
		geen/LO	9	130623	0.5%	2.6%	-2.1%	47	5.24	3.00
		LSO	18	65357	1.0%	1.3%	-0.3%	24	1.31	1.31
		HSO	23	65197	1.3%	1.3%	0.0%	24	1.02	1.02
		NUHO	7	34262	0.4%	0.7%	-0.3%	12	1.77	1.77
VROUW	75-80	HO	1	5486	0.1%	0.1%	-0.1%	2	1.98	1.98
		geen/LO	9	91173	0.5%	1.8%	-1.3%	33	3.66	3.00

LSO	4	33260	0.2%	0.7%	-0.4%	12	3.00	3.00
HSO	6	30060	0.3%	0.6%	-0.3%	11	1.81	1.81
NUHO	4	12514	0.2%	0.2%	0.0%	5	1.13	1.13
HO	0	1148	0.0%	0.0%	0.0%	0	-	1.00
Totaal	1828*	5061570				1828		

**Voor 4 van de 1832 respondenten in de Sexpert-steekproef ontbreekt informatie over het hoogst behaalde diploma of de scholingsgraad; voor deze vier respondenten werd de weegcoëfficiënt enkel berekend op basis van de leeftijd en het geslacht. Dit brengt het totale aantal in de Sexpert-steekproef op 1832 en het totale aantal na weging op 1825. ** $\chi^2= 61335.227$; $df= 78$; $p<.001$*

12. Referenties

- Berdie, D.R. 1973. Questionnaire Length and Response Rate. *Journal of Applied Statistics*, 58, 2, 278-280.
- Bogen, K. 1996. The effect of questionnaire length on response rates: A review of the literature. *Proceedings of the Section on Survey Research Methods, US Bureau of the Census*. Geraadpleegd op 10/05/2011 via <http://www.census.gov/srd/papers/pdf/kb9601.pdf>
- de Leeuw, E.D., Hox, J.J. & Kef, S. 2003. Computer Assisted self-interviewing tailored for special populations and topics. *Field Methods*, 15, 3, 223-251.
- Dillman, D.A. 1978. *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: Wiley.
- Dillman, D.A. 2000. *Mail and internet surveys: the tailored design method*. London: Wiley.
- Erens, B., McManus, S., Field, J., Korovessis, C., Johnson, A.M. & Fenton, K.A. (2001). *British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II ('Natsal 2000'): Technical Report*. London: National Centre for Social Research.
- Fenton, K.A., Johnson, A.M., McManus, S. & Erens, B. (2001). Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*, 77, 84-92.
- Frankel, J. & Sharp, L.M. 1981. Measurement of respondent burden. *Statistical Reporter*, 81, 4, 105-111.
- Gribble, J.N. , Miller, H.G., Rogers, S.M. & Turner, C.F. (1999). Interview mode and measurement of sexual behaviors: Methodological issues. *Journal of Sex Research*, 36, 1, 16-24.
- Hamilton, D.T. & Morris, M. (2010). Consistency of self-reported sexual behavior in surveys. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 842-860.
- Lievens, J. & Waeye, H. (2009). *Participatie in Vlaanderen. Basisgegevens van de participatiesurvey*. Leuven: Acco.
- Lievens, J., Waeye, H. & De Meulemeester, H. (2006). *Cultuurkijker : cultuurparticipatie gewikt en gewogen. Basisgegevens van de survey Cultuurparticipatie in Vlaanderen 2003 -2004*. Antwerpen: De Boeck.
- Mercer, C.H., McManus, S. & Erens, B. (2010). "Measuring sexual behavior". In: Bulmer, M., Gibbs, J. & Human, L., *Social Measurement through Social Surveys. An Applied Approach*, p 127- 146. Farnham & Burlington: Ashgate.
- Pickery, J. & Carton, A. Oversampling in relation to differential regional response rates. *Survey Research Methods*, 2 , 2 , 83-92.
- Studiedienst van de Vlaamse Regering. (2010). *Survey naar Sociaal-Culturele Verschuivingen, 2010*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Tourangeau, R. & Smith, T.W. (1998). "Collecting sensitive information with different modes of data collection". In: Couper, M.P., Baker, R.P., Bethlehem, J.,

Clark, C.Z.F., Martin, J., Nicholls, W.L. & O'Reilly, J.M., *Computer Assisted Survey Information Collection*, p 431- 454. New York: Wiley & Sons.

Turner, C.F., Miller, H.G. & Rogers, S.M. (1997). Survey Measurement of Sexual Behaviour. Problems and Progress. In: Bancroft, J., *Researching Sexual Behaviour*, p 37- 60. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.