

SEXPERT

seksuele gezondheid in Vlaanderen

Ann Buysse, Maya Caen, Alexis Dewaele,
Paul Enzlin, John Lievens, Guy T'Sjoen,
Mieke Van Houtte & Hans Vermeersch (red.)



SEKSUELE GEZONDHEID IN VLAANDEREN

SEKSUELE GEZONDHEID IN VLAANDEREN

Ann Buysse, Maya Caen, Alexis Dewaele, Paul Enzlin,
John Lievens, Guy T'Sjoen, Mieke Van Houtte &
Hans Vermeersch (red.)



© Academia Press

Eekhout 2

9000 Gent

T. (+32) (0)9 233 80 88

info@academiapress.be

F. (+32) (0)9 233 14 09

www.academiapress.be

De publicaties van Academia Press worden verdeeld door:

J. Story-Scientia nv Wetenschappelijke Boekhandel

Sint-Kwintensberg 87

B-9000 Gent

T. 09 255 57 57

info@story.be

F. 09 233 14 09

www.story.be

Ef & Ef Media

Postbus 404

3500 AK Utrecht

info@efenefmedia.nl

www.efenefmedia.nl

Ann Buysse, Maya Caen, Alexis Dewaele, Paul Enzlin, John Lievens, Guy T'Sjoen, Mieke Van Houtte
& Hans Vermeersch (red.)

Seksuele gezondheid in Vlaanderen

Gent, Academia Press, 2013, xxi + 273 pp.

Cover: Twin Media

ISBN 978 90 382 2079 6

D/2013/4804/27

NUR 865

U 1956

Lay-out: proxessmaes.be

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgeverij.

Inhoudstafel

OVERZICHT TABELLEN	vii
OVERZICHT FIGUREN	xvii
ACHTERGROND VAN DE STUDIE	1
MAYA CAEN EN ALEXIS DEWAELE	
1. Aanleiding en doelstelling	1
1.1. Nood aan wetenschappelijke gegevens in Vlaanderen	1
1.2. Relevantie voor stakeholders	2
1.3. Het maatschappelijke debat	3
2. Het ontwikkelen van de vragenlijst	4
2.1. Literatuurstudie	4
2.2. De afname van focusgroeps gesprekken	6
2.3. Participatorisch onderzoek	8
2.4. De constructie van een leesbare en betrouwbare vragenlijst	9
2.5. Pilotstudie	9
3. Indicatoren en correlaten van seksuele gezondheid in de vragenlijst. . .	10
4. Data en methoden	11
4.1. Doelstellingen en kwaliteitsvoorwaarden	11
4.2. De steekproef	11
4.3. Benadering van respondenten	13
4.4. Voorbereiding van de dataverzameling	13
4.4.1. Training van de interviewers	13
4.4.2. Face-to-face-bevraging via CAPI en CASI	14
4.4.3. Afname van een speekselstaal	15
4.5. Permanente opvolging van het veldwerk	16
4.6. Afwerking dataset en voorbereiding analyses	17
4.7. Beschrijving van de steekproef aan de hand van de belangrijkste sociodemografische, psychologische en biomedische kenmerken . .	24
4.7.1. Sociodemografische kenmerken	24
4.7.2. Biomedische kenmerken	26
4.7.3. Psychologische kenmerken	32
5. Statistische leeswijzer	34
5.1. Univariante beschrijving van de steekproefresultaten	34
5.2. Statistisch significante verbanden en verschillen	35
5.3. Kleine aantallen	35

5.4. Bivariate verbanden versus multivariate analyses	36
6. Overzicht van de verschillende hoofdstukken	36

HOOFDSTUK 1

SEKSUELE GEZONDHEID IN VLAANDEREN	41
--	-----------

ELS ELAUT, MAYA CAEN, ALEXIS DEWAELE EN ELLEN VAN HOUDENHOVE

1. Het gezinsklimaat ten aanzien van seks en relaties	41
1.1. Sfeer en openheid in het gezin ten aanzien van seks en relaties . . .	41
1.2. Praten over seks en relaties in het gezin waarin men opgroeide . . .	44
1.3. Praten over seks in gezinnen met kinderen	48
1.4. Besluit ‘Het gezinsklimaat’	50
2. Seksuele ervaring.	51
2.1. Ervaring met seks en geslachtsgemeenschap	51
2.2. Redenen voor seksuele inactiviteit	55
2.3. Aantal sekspartners	56
2.4. Seksuele oriëntatie	58
2.4.1. Zelfbenoeming.	59
2.4.2. Seksueel verlangen	61
2.4.3. Seksueel gedrag	63
2.4.4. De onderlinge relatie tussen de verschillende dimensies . .	64
2.4.5. Aandeel holebi’s op basis van scores op de verschillende dimensies	67
2.4.6. Besluit	69
2.5. Besluit ‘Seksuele ervaring’	70
3. Seksuele beleving	71
3.1. Belang van seks en seksuele tevredenheid bij seksueel ervaren respondenten	71
3.1.1. Belang van seks	71
3.1.2. Seksuele tevredenheid	73
3.2. Factoren die seks gemakkelijker/moeilijker maken	73
3.3. Besluit ‘Seksuele beleving’	76
4. Seksueel gedrag.	76
4.1. Seksuele frequentie.	76
4.2. Seksuele handelingen	78
4.3. Orgasmefrequentie	82
4.4. Ervaring met masturbatie	85
4.5. Besluit ‘Seksueel gedrag’	89
5. De partnerrelatie.	90
5.1. De partnerrelatie naar geslacht en leeftijd	90
5.2. Factoren die verband houden met de partnerrelatie	91

5.3.	Seks buiten de relatie	92
5.4.	Besluit ‘De partnerrelatie’	94
6.	Soa, hiv, testgedrag en anticonceptiegebruik	95
6.1.	Soa en hiv	95
6.2.	Verband tussen testgedrag en seksueel gedrag	96
6.3.	Anticonceptiegebruik	98
6.4.	Besluit ‘Soa, hiv, testgedrag en anticonceptiegebruik’	102
7.	Karakteristieken van seksuele contacten	103
7.1.	Met wie?	104
7.2.	Context.	105
7.3.	Beleving	107
7.4.	Veilig/onveilig.	109
7.4.1.	Condoomgebruik	109
7.4.2.	Risico op besmetting met soa/hiv	110
7.4.3.	Risico op ongewenste zwangerschap	113
7.4.4.	Risico op soa/hiv of ongewenste zwangerschap gecombineerd	114
7.5.	Besluit ‘Laatste seksueel contact’	116

HOOFDSTUK 2

DE SEKSUELE START	119
------------------------------------	------------

KATRIEN SYMONS, MIEKE VAN HOUTTE EN HANS VERMEERSCH

1.	Op welke leeftijd worden de eerste seksuele ervaringen opgedaan? . . .	121
1.1.	De eerste tongzoen	122
1.2.	De eerste geslachtsgemeenschap	123
1.3.	De tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap	125
1.4.	Het effect van opleiding op de timing van de eerste keer.	127
1.4.1.	Individueel opleidingsniveau.	127
1.4.2.	Opleidingsniveau van de ouders	130
2.	Kenmerken en ervaring van de eerste keer	132
2.1.	Leeftijdsverschil met de eerste seksuele partner	133
2.1.1.	Rapportering volgens leeftijd en geslacht.	133
2.1.2.	Verschillen naargelang de timing van de eerste keer	134
2.2.	Gebruik van contraceptie bij de eerste keer	135
2.2.1.	Rapportering volgens leeftijd en geslacht.	135
2.2.2.	Contraceptiegebruik naargelang de timing en de context van de eerste keer	137
2.3.	Pijn en bloedverlies	139
2.3.1.	Pijn en bloedverlies bij vrouwen over de generaties heen.	139
2.3.2.	Pijn en bloedverlies bij vrouwen naargelang de timing van	

de eerste keer	140
2.4. De emotionele beleving en het gevoel er toen klaar voor te zijn . .	140
2.4.1. Rapportering volgens leeftijd en geslacht	140
2.4.2. De beleving van de eerste keer naargelang de timing en context van de eerste keer.	142
3. Is er een verband tussen de timing van de eerste keer en de latere seksuele loopbaan?	144
3.1. Totaal aantal sekspartners.	144
3.2. Ervaring met ongewenste zwangerschap	146
3.3. Ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag	147
3.3.1. Seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar.	148
3.3.2. Seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar	150
4. Besluit	150

HOOFDSTUK 3

REPRODUCTIEF WELZIJN.	155
--------------------------------------	------------

JOKE VANDAMME, ANN BUYSSE EN GUY T'SJOEN

1. Het reproductieve leven van de mensen in Sexpert	157
2. Help, zwanger! Wat met de planning van onze reproductie?	159
2.1. Onbedoelde zwangerschappen: theoretische en empirische achtergrond	159
2.2. De voorbereiding, beleving en afbreking van recente zwangerschappen	161
2.2.1. Recente zwangerschappen naar planning, wens en abortus	161
2.2.2. Zijn ongeplande ook ongewenste zwangerschappen? . . .	162
2.2.3. Worden onbedoelde zwangerschappen altijd afgebroken?	164
2.3. Onbedoelde zwangerschappen over 60 jaar heen: belang van de context	166
2.3.1. De context van ongeplande zwangerschappen	166
2.3.2. De context van ongewenste zwangerschappen	167
2.3.3. De context van het aborteren van ongewenste zwangerschappen	169
2.4. Onbedoelde zwangerschappen en gezondheidscorrelaten	171
2.4.1. Onbedoelde zwangerschappen en inschatting van het fysieke en mentale welzijn	171
2.4.2. Onbedoelde zwangerschappen en inschatting van het seksuele welzijn	172
3. Miskraam en subfertiliteit... Hoe vaak blijkt een zwangerschap niet zo evident te zijn?	173
3.1. Spontaan en om medische redenen afgebroken zwangerschappen.	175
3.2. Ervaring met vruchtbaarheidsproblemen	175

3.3.	De hulpverleningscascade bij vruchtbaarheidsproblemen	178
3.3.1.	Zoeken naar hulp bij vruchtbaarheidsproblemen	178
3.3.2.	Van diagnose naar behandeling.	179
3.4.	Vruchtbaarheidsproblemen en gezondheidscorrelaten.	181
3.4.1.	Vruchtbaarheidsproblemen en inschatting van het fysieke en mentale welzijn	181
3.4.2.	Vruchtbaarheidsproblemen en inschatting van het seksuele welzijn	182
4.	Besluit reproductief welzijn	183

HOOFDSTUK 4

SEKSUELE DISFUNCTIES	193
---------------------------------------	------------

LIES HENDRICKX EN PAUL ENZLIN

1.	Wat zijn seksuele disfuncties?	199
2.	Voorkomen van seksuele disfuncties	201
2.1.	Prevalentie van seksuele functieproblemen en seksuele disfuncties.	202
2.2.	Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties opgesplitst naar leeftijdsgroep	204
2.2.1.	Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij mannen, opgesplitst naar leeftijdsgroep	204
2.2.2.	Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen, opgesplitst naar leeftijdsgroep	205
2.3.	Duur van de seksuele disfunctie	207
2.4.	Vermijden van seks	209
2.5.	Hulp gezocht voor verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie	211
3.	Besluit	212
4.	Bijlage	214

HOOFDSTUK 5

SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG	217
--	------------

SABINE HELLEMANS EN ANN BUYSSE

1.	Prevalentie en vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag	220
1.1.	Vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar	220
1.2.	Vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar	220
1.3.	Algemene prevalentie seksueel grensoverschrijdend gedrag	221
1.4.	Verschillen tussen mannen en vrouwen in het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag	223

2. Seksueel grensoverschrijdend gedrag: meest ingrijpende gebeurtenis . . .	224
2.1. Relatie geweldpleger	225
2.2. Eénmalig of herhaaldelijk	226
2.3. Leeftijd	227
2.4. Erover praten en ervaren steun	229
3. Prevalentie en vormen van fysiek en psychologisch partnergeweld	230
3.1. Fysiek en psychologisch partnergeweld	230
3.2. Ervaring(en) met seksueel grensoverschrijdend gedrag en fysiek en psychologisch partnergeweld	232
4. Gezondheidscorrelaten	233
4.1. Inschatting van de fysieke en mentale gezondheid	233
4.2. Seksueel functioneren en seksuele beleving	235
5. Besluit	236

HOOFDSTUK 6

PROFIELEN VAN SEKSUELE GEZONDHEID	241
---	-----

WOUTER PINXTEN EN JOHN LIEVENS

1. Inleiding	241
2. Analyses	242
2.1. Profielen van seksuele gezondheid	242
2.1.1. Latente klasseanalyse van seksuele praktijken	242
2.1.2. Latente klasseanalyse van de indicatoren van seksuele gezondheid	245
2.2. Duiding van de profielen van seksuele gezondheid	251
3. Besluit	252

EXECUTIVE SUMMARY (NEDERLANDS)	255
--	-----

EXECUTIVE SUMMARY (ENGELS)	265
--------------------------------------	-----

Overzicht tabellen

Inleiding

Tabel 1. Overzicht van populatiestudies over seksuele gezondheid.	7
Tabel 2. Gemiddelde duurtijd van een interview.	14
Tabel 3. Definitieve responscodes bij laatste contact door laatste interviewer, berekend op alle gebruikte adressen en op alle inzetbare adressen.	18
Tabel 4. Overzicht van reële (berekende) en effectieve (afgetopte) weegcoëfficiënten.	20
Tabel 5. Beschrijving steekproef: overzicht van de belangrijkste socio-demografische kenmerken.	25
Tabel 6. Beschrijving steekproef: overzicht van de belangrijkste gezondheidsindicatoren.	26
Tabel 7. Beschrijving steekproef: verdeling van testosteron (ng/dl), cortisol (µg/dl) en CAG (aantal herhalingen), naar geslacht.	30
Tabel 8. Samenvatting gemiddelde scores voor mannen en vrouwen op het vlak van fysieke en mentale gezondheid volgens de SF-12 en uiterlijk zelfbeeld.	33
Tabel 9. Samenvatting gemiddelde scores voor mannen en vrouwen op het vlak van relatietevredenheid en seksuele tevredenheid volgens de MMQ en seksuele communicatie volgens de DSC.	34

Hoofdstuk 1. Seksuele gezondheid in Vlaanderen

Tabel 1. Algemene sfeer, openheid met betrekking tot relaties en seksualiteit en frequentie van conflicten in het huidige gezin, bij respondenten die met minstens één ouder en/of minstens één kind samenwonen ($N=998$).	42
Tabel 2. Aantal dat ‘soms’, ‘vaak’ of ‘heel vaak’ behoefte heeft aan een gesprek en aantal dat ‘soms’, ‘vaak’ of ‘heel vaak’ een gesprek voert over relaties en seks, bij mannen en vrouwen van 14 tot 25 jaar ($N=384$).	44
Tabel 3. Personen in het gezin bij wie mannen en vrouwen ouder dan 25 jaar ($N=1441$) en jonger dan 26 jaar ($N=385$) terechtkonden met vragen over seks en relaties.	46
Tabel 4. Redenen waarom men met gezinsleden niet over relaties ($N=34$) of niet over seks ($N=66$) praat, bij respondenten jonger dan 26 jaar.	47
Tabel 5. Personen bij wie kinderen volgens hun ouders terechtkunnen met vragen over seks en relaties, naar geslacht van de ouder ($N= 439$).	48

Tabel 6. Aantal ouders dat aangeeft ‘soms’, ‘vaak’ of ‘heel vaak’ een gesprek te voeren met kinderen / van kinderen vragen te krijgen over seks en relaties, naar geslacht van de ouder ($N=423$).	50
Tabel 7. Percentages ooit seks gehad, ooit geslachtsgemeenschap gehad en seks laatste zes maanden, opgesplitst naar geslacht.	52
Tabel 8. Ooit seks gehad, naar geslacht en leeftijdsgroep ($N=1825$).	52
Tabel 9. Ooit geslachtsgemeenschap gehad, naar geslacht en leeftijdsgroep ($N=1825$). De percentages berekend op de seksueel ervaren groep (‘ooit seks gehad’, $N=1691$) staan telkens tussen haakjes.	53
Tabel 10. Percentage mannen en vrouwen dat tijdens de afgelopen zes maanden seks heeft gehad (percentages voor de seksueel actieve groep staan telkens tussen haakjes).	53
Tabel 11. Redenen voor seksuele inactiviteit tijdens de laatste zes maanden. Percentage dat een reden heeft aangeduid, naar geslacht ($N=360$).	55
Tabel 12. Aantal sekspartners in het leven, naar geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1684$).	56
Tabel 13. Aantal sekspartners tijdens de afgelopen zes maanden, naar geslacht, bij de seksueel actieve groep ($N=1332$).	58
Tabel 14. Zelfbenoeming opgesplitst naar geslacht.	59
Tabel 15. Zelfbenoeming opgesplitst naar geslacht en dataset (Sexpert vs. SCV).	61
Tabel 16. Seksuele fantasieën opgesplitst naar geslacht.	62
Tabel 17. Seksuele aantrekking opgesplitst naar geslacht.	63
Tabel 18. Seksueel gedrag opgesplitst naar geslacht.	63
Tabel 19. Percentage mannen en vrouwen die we als holebi identificeren op basis van de dimensies zelfbenoeming, seksuele fantasieën, seksueel verlangen en seksueel gedrag.	68
Tabel 20. Percentage mannen en vrouwen die we als holebi identificeren op basis van de dimensies zelfbenoeming, seksuele fantasieën, seksueel verlangen en seksueel gedrag, opgesplitst naar leeftijd.	68
Tabel 21. Belang van seks, naar geslacht en naargelang seksuele activiteit (al dan niet seksueel actief tijdens de afgelopen zes maanden) bij de seksueel ervaren groep ($N=1685$).	72

Tabel 22. Seksuele tevredenheid, naar geslacht en naargelang seksuele activiteit (al dan niet seksueel actief tijdens de afgelopen zes maanden) bij seksueel ervaren respondenten ($N=1685$).	73
Tabel 23. Aantal keer seks per week, naar geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1687$).	77
Tabel 24. Ervaring met seksuele praktijken in de afgelopen zes maanden, naar geslacht, bij de seksueel actieve groep ($N=1333$).	80
Tabel 25. Ervaring met seksuele praktijken in de afgelopen zes maanden, leeftijdsgroep, bij de seksueel actieve groep ($N=1333$).	81
Tabel 26. Ervaring met seksuele praktijken tijdens de afgelopen zes maanden, naar leeftijdsgroep en geslacht, bij de seksueel actieve groep ^o ($N=1333$).	82
Tabel 27. Orgasmefrequentie naar geslacht bij seksueel actieve respondenten ($N=1320$).	82
Tabel 28. Verband tussen orgasmefrequentie en frequentie seks bij seksueel actieve respondenten ($N=1318$).	83
Tabel 29. Aantal respondenten dat ooit heeft gemasturbeerd en aantal dat de voorbije zes maanden heeft gemasturbeerd, naar geslacht, voor de volledige steekproef ($N=1825$).	85
Tabel 30. Percentage respondenten dat de afgelopen zes maanden heeft gemasturbeerd naar leeftijd en geslacht, bij respondenten met ervaring met masturbatie ($N=1498$).	85
Tabel 31. Al dan niet gemasturbeerd in de voorbije zes maanden, volgens geslacht en volgens het al dan niet hebben van een partner, bij respondenten met ervaring met masturbatie ($N=1498$).	87
Tabel 32. Aantal respondenten met een vaste partner naar geslacht.	90
Tabel 33. Seksfrequentie (aantal keer seks per week), naargelang het al dan niet hebben van een partner en geslacht bij seksueel ervaren respondenten ($N=1687$).	91
Tabel 34. Seksuele tevredenheid, naargelang het al dan niet hebben van een partner en geslacht bij seksueel ervaren respondenten ($N=1685$).	92
Tabel 35. Aantal mannen en vrouwen bij de seksueel ervaren populatie dat ooit tijdens een vaste relatie vreemdging ($N=1637$).	92
Tabel 36. Aantal seksueel ervaren respondenten dat ooit is getest op soa/hiv, naar geslacht ($N=1690$).	95
Tabel 37. Percentage dat ooit de diagnose gekregen heeft van een soa (bij respondenten die zich ooit op een of meerdere soa's lieten testen).	96

Tabel 38. Verschil in seksueel gedrag tussen de groep die zich ooit op een of meerdere soa's liet testen en de groep die zich nooit liet testen, naar geslacht, bij seksueel ervaren respondenten ($N=1690$).	97
Tabel 39. Verschil in seksueel gedrag tussen de groep die zich ooit op één of meerdere soa's liet testen en de groep die zich nooit liet testen, naar leeftijdsgroep, bij vrouwen tussen 18 en 64 jaar oud ($N=688$).	98
Tabel 40. Verschil in seksueel gedrag tussen de groep die zich ooit op één of meerdere soa's liet testen en de groep die zich nooit liet testen, naar leeftijdsgroep, bij mannen tussen 18 en 64 jaar oud° ($N=677$).. . . .	99
Tabel 41. Percentage huidig anticonceptiegebruik bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd, naar leeftijdsgroep.	100
Tabel 42. Moeilijkheidsgraad van de huidige anticonceptie in de afgelopen zes maanden.	101
Tabel 43. Frequentie van gebruik van de morning-afterpil bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd met kennis van de morning-afterpil ($N=457$).. . . .	101
Tabel 44. Persoon waarmee men de laatste keer seks had, naargelang het al dan niet hebben van een partner ($N=1272$).	104
Tabel 45. Persoon waarmee men de laatste keer seks had, naar geslacht ($N=1274$).. . . .	104
Tabel 46. Persoon waarmee men de laatste keer seks had, naar leeftijdsgroep ($N=1273$).. . . .	105
Tabel 47. Al dan niet gepland zijn van een seksueel contact, naargelang het al dan niet hebben van een partner ($N=1273$).	105
Tabel 48. Locatie van het seksueel contact, naargelang het al dan niet hebben van een partner ($N=1280$).	106
Tabel 49. Locatie van het seksueel contact, naar leeftijdsgroep ($N=1280$). . .	106
Tabel 50. Mate waarin men onder invloed is van alcohol en drugs bij een seksueel contact, naar geslacht ($N=1282$).. . . .	106
Tabel 51. Algemene beleving van het seksueel contact, naar geslacht ($N=1281$).. . . .	107
Tabel 52. Algemene beleving van het seksueel contact, naar leeftijdsgroep ($N=1281$).. . . .	108
Tabel 53. Gemiddelde score op belevingsitems bij het laatste seksueel contact (1=helemaal niet van toepassing; 5=helemaal van toepassing)..	108

Tabel 54. Gemiddelde score op belevingsitems bij het laatste seksueel contact, naar geslacht (1=helemaal niet van toepassing; 5=helemaal van toepassing)...	108
Tabel 55. Gemiddelde score op belevingsitems bij het laatste seksueel contact, naar leeftijdsgroep (1=helemaal niet van toepassing; 5=helemaal van toepassing).	109
Tabel 56. Percentage seksuele contacten waarbij een condoom werd gebruikt, naargelang het al dan niet hebben van een partner (N=1281).	110
Tabel 57. Percentage onveilige seksuele contacten (brede definitie), naar geslacht (N=1282).	111
Tabel 58. Percentage onveilige seksuele contacten (brede definitie), naar leeftijdsgroep (N=1282).	111
Tabel 59. Percentage onveilige seksuele contacten (brede definitie), naargelang het al dan niet hebben van een partner.	111
Tabel 60. Percentage onveilige seksuele contacten (enge definitie), naar geslacht (N=1282).	112
Tabel 61. Percentage onveilige seksuele contacten (enge definitie), naargelang het al dan niet hebben van een partner (N=1281)..	112
Tabel 62. Reden waarom zeker dat er geen risico op besmetting soa/hiv was, naar geslacht (N=1098)..	113
Tabel 63. Reden waarom zeker dat er geen risico op besmetting soa/hiv was, naar leeftijdsgroep (N=1098).	113
Tabel 64. Percentage onveilige contacten in termen van risico op ongewenste zwangerschap bij het laatste seksueel contact (beknopt), naar geslacht (N=1156)..	114
Tabel 65. Aantal onveilige contacten in termen van risico op ongewenste zwangerschap bij het laatste seksueel contact (beknopt), naar leeftijdsgroep (N=1156)..	114
Tabel 66. Reden waarom zeker dat er geen risico op zwangerschap was, naar leeftijdsgroep (N=924).	114
Tabel 67. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (brede definitie), naar geslacht (N=1207).	115
Tabel 68. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (brede definitie), naar leeftijdsgroep (N=1207).	115
Tabel 69. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (enge definitie), naar geslacht (N=1207).	115

Tabel 70. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (enge definitie), naar leeftijdsgroep ($N=1207$)..... 115

Hoofdstuk 2. De seksuele start

Tabel 1. Resultaten van de logistische regressie voor het effect van de onderwijsstroom op de kans ooit geslachtsgemeenschap te hebben gehad (coëfficiënten= $\text{Exp}(B)$) ($N=225$). 128

Tabel 2. Resultaten van de lineaire regressie voor het effect van het individuele opleidingsniveau op de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap – voor degenen die hun middelbare schoolloopbaan beëindigd hebben (coëfficiënten= β) ($N=1370$)..... 129

Tabel 3. Verdeling van het opleidingsniveau van de vader en de moeder. . . . 131

Tabel 4. Resultaten van de lineaire regressie voor het effect van het opleidingsniveau van de moeder op de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap (coëfficiënten= β) ($N=1334$). 131

Tabel 5. Resultaten van de regressieanalyse voor het effect van het leeftijdsverschil met de eerste partner op de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap (coëfficiënten= β) (N voor mannen= 706 ; N voor vrouwen= 743)..... 134

Tabel 6. Resultaten van de logistische regressie voor het effect van de leeftijd bij de eerste keer op de kans dat er een veilige contraceptiemethode werd gebruikt (coëfficiënten= $\text{Exp}(B)$) ($N=1400$). 138

Tabel 7. Resultaten van de regressieanalyse voor het effect van de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap op twee belevingsaspecten van de eerste keer, apart voor mannen en vrouwen (coëfficiënten= β). (Beleving: $N=739$ voor mannen, $N=758$ voor vrouwen; gevoel er toen klaar voor te zijn: $N=740$ voor mannen, $N=759$ voor vrouwen)..... 143

Tabel 8. Resultaten van de regressieanalyse voor het effect van de leeftijd bij de eerste keer op het relatieve aantal partners, apart voor mannen en vrouwen (coëfficiënten= β) (N voor mannen= 738 ; N voor vrouwen= 759). 145

Tabel 9. Resultaten van de logistische regressie voor het effect van de timing en de context van de eerste geslachtsgemeenschap op het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar, apart voor mannen en vrouwen (coëfficiënten= $\text{Exp}(B)$) (N voor mannen= 573 ; N voor vrouwen= 705)..... 149

Hoofdstuk 3. Reproductief welzijn

Tabel 1. Percentage vrouwen dat ervaring heeft met zwangerschap en geboorte, naar leeftijd.	157
Tabel 2. Gemiddelde leeftijd (in jaren) bij geboorte van eerste kind, naar geslacht en leeftijd.	158
Tabel 3. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op ongeplandheid van zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten=B) ($N=2174$)	168
Tabel 4. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op ongewenstheid van ongeplande zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten=B) ($N=554$).	169
Tabel 5. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op bewuste afbreking van initieel ongewenste zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten=B) ($N=304$).	170
Tabel 6. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen fysiek (PCS) en mentaal welzijn (MCS) en de ervaring met ongewenste zwangerschappen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau en geslacht ($N=1009$)	172
Tabel 7. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen seksueel welzijn (tevredenheid met seks en belang van seks) en de ervaring met ongewenste zwangerschappen bij volwassenen, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau en geslacht (coëfficiënten=B) ($N=803$)	173
Tabel 8. Percentage respondenten dat ooit ervaring had met vruchtbaarheidsproblemen naar geslacht en leeftijd ($N=1691$).	177
Tabel 9. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen fysiek (PCS) en mentaal welzijn (MCS) en vruchtbaarheidsproblemen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en ervaring met geboorte van eigen kinderen en miskraam ($N=1512$).	182
Tabel 10. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen seksueel welzijn (tevredenheid met seks en belang van seks) en vruchtbaarheidsproblemen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en ervaring met geboorte van eigen kinderen en miskraam ($N=1155$).	182

Hoofdstuk 4. Seksuele disfuncties

Tabel 1. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen in internationaal populatieonderzoek.	197
---	-----

Tabel 2. Prevalentiecijfers van seksuele disfuncties in internationaal populatieonderzoek.	198
Tabel 3. Omschrijving van verschillende functiestoornissen.	200
Tabel 4. Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij mannen uit verschillende leeftijdsgroepen.	205
Tabel 5. Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen uit verschillende leeftijdsgroepen.	206
Tabel 6. Aanhoudende seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie.	208
Tabel 7. Mannelijke respondent vermijdt seks met de (vaste) partner o.w.v. seksueel probleem.	210
Tabel 8. (Vaste) partner vermijdt seks met de respondent o.w.v. seksueel probleem.	211
Tabel 9. Contact met hulpverlener.	211

Bijlage

Tabel I. Prevalentie seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie op de seksueel actieve populatie.	214
--	-----

Hoofdstuk 5. Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Tabel 1. Vormen van SGG voor 18 jaar naar geslacht.	220
Tabel 2. Vormen van SGG na 18 jaar naar geslacht.	221
Tabel 3. Ervaringen met SGG voo 18 jaar en SGG na 18 jaar.	223
Tabel 4. Ervaringen met SGG voor 18 jaar naar geslacht.	224
Tabel 5. Ervaringen met SGG na 18 jaar naar geslacht.	224
Tabel 6. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: relatie geweldpleger. . .	225
Tabel 7. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: relatie geweldpleger. . . .	226
Tabel 8. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: éénmalig/herhaaldelijk. .	226
Tabel 9. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: eenmalig/herhaaldelijk. .	227
Tabel 10. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: leeftijd.	228
Tabel 11. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: leeftijd.	228
Tabel 12. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: erover gepraat / niet over gepraat.	229

Tabel 13. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: erover gepraat / niet over gepraat.	230
Tabel 14. Voorkomen van fysiek en psychologisch partnergeweld.	231
Tabel 15a. Ervaringen met fysiek partnergeweld in functie van ervaring met SGG.	233
Tabel 15b. Ervaringen met psychologisch partnergeweld in functie van ervaring met SGG.	233
Tabel 16. Samenvatting multivariate regressie voor het verband tussen ervaringen met SGG voor 18 jaar en fysieke en mentale gezondheid gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.	234
Tabel 17. Samenvatting multivariate regressie voor het verband tussen ervaringen met SGG na 18 jaar en fysieke en mentale gezondheid gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.	234
Tabel 18. Samenvatting hiërarchische regressieanalyses voor het verband tussen ervaringen met SGG voor 18 jaar en seksueel functioneren gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.	236

Hoofdstuk 6. Profielen van seksuele gezondheid

Tabel 1. Beste oplossing van de latente klasseanalyse op seksuele praktijken. Model met vijf clusters, waarbij de kansen per cluster getoond worden ($N=1347$).	245
Tabel 2. Beste oplossing van de latente klasseanalyse op de indicatoren in verband met seksuele gezondheid. Model met vijf clusters, waarbij de kansen per cluster getoond worden ($N=1238$).	250
Tabel 3. Kruistabel van de profielen van seksuele gezondheid en geslacht (rijpercentages).	251
Tabel 4. Kruistabel van de profielen van seksuele gezondheid en leeftijd (rijpercentages).	251
Tabel 5. Kruistabel van de profielen van seksuele gezondheid en het momenteel al dan niet hebben van een partner (rijpercentages).	252

Overzicht figuren

Inleiding

Figuur 1. Geselecteerde postcodes, met per postcode het (bruto)responscijfer (aantal effectief bevraagde respondenten/aantal geactiveerde adressen in die postcode).	24
Figuur 2. Zelfgetypeerde lichaamsbouw in de gewogen mannelijke steekproef.	28
Figuur 3. Zelfgetypeerde lichaamsbouw in de gewogen vrouwelijke steekproef.	29
Figuur 4. Zelfgetypeerde lichaamsbeharing in de gewogen mannelijke steekproef.	29
Figuur 5. Zelfgetypeerde alopecie in de gewogen mannelijke steekproef.	30
Figuur 6. Testosteronwaarden in speeksel (ng/dl) bij mannen en vrouwen, volgens leeftijdscategorieën.	31

Hoofdstuk 1. Seksuele gezondheid in Vlaanderen

Figuur 1. Openheid wat praten over seks en relaties in het gezin betreft, naar leeftijdsgroep, bij respondenten die met minstens één ouder en/of minstens één kind samenwonen ($N=998$) ($p<.01$).	43
Figuur 2. Frequentie van conflicten in het gezin, naar leeftijdsgroep, bij respondenten die met minstens één ouder en/of minstens één kind samenwonen ($N=998$) ($p<.001$).	43
Figuur 3. Personen in het gezin bij wie mannen en vrouwen ouder dan 25 jaar ($N=1441$) terechtkonden met vragen over seks, naar leeftijdsgroep.	46
Figuur 4. Personen in het gezin bij wie mannen en vrouwen ouder dan 25 jaar ($N=1441$) terechtkonden met vragen over relaties, naar leeftijdsgroep.	47
Figuur 5. Personen in het gezin bij wie kinderen volgens hun ouders terechtkonden met vragen over seks, naar leeftijdsgroep van de ouder ($N=438$).	49
Figuur 6. Personen in het gezin bij wie kinderen volgens hun ouders terechtkonden met vragen over relaties, naar leeftijdsgroep van de ouder ($N=438$).	49
Figuur 7. Seksuele activiteit tijdens de afgelopen zes maanden, naar leeftijd en geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1690$).	54

Figuur 8. Aantal sekspartners in het leven, naar geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1684$)..	57
Figuur 9. Gemiddeld aantal sekspartners in het leven, naar geslacht en leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren groep ($N=1684$)..	58
Figuur 10. Gemiddeld aantal sekspartners tijdens de laatste zes maanden naar leeftijdsgroep, bij de seksueel actieve groep ($N=1332$) ($p<.01$)..	59
Figuur 11. Onderlinge relatie tussen verschillende dimensies (seksueel gedrag, seksueel verlangen en zelfbenoeming) ($N=461$)..	66
Figuur 12. Onderlinge relatie tussen verschillende dimensies (seksueel gedrag, seksueel verlangen en zelfbenoeming) bij 142 mannen (15.6% van in totaal 909 mannen)..	66
Figuur 13. Onderlinge relatie tussen verschillende dimensies (seksueel gedrag, seksueel verlangen en zelfbenoeming) bij 319 vrouwen (34.8% van in totaal 916 vrouwen)..	67
Figuur 14. Belang van seks naar geslacht en leeftijdsgroep bij seksueel ervaren respondenten..	72
Figuur 15. Seksuele tevredenheid naar geslacht en leeftijdsgroep bij seksueel ervaren respondenten..	74
Figuur 16. Factoren die seks gemakkelijker of moeilijker maken bij seksueel actieve mannen met een partner ($N=663$)..	75
Figuur 17. Factoren die seks gemakkelijker of moeilijker maken bij seksueel actieve vrouwen met een partner ($N=603$)..	75
Figuur 18. Aantal keer seks per week, voor alle seksueel ervaren respondenten ($N=1689$)..	78
Figuur 19. Aantal keer seks per week, naar leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren groep ($N=1689$) ($p<.001$)..	79
Figuur 20. Aantal keer seks per week, naargelang het seizoen waarin het interview plaatsvond, bij de seksueel ervaren groep ($N=1689$) ($p<.05$)..	79
Figuur 21. Orgasmefrequentie naar leeftijdsgroep bij seksueel actieve mannen ($N=696$) ($p<.001$)..	84
Figuur 22. Orgasmefrequentie naar leeftijdsgroep bij seksueel actieve vrouwen ($N=637$) ($p<.01$)..	84
Figuur 23. Leeftijdsverschillen in frequentie van masturbatie de voorbije zes maanden (mannen) bij mannen die in de voorbije zes maanden minstens één keer hebben gemasturbeerd ($N=641$) ($p<.001$)..	86

Figuur 24. Leeftijdverschillen in frequentie van masturbatie in de voorbije zes maanden (vrouwen) bij vrouwen die de voorbije zes maanden minstens één keer hebben gemasturbeerd ($N=419$) ($p=.63$).	87
Figuur 25. Al dan niet gemasturbeerd in de voorbije zes maanden, naargelang het al dan niet hebben van een partner en naargelang leeftijdsgroep, bij mannen met ervaring met masturbatie ($N=854$).	88
Figuur 26. Al dan niet gemasturbeerd in de voorbije zes maanden, naargelang het al dan niet hebben van een partner en naargelang leeftijdsgroep, bij vrouwen met ervaring met masturbatie ($N=643$).	88
Figuur 27. Aantal respondenten met een vaste partner, naar leeftijdsgroep en geslacht.	91
Figuur 28. Aantal respondenten dat ooit seks had tijdens een vaste relatie met iemand anders dan de partner, naar leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren populatie ($N=1637$).	93
Figuur 29. Aantal respondenten dat ooit een prostitué(e) bezocht, naar leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren populatie – uitsluitend mannen ($N=909$).	94
Figuur 30. Aantal respondenten dat zich ooit op een of meerdere soa's liet testen, naar leeftijdsgroep en geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1690$).	97
Figuur 31. Mate waarin men onder invloed is van alcohol en drugs bij een seksueel contact, bij seksueel actieve mannen ($N=670$).	107
Figuur 32. Percentage seksuele contacten waarbij een condoom werd gebruikt, naar leeftijd en geslacht van de respondent ($N=1282$).	110
Figuur 33. Percentage onveilige seksuele contacten (enge definitie), naar geslacht en leeftijdsgroep ($N=1282$).	112

Hoofdstuk 2. De seksuele start

Figuur 1. Gemiddelde leeftijd bij de eerste tongzoen volgens leeftijdsgroepen en geslacht.	122
Figuur 2. Gemiddelde leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens leeftijdsgroepen en geslacht.	123
Figuur 3. Leeftijd waarop 25%, 50% en 75% ervaring heeft met de eerste geslachtsgemeenschap, volgens leeftijdsgroepen.	124
Figuur 4. Tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap volgens de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap.	127

Figuur 5. Leeftijdverschil met de eerste partner, volgens leeftijdsgroepen en geslacht.	133
Figuur 6. Leeftijdverschil met de eerste partner volgens de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en volgens geslacht.	135
Figuur 7. Contraceptiegebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens leeftijdsgroepen en geslacht.	136
Figuur 8. Het gebruik van veilige contraceptiemethoden bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens leeftijdsgroepen en geslacht.	136
Figuur 9. Rapportering van contraceptiemethode bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens geslacht.	137
Figuur 11. Het gevoel er toen klaar voor te zijn volgens geslacht.	141
Figuur 10. De algemene beleving van de eerste keer volgens geslacht.	141
Figuur 12. Het gevoel (helemaal) klaar te zijn voor de eerste geslachtsgemeenschap volgens de leeftijd bij de eerste keer en volgens geslacht.	143
Figuur 13. Relatief aantal partners naargelang de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap, volgens geslacht.	146
Figuur 14. De ervaring van een ongewenste zwangerschap volgens leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en volgens geslacht.	147
Figuur 15. Percentage seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt volgens leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en volgens geslacht.	148

Hoofdstuk 3. Reproductief welzijn

Figuur 1. Planning, wens en abortus bij zwangerschappen tussen 2000 en 2011 ($N=637$).	162
Figuur 2. Planning en wens van zwangerschappen tussen 2000 en 2011 ($N=637$).	163
Figuur 3. Afloop van ongewenste zwangerschappen tussen 2000 en 2011 ($N=637$).	164
Figuur 4. Afloop van aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen tussen 2000 en 2011 ($N=637$).	165
Figuur 5. Afloop van zwangerschappen: miskraam en afbreking om medische redenen ($N=2231$).	176
Figuur 6. Percentage respondenten dat met een hulpverlener over de ervaren vruchtbaarheidsproblemen sprak, naar geslacht en leeftijd ($N=150$).	178

Figuur 7. Percentage respondentinnen dat een vruchtbaarheidsbehandeling opstartte na een diagnose van subfertiliteit, naar geslacht en leeftijd ($N=74$)..	180
--	-----

Hoofdstuk 4. Seksuele disfuncties

Figuur 1. Onderscheid seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie.	193
Figuur 2. De seksuele responscyclus.	199
Figuur 3. Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij de seksueel actieve mannelijke respondenten.	203
Figuur 4. Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij de seksueel actieve vrouwelijke respondenten..	204
Figuur 5. Duur seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie bij seksueel actieve Vlaamse mannen..	209
Figuur 6. Duur seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie bij seksueel actieve Vlaamse vrouwen.	209

Hoofdstuk 5. Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Figuur 1. Algemene prevalentie SGG voor en na de leeftijd van 18 jaar.	222
Figuur 2. Ervaringen met SGG voor 18 jaar en SGG na 18 jaar.	223
Figuur 3. Voorkomen van fysiek partnergeweld.	231
Figuur 4. Voorkomen van psychologisch partnergeweld.	232

Achtergrond van de studie

Maya Caen en Alexis Dewaele

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 Buysse 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. De centrale doelstelling van dit onderzoeksproject, Sexpert genaamd, bestaat erin om systematisch uitgebreide informatie te verzamelen over de seksuele gezondheid van Vlaamse mannen en vrouwen tussen de 14 en 80 jaar oud. Daartoe zetten we een rigoureuus design op, dat het mogelijk maakt om steekproefschattingen te generaliseren naar de Vlaamse populatie. In deze studie willen we (1) de seksuele gezondheid van mensen in Vlaanderen beschrijven aan de hand van indicatoren (wat is de seksuele gezondheid?), maar (2) ook de relaties tussen de belangrijkste biologische, psychologische, demografische en sociologische correlaten van seksuele gezondheid (waarom is de seksuele gezondheid wat ze is?) in kaart brengen. In dit boek richten we de aandacht op de eerste doelstelling.

1.1. 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 populatieonderzoek haalbaar is (cf. o.a. Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Gronow, Haavio-Mannila, Kivinen, Lonkila & Rotkirch, 1997; Hubert, Bajos & Sandford, 1998; Haavio-Mannila & Kontula, 2001). Nederlandse onderzoeksvoorbeelden bevestigen dit. In 2006 vond voor een tweede maal een representatieve populatiestudie plaats naar seksuele gezondheid in Nederland (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Ook een tweede studie gericht op jongeren tot 25 jaar plaatst gegevens over seksuele gezondheid binnen deze leeftijdsgroep in de kijker (de Graaf, Kruijter, 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 borstkankeropsporing. 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.

Met de Sexpert-studie willen we dus tegemoetkomen aan een tekort aan wetenschappelijke gegevens. Tevens hopen we gegevens te kunnen aanbieden die gezondheidsdoelstellingen gericht op het bevorderen van de seksuele gezondheid kunnen helpen ontwikkelen. Seksuele gezondheid bevorderen en in 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 socioculturele factoren die met seksuele gezondheid kunnen samengaan.

1.2. 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 stakeholders¹ (i.e. actoren en organisaties die van dicht of van ver bij seksuele gezondheid betrokken zijn) te consulteren en bij het

1. Dit is een niet-exhaustieve lijst van stakeholders die betrokken zijn bij de studie Seksuele gezondheid in Vlaanderen: (1) de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin; (2) Sensoa (Vlaams expertisecentrum m.b.t. seksuele gezondheid en hiv); (3) Joetz (expert in gezondheids promotie bij jongeren); (4) het 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 – Uhasselt); (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 Huisartsengeneeskunde (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 bekkenbodemptherapeuten; (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.

onderzoek te betrekken. 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 uit dit onderzoeksproject kennis kunnen putten. De verzamelde gegevens moeten het immers mogelijk maken om binnen een Vlaamse seksuele gezondheidsdoelstelling en -strategie tot concrete interventies te komen en daarmee ook seksuele rechten verder te helpen promoten en beschermen, seksueel geweld en misbruik helpen tegen te gaan, te voorzien in informatieverstrekking en opleidingen, de verdere verspreiding van soa's te helpen tegengaan en seksuele problemen en disfuncties te helpen identificeren en behandelen.

1.3. Het maatschappelijke 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 et al., 1994). Vanuit 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 linken 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 met seksuele gezondheid te maken hebben, zijn omstreden of worden met sensatie in de media of in het maatschappelijke 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 het vlak van etniciteit, overtuigingen, seksuele oriëntatie, ...) die in onze Vlaamse samenleving aanwezig is.

2. Het ontwikkelen van de vragenlijst

Het ontwikkelen van een vragenlijst voor een onderzoek als Sexpert is een erg complex proces dat uit verschillende fasen bestaat. 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, doorlopen we de volgende verschillende fasen: een grondige literatuurstudie, de afname van focusgroeps gesprekken, het raadplegen van experts en het uitvoeren van een uitgebreide pilootstudie. De afname van focusgroeps gesprekken vond plaats bij personen uit de doelgroep zelf (mannen en vrouwen uit verschillende leeftijdsgroepen) en bij *'community experts'*. Deze laatste zijn personen die deel uitmaken van een specifieke gemeenschap (bv. holebi's), een specifieke etnische achtergrond hebben (in casu Turks of Marokkaans) en/of vanuit hun professionele ervaring vertrouwd zijn met het thema seksuele gezondheid.

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 populatiestudies in het buitenland. De verschillende partners² die deel uitmaken van Sexpert brengen ook elk hun kennis en expertise mee. Om thema's te identificeren, gaan we uit van reeds bestaande vragenlijsten, die we aan de Vlaamse context aanpassen. Zowel kwalitatief onderzoek als expertkennis vormen de input om de vragenlijst verder te verfijnen.

In de literatuurstudie beperken we ons enkel tot internationaal populatieonderzoek met betrekking tot seksuele gezondheid (zie Tabel 1). Enkel onderzoeken die zich op representatieve data baseren, kunnen immers 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 allemaal 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 verder voor het grootste deel uit blanken en omvatten dus weinig etnische diversiteit. Deze onderzoeken zijn een goed uitgangspunt 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 vooropstellen. Toch zijn ze tot op heden de beste internationale vergelijkingsbasis waarover we beschikken.

2. De verschillende uitvoerende partners van het Sexpert-onderzoek zijn de promotoren Prof. Dr. Paul Enzlin (Instituut voor familiale en seksuologische wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven), Prof. Dr. Ann Buysse (Vakgroep experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie, UGent), Prof. Dr. Mieke Van Houtte, Prof. Dr. John Lievens, Dr. Hans Vermeersch (Vakgroep sociologie, UGent) en Prof. en Dr. Guy T'Sjoen (Departement endocrinologie, Universitair Ziekenhuis Gent).

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, Kruijer & 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 het vlak van leeftijd, geslacht, opleiding en stedelijkheid. De respondenten werden via een internetpanel geworven. De responsrate bedroeg 20%.

Als een reactie op de aids crisis begin jaren negentig besteedden twee studies (één in Frankrijk en 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 tot seksuele gezondheid in kaart in Finland, Estland en Sint-Petersburg (Rusland) (Gronow et al., 1997; Haavio-Mannila & Kontula, 2001; Haavio-Mannila & Purhonen, 2001). In 1992 werden 2250 Finnen (van 18 tot 74 jaar) *face-to-face* geïnterviewd. Elke geïnterviewde vulde naast het vraaggesprek ook zelfstandig een vragenlijst in. In 1999 werden per post vragenlijsten opgestuurd. De onderzoekers verkregen op die manier 1496 ingevulde vragenlijsten terug van personen tussen 18 en 81 jaar (een respons van 46%). In Estland betreft het een representatieve sample van 1031 Estlanders en Russen tussen 15 en 74 jaar. De respons bedraagt in dit onderzoek 41% voor een steekproef op basis van nationale registers. De interviewers bezorgden de vragenlijst tot bij de respondenten, lieten die invullen en namen die weer mee. In Sint-Petersburg werd op basis van het stemregister een representatieve steekproef van 2081 mensen verzameld. De respons bedroeg 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 (NHSL, Laumann et al., 1994). Deze studie maakt gebruik van een aselecte steekproef bij 1410 mannen en 1749 vrouwen tussen 18 en 59 jaar en omvat een diversiteit aan thema's, zoals seksuele partners en netwerken, homoseksualiteit, het seksuele 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. Die omvat de antwoorden van 3159 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 Hongkong, voor een volwassen Chinese stedelijke populatie tussen 20 en 64 jaar. Hun vragenlijst is grotendeels gebaseerd op de Amerikaanse NHLS-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 van het gebruikte steekproefkader en de wijze van steekproeftrekking, verschillen in contactprocedures en bevragsingsmethode, verschillen in de opbouw en structuur van de vragenlijst en in specifieke vraagformuleringen, verschillen naargelang de socioculturele 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 die studies die we gebruikt hebben om tot een selectie van relevante seksuele gezondheidsindicatoren te komen.

In de bespreking van de resultaten zullen we vaak naar het Nederlandse onderzoek verwijzen, omdat dit het meest vergelijkbaar is wat de socioculturele context betreft en vanwege specifieke vraagitems, die we soms in hun identieke onvertaalde vorm overnamen. Daarnaast zullen we in de afzonderlijke hoofdstukken andere internationale bronnen rapporteren om toch een referentiekader aan te bieden. We merken wel op dat elke vergelijking met buitenlands onderzoek vanwege methodologische en socioculturele verschillen altijd beperkingen heeft. Om de Sexpert-vragenlijst aan de Vlaamse socioculturele context aan te passen, doorlopen we verder de volgende hieronder beschreven fasen.

2.2. De afname van focusgroepsgesprekken

Focusgroepsgesprekken lenen zich er uitstekend toe om specifieke thema's te exploreren en om processen van betekenisgeving bij specifieke homogene groepen na te gaan. De twee belangrijkste doelstellingen om deze focusgroepsgesprekken 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 tien focusgroepsgesprekken, telkens met mannen en vrouwen in een afzonderlijke groep. Zes focusgroepsgesprekken 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 nog vier focusgroepsgesprekken met personen met een Turkse of Marokkaanse etni-

Tabel 1. Overzicht van populatiestudies over seksuele gezondheid.

Studie	Monitor SRGZ	ACFS	NATSAL	NHLSLS	CHFLS	
Land	Nederland	Frankrijk	Engeland, Wales, Schotland	Finland	China	Sint-Petersburg
Auteurs	Wijsen & de Haas	Bajos & Bozon	Johnson, Mercer, Erens, Copas, McManus, Wallings, Fenton, Korovesis, Macdowall, Nanchahal, Purdon & Field	Gronow, Haavio-Mannila, Kivinen, Lonkila & Rødkirch	Laumann, Gagnon, Michael & Michaels	Haavio-Mannila & Kontula
Jaar	2011	2006	1999-2001	1992, 1999	1999-2000	
Taal	Nederlands	Frans	Engels	Fins	Chinees	Russisch
Steekproefkader	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 64j	Populatie op basis van kiesregister
N	8064	20100	11.161	2250 in 1992 en 1496 in 1999	3159	1031

sche achtergrond en met holebi's. Deze laatste zijn immers minderheidsgroepen waar we binnen Sexpert bijzondere aandacht aan besteden, gezien hun (mogelijke) kwetsbaarheid in termen van seksuele gezondheid.

De focusgroeps gesprekken genereren heel wat bruikbare informatie over hoe mensen tegenover dit onderzoek staan (hoe percipiëren respondenten 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 sluiten aan bij een persoonlijke leefwereld?), wat bij specifieke doelgroepen specifieke gevoeligheden zijn (bv. het vermijden van een strikt problematiserende benadering, het vermijden van negatieve stereotypen over bepaalde groepen, ...), hoe we potentiële respondenten kunnen motiveren om aan ons onderzoek deel te nemen (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 in dit onderzoek belangrijke hinderpalen kunnen zijn (bv. de moeilijkheid van het bevragen van minderjarige respondenten of mogelijke emotionele reacties bij respondenten die seksueel misbruik hebben meegemaakt, ...). De afname van focusgroeps gesprekken levert dus heel wat nuttige informatie op. Het genereert inzichten met betrekking tot het perspectief van de respondent: hoe ervaren mogelijke respondenten een onderzoek dat probeert om erg persoonlijke gegevens in kaart te brengen? De informatie die uit dergelijke gesprekken voortvloeit, stelt ons in staat om belangrijke inhoudelijke thema's te identificeren, een kwaliteitsvol meetinstrument te ontwikkelen en ethische en methodologische valkuilen te vermijden.

2.3. Participatorisch onderzoek

Een derde stap omvat het ontwikkelen van een participatorisch onderzoeksopzet. Dit betekent dat we door de verschillende fases van dit onderzoek heen, 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 regelmatig overlegplatforms. We spreken een zo breed mogelijke groep van mensen aan die in Vlaanderen betrokken zijn bij thema's die met seksuele gezondheid te maken hebben.³ 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). Zij verdedigen immers de belangen van diegenen die wetenschappelijk onderbouwde informatie nodig hebben om een doeltreffend beleid op af te stemmen. De stakeholders geven dus van bij het begin input op het verloop van dit onderzoek. Aangezien zij de eindgebruikers zijn, is het belangrijk dat het onderzoek afgestemd is op de vragen en noden die zij hebben.

3. Zie voetnoot 1.

Daarnaast betrekken we specifieke stakeholders met betrekking tot etnische en seksuele minderheden door ze uit te nodigen om aan de focusgroeps gesprekken deel te nemen (zie 2.2). Actoren die actief zijn in het holebiverenigingsleven 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 bij dit onderzoek ook Nederlandse academici die zich specifiek met seksuele gezondheid bezighouden.⁴

2.4. De constructie van een leesbare en betrouwbare vragenlijst

Sommige items nemen we letterlijk over uit reeds uitgevoerde populatiestudies, sommige items construeren we zelf en andere maken deel uit van reeds bestaande gestandaardiseerde schalen. De uitdaging bestaat erin een meetinstrument te ontwikkelen dat leesbaar en aanvaardbaar is voor respondenten, maar tegelijkertijd ook wetenschappelijk betrouwbaar en valide is. Bij het maken van een keuze tussen 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 in het uitgebreide meetinstrument overlap te vermijden 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 de 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 het Sexpert onderzoeksproject dragen specifieke onderzoekshypothesen en theoretische modellen aan. Op basis daarvan selecteren we fundamentele variabelen.

2.5. 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 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.

4. Zo hadden we contact met afgevaardigden van Rutgers WPF (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.

Bij de pilootstudie uitgevoerd door het Sexpert-onderzoeksteam zijn 52 respondenten betrokken uit verschillende leeftijdsgroepen (jongeren, volwassenen, 50-plus-sers), hoog en laag opgeleiden, personen met een Turkse en Marokkaanse origine en holebi's. De tweede test voert het marktonderzoeksbureau Significant zelf uit. Die bestaat erin dat in totaal tien respondenten, toevallig gespreid over verschillende leeftijdscategorieën en opleidingsniveaus, een testinterview ondergaan met de definitieve vragenlijst. Het doel is hier vooral de timing te controleren, de lay-out en de 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 willen we zicht krijgen op prevalentie- en incidentiecijfers van de seksuele gezondheid. Die zitten in de vragenlijst vevat als indicatoren. Daarnaast willen we nagaan in welke mate deze indicatoren van seksuele gezondheid (positieve en negatieve aspecten) samengaan met de voornaamste biologische, biomedische, psychologische, demografische en sociologische factoren. Die zitten op hun beurt in de vragenlijst vevat als correlaten.

De vragenlijst omvat onder andere de volgende indicatoren:

- ◆ gelijkwaardigheid in relaties
- ◆ seksuele voldoening
- ◆ toegang tot informatie en diensten
- ◆ seksueel gedrag en aantal seksuele partners tijdens de hele levensloop
- ◆ gebruik van condooms en andere anticonceptiva
- ◆ seksuele voorkeuren en opvattingen
- ◆ seksuele identiteit
- ◆ aantal bedoelde, gewenste, onbedoelde en ongewenste zwangerschappen, abortussen, bevallingen en adopties
- ◆ geschiedenis en huidig voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen
- ◆ geschiedenis van en huidige seksuele disfuncties, inclusief eventuele (psychologische) impact op de relatie
- ◆ geschiedenis van en huidige seksuele zorgen en problemen
- ◆ geschiedenis van en huidig seksueel misbruik en geweld
- ◆ geschiedenis en huidige ervaringen van discriminatie op basis van geslacht of seksuele minderheidsstatus

Biologische en biomedische correlaten omvatten onder andere:

leeftijd, geslacht, lengte, gewicht (BMI), fenotype, medische voorgeschiedenis en morbiditeit, huidig gebruik van medicijnen of drugs, hormonenwaarden, genetische markers voor hormoongevoeligheid, stressgevoeligheid

Psychologische correlaten omvatten onder andere:

persoonlijke kennis, (seksuele) overtuigingen, attitudes, doelstellingen, zelfwaardering, relationele competentie, relationele communicatie, relatietevredenheid, partnersteun

Sociologische en demografische correlaten omvatten onder andere:

sociale stressoren, stigmatisatie en discriminatie, geslacht, leeftijd, indicatoren van sociaal, economisch en cultureel kapitaal

In dit boek richten we onze aandacht op de indicatoren van seksuele gezondheid. We gaan na hoe positieve en negatieve aspecten van de seksuele gezondheid binnen de populatie in Vlaanderen verdeeld zijn, meer bepaald binnen specifieke groepen, zoals jongeren en ouderen. We staan echter eerst stil bij de methodologische aspecten en dataverzameling.

4. Data en methoden

4.1. Doelstellingen en kwaliteitsvoorwaarden

De centrale doelstelling bestaat erin om systematisch uitgebreide informatie te verzamelen over de seksuele gezondheid van Vlaamse mannen en vrouwen tussen 14 en 80 jaar oud. We willen tot een accuraat, actueel en gedetailleerd beeld van de seksuele gezondheid in Vlaanderen komen, en dit via een cross-sectioneel onderzoek bij een representatief staal uit de Vlaamse populatie (tussen 14 en 80 jaar oud).

Om uiteindelijk op het niveau van de volledige populatie uitspraken te kunnen doen, is het noodzakelijk dat we het onderzoek van A tot Z, van bij de constructie van de vragenlijst tot en met de statistische analyse en rapportering, aan een hele reeks van strenge kwaliteitsvoorwaarden onderwerpen.

Een belangrijke stap in deze integrale kwaliteitszorg is de steekproeftrekking. Om de steekproefschattingen achteraf naar de populatie te kunnen veralgemenen, met andere woorden via methoden van inductieve statistiek uitspraken te kunnen doen over de populatie of onderzoekspopulatie, is een rigoureuus steekproefdesign essentieel. Meer concreet gaan we uit van een (naar leeftijd gestratificeerde) representatieve toevalssteekproef. Het steekproefdesign en de gevolgde procedures worden in de volgende paragrafen meer in detail beschreven.

4.2. De steekproef

Uit de operationele onderzoekspopulatie, personen woonachtig in het Vlaamse Gewest, met de Belgische nationaliteit en met een leeftijd tussen 14 en 80 jaar, wordt via een tweetrapssteekproefdesign een steekproef getrokken.

In de eerste fase worden toevallig geografische eenheden geselecteerd. Die worden in dit onderzoek geoperationaliseerd op het niveau van de postcode. Het steekproef-

kader wordt gevormd door alle postcodes binnen het Vlaamse Gewest. In totaal zijn dit 525 postcodes. Uit de populatie van de postcodes wordt een aselechte steekproef, met teruglegging, getrokken van 240 steekproefclusters. De trekkingskans is proportioneel aan het inwonersaantal en de trekking met teruglegging impliceert dat in eenzelfde postcode verschillende steekproefclusters kunnen worden getrokken. Concreet heeft dit tot gevolg dat alle grote(re) steden in de steekproef vertegenwoordigd zijn en sommige zelfs meerdere keren (met meerdere steekproefclusters). In totaal wordt de steekproef zo over 240 clusters binnen 159 verschillende postcodes gespreid.

In de tweede fase wordt een naar leeftijdsgroep gestratificeerde toevalssteekproef van individuen getrokken, binnen elk van de geselecteerde steekproefclusters. De naar leeftijdsgroep gestratificeerde toevalssteekproef moet het mogelijk maken om de seksuele gezondheid binnen welbepaalde doelgroepen (jongeren en ouderen) specifiek te belichten. De steekproef dient meer concreet voor een derde uit 14-25-jarigen, voor een derde uit 26-49-jarigen en voor een derde uit 50-80-jarigen te bestaan.

De toevallig geselecteerde adressen werden via het Belgisch Rijksregister verkregen. Op 26 maart 2010 werd daartoe bij de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer een aanvraag ingediend tot het verkrijgen van toegang tot een steekproef van persoonsgegevens. De toelating werd verkregen na beraadslaging van de Commissie op 14 juli 2010 en de adressen werden aangeleverd op 1/10/2010.

Meer concreet werden per steekproefcluster 45 adressen (personen) toevallig getrokken, met in totaal 10.800 beschikbare adressen. Ruime oversampling leek aangewezen om latere tekorten door een tegenvallende respons of een hoog aantal onbereikbare/niet-inzetbare adressen uit te sluiten. Uit die 10.800 adressen werden in een eerste golf, op toevallige wijze, 4209 te bevragen personen getrokken (zie ook Buysse et al., 2013). Door 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 om administratieve redenen niet mogelijk was, putten we daarvoor uit de oorspronkelijke steekproef van 10.800 (meer concreet uit de 6591 resterende reserveadressen). Dit gebeurde op loutere toevalsbasis.⁵

De regionale spreiding van de geselecteerde steekproefclusters en van de uiteindelijk gerealiseerde steekproef is te zien in Figuur 1 (paragraaf 4.7.1). Aangezien de vragenlijst in het Nederlands is opgesteld, is het een vereiste dat elke benaderde respondent Nederlandstalig is. Bovendien weten we uit andere grootschalige Vlaamse surveyonderzoeken dat de responscijfers in Brussel en haar randgemeenten stelselmatig zo laag liggen, dat het erg moeilijk is om in die regio voldoende betrouwbare en bruik-

5. Er werd voor gekozen de regionale spreiding van deze 1400 extra 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.

bare data te verzamelen. Om die twee redenen wordt Brussel, met haar randgemeenten, niet in de steekproef opgenomen.

4.3. Benadering van respondenten

Voor de benadering van respondenten en de uitgewerkte contactprocedures maken we gebruik van de door Dillman (1978, 2000) beschreven Total Design Method, een internationaal veelvuldig getoetste methode voor benadering van respondenten in grootschalig surveyonderzoek, die er voornamelijk op is gericht de respons, medewerking en kwaliteit van de verkregen antwoorden te maximaliseren.

Via een door ons (de surveycoördinatie) zorgvuldig opgestelde introductiebrief en bijbehorende informatiefolder worden 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 naar Seksuele Gezondheid.

Tot driemaal toe tracht de interviewer persoonlijk aan huis contact te leggen met de respondent (eventueel na eerst een telefonische afspraak). Minstens één contactpoging gebeurt daarbij na 18u en minstens één contactpoging gebeurt tijdens het weekend. Indien na drie contactpogingen⁶ niemand thuis wordt aangetroffen, wordt een contactkaart achtergelaten met vermelding van de naam en het telefoonnummer van de interviewer. Indien op de contactkaart geen reactie komt, gaat de interviewer nog minstens éénmaal persoonlijk langs. Indien mogelijk legt de interviewer ook telefonisch contact.

Elke interview voert een systematische en permanente registratie van de resultaten van elk contact door binnen een CAPI-omgeving (Computer Assisted Personal Interviewing), via een gestandaardiseerd formulier en met gedetailleerde contactcodes.

4.4. Voorbereiding van de dataverzameling

4.4.1. *Training van de interviewers*

De interviewers vormen 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 de bevraging zelf op een kwaliteitsvolle manier uitvoeren. Naast de verschillende procedures voor de contactname, het gebruik van adressen en de permanente opvolging en eventuele bijsturing van hun werk (zie verder) is een degelijke selectie en training van interviewers onontbeerlijk.

6. Met een contactpoging wordt een poging bedoeld om met een respondent in contact te komen. Het betreft niet noodzakelijk een effectief contact.

Alle interviewers die op de studie werken, dienen eerst een grondige en intensieve training te volgen, in overeenstemming met hun ervaringsniveau. De inhoud van de trainingen wordt bepaald door de opdrachtgever, die telkens ook aanwezig is. Tijdens de training gaat aandacht naar het gebruik van het contactformulier, het gebruik van de vragenlijst in een CAPI(Computer Assisted Personal Interviewing)- en CASI(Computer Assisted Self Interviewing)-omgeving, de afname van een speekselstaal bij de respondent, het overtuigen van respondenten tot deelname (rekening houdend met de specificiteit en gevoeligheid van het onderwerp en rekening houdend met de specifieke context waarin elk interview plaatsvindt) en tot slot het kwaliteitsvol afnemen van een interview.

4.4.2. *Face-to-face-bevraging via CAPI en CASI*

De bevraging bestaat uit een face-to-face-interview (mondeling interview bij de respondent thuis), gecombineerd met een gedeelte zelfrapportering, waarbij het gaat om het peilen naar de meer gevoelige gegevens en een afname van een speekselstaal bij de respondent.

Gegeven het opzet van dit onderzoek is een mondelinge, face-to-face-bevraging noodzakelijk. Ten eerste is de omvang van de vragenlijst te groot om met een volledige schriftelijke vragenlijst te werken. Methodologische studies wijzen uit dat respondenten bereid zijn om meer tijd (maximaal 60-75 minuten) te besteden aan een mondelinge, face-to-face-bevraging dan aan een schriftelijke vragenlijst (30 tot 40 minuten) (o.a. Berdie, 1973; Sharp & Frankel, 1983; Bogen, 1996).

De gemiddelde duurtijd voor het interview zelf (geen rekening houdend met de tijd nodig voor de afname van enkele speekselstalen, waarover verderop meer) bedraagt 84 minuten (mediaan = 81 minuten) (Tabel 2). Inclusief de afname van speekselstalen duurde het bezoek van een interviewer gemiddeld 90 minuten.

Tabel 2. Gemiddelde duurtijd van een interview.

	Duurtijd interview (in minuten)
Gemiddelde	84
Standaardafwijking (SD)	22.89
Mediaan	81
Minimum	36
Maximum	244

De tweede reden voor onze keuze voor een computergestuurde face-to-face-bevraging is de aanwezigheid van verschillende complexe filters in de vragenlijst. Om de omvang van vragenlijst per respondent tot het redelijk haalbare te kunnen beperken, zijn diverse filtervragen opgenomen die afhankelijk van het gegeven antwoord andere vervolgvragen doen verschijnen. Hiervoor wordt een CAPI- en CASI-

omgeving gebruikt, waarbij de interviewer of respondent de vragen op een laptop bij de respondent thuis te zien krijgt en de antwoorden onmiddellijk kan registreren. De CAPI- en CASI-omgeving is zo geprogrammeerd dat de routing van vraag naar vraag automatisch gebeurt, zonder dat dit het interviewproces verstoort. Extra voordelen van het mondelinge interview zijn de hogere respons dan bij schriftelijke bevestigingen (wat de representativiteit van de onderzoeksresultaten maximaliseert) en de lagere item non-respons (ontbrekende informatie per vraag).

In het CAPI-gedeelte komen alle minder gevoelige vragen (persoonlijke achtergrondkenmerken, tijdsbesteding, ...) aan bod. In het CASI-gedeelte, bedoeld voor de meer gevoelige vragen (met name alle seksuele gezondheidsindicatoren), kunnen 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 bestaat erin dat respondenten niet genoodzaakt zijn om gevoelige informatie aan de interviewer toe te vertrouwen.

4.4.3. *Afname van een speekselstaal*

Op het einde van het interview wordt tijd voorzien voor het afstaan van speekselstalen door de respondent, om op basis daarvan hormoonwaarden (testosteron en cortisol) en androgeengevoeligheid te kunnen bepalen.

Volgens een getoetste procedure worden volledige en onbewerkte speekselstalen verzameld. Er wordt gekozen voor afname van speekselstalen, aangezien dit een eenvoudige en voor de respondenten weinig invasieve methode is in vergelijking met, bijvoorbeeld, de afname van bloedstalen. Deze bepaling krijgt dan ook in toenemende mate de voorkeur voor studies of voor afnames thuis.

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. Om te verifiëren of in speeksel wel degelijk de 'vrije' fractie gemeten wordt, werden bij mannelijke en vrouwelijke vrijwilligers beide bepalingen 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 (cf. formule 1) en goed voor cortisol (cf. formule 2), waarbij lagere waarden in speeksel versus bloed worden gemeten en aangepaste referentiewaarden voor speeksel dus aangewezen zijn voor 'vrij' cortisol.

Testosteron: $\text{speeksel} = 0.72 + 0.99 \times \text{bloed}$

Cortisol: $\text{speeksel} = -0.07 + 0.75 \times \text{bloed}$

Androgeengevoeligheid wordt gemeten aan de hand van een analyse op het aantal zogenaamde CAG-repeats in het DNA van het speeksel. Het aantal 'herhalingen'

van deze genetische codes bepaalt namelijk de gevoeligheid van de androgeenreceptor (Sleddens, Oostra, Brinkmann & Trapman, 1992).

De interviewer bewaart de (geanonimiseerde) speekselstalen op een zorgvuldige manier, door middel van het door het Sexpert-team daartoe voorziene (koel)materiaal. Het Sexpert-team zorgt vervolgens zelf voor het ophalen van de stalen bij de interviewer thuis. Alle stalen worden dan bij een temperatuur van -80°C bewaard in het laboratorium van de Klinische Biologie van het Universitair Ziekenhuis Gent. De analyse en verwerking van de geanonimiseerde speekselstalen gebeurt door een medisch team (onder leiding van prof. dr. Guy T'Sjoen, departement Endocrinologie/Centrum voor Seksuologie, UZGent). De hormonale analyses worden uitgevoerd door het labo Hormonologie van het UZ Gent, de genetische analyses gebeuren door het labo voor Farmaceutische Biotechnologie van de Faculteit Farmaceutische Wetenschappen.

4.5. Permanente opvolging van het veldwerk

Het marktonderzoeksbureau staat 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 wordt permanent en systematisch opgevolgd en waar nodig vanuit de surveycoördinatie bijgestuurd. De investering in kwaliteitsbewaking bij het verzamelen van de gegevens in deze studie vormt het sluitstuk van de inbedding in een proces van integrale kwaliteitszorg, wat moet leiden tot gegevens die beantwoorden aan de meest strikte eisen van methodologische kwaliteit en rigiditeit. Alle stappen die ondernomen worden om op een kwaliteitsvolle wijze de dataverzameling te realiseren, moeten bovendien steeds de huidige regelgeving m.b.t. de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in acht nemen. De concrete maatregelen ter beveiliging van de persoonsgegevens en biologische stalen (speekselstalen) worden in een reglement omstandig beschreven.

Een meer uitgebreide toelichting bij de permanente opvolging van het veldwerk en het proces van integrale kwaliteitszorg is te vinden in het rapport met basisgegevens (Buysse et al., 2013).

Minstens wekelijks wordt het algemene verloop van het veldwerk door de surveycoördinatie (vanuit het Sexpert-team) grondig doorgelicht en geëvalueerd. Het marktonderzoeksbureau bezorgt daartoe aan de surveycoördinatie wekelijks een bestand met gedetailleerde informatie over de actuele staat (adres van de respondent, identificatie interviewer, datum van activering, datum laatste contact, gerealiseerde contactcode, ...).

Tijdens de dataverzameling worden de interviewers verder minstens twee keer grondig individueel geëvalueerd. Dit gebeurt na drie en na twintig gerealiseerde interviews. Deze grondige evaluatie van de kwaliteit van het geleverde werk omvat zowel

een controle van het respect voor procedures als een evaluatie van de inhoudelijke kwaliteit van de doorgestuurde interviews en contactbladen. Pas na een positieve evaluatie na de eerste drie interviews kan de interviewer verder werken. Enkel interviewers die uitstekend werk leveren, kunnen meer dan twintig interviews realiseren. In totaal hebben aan het onderzoek 91 interviewers meegewerkt, met gemiddeld genomen 39 actieve interviewers per maand.⁷

Voor elk afgenomen interview wordt daarnaast gecontroleerd of de ingevulde geboortedatum overeenstemt met de geboortedatum zoals vermeld in het adressenbestand getrokken uit het Rijksregister. Na afloop van elk interview wordt aan de respondent bovendien een bedankingsbrief en een antwoordkaartje bezorgd. Door middel van dit (door de respondent terug te sturen) antwoordkaartje wordt in de eerste plaats de identiteit van de respondent en het correcte verloop van het interview en de contactprocedures gecontroleerd. Het marktonderzoeksbureau krijgt hierover eveneens wekelijks feedback.

Tot slot voert ook het marktonderzoeksbureau zelf nog extra telefonische controles uit op een steekproef van de adressen. Deze telefonische controles omvatten zowel een controle op gerealiseerde interviews (verloop van het interview, respect voor afgesproken procedures, ...) als een controle op weigeringen.

4.6. Afwerking dataset en voorbereiding analyses

De totale doorlooptijd van het veldwerk, inclusief een periode waarin herbenaderingen plaatsvonden, bedraagt 384 dagen (startdatum: 3/02/2011; einddatum: 21/02/2012).

In Tabel 3 geven we een overzicht van de definitieve responscodes. Links staan de percentages berekend op alle gebruikte adressen en rechts worden de niet-inzetbare adressen en de niet-gevalideerde interviews buiten beschouwing gelaten.

In totaal blijkt 15% van de adressen niet inzetbaar te zijn. De belangrijkste redenen voor niet-inzetbaarheid zijn: een definitieve taalbarrière, waardoor het interview niet kon worden afgenomen, ziekte/een handicap bij de respondent of de respondent was verhuisd (nieuw adres niet gekend).

Op 33% van alle ingezette adressen kon een interview worden gerealiseerd. Dat komt neer op ongeveer 38% van alle bruikbare adressen. Vooral het grote aantal weigeringen valt op: voor maar liefst 48% van alle ingezette adressen wordt als finaal resultaat een weigering opgetekend (dat komt neer op meer dan de helft, namelijk 56%, van alle inzetbare adressen). Expliciete weigeringen of weigeringen vanwege het onderwerp komen daarbij het meeste voor. Naast deze expliciete weigeringen resulteert 12% van alle gebruikte adressen of 14% van alle inzetbare adressen in een weigering via uitvlucht of een 'zachte weigering'.

7. Bij de start van het veldwerk werden er 63 interviewers ingezet (maximum aantal, behaald in de maand februari 2011), in de laatste fase (januari-februari 2012) waren er nog 20 actieve interviewers.

Na afronding van de dataverzameling wordt de dataset klaargemaakt voor analyse. In deze fase worden allereerst de persoonsgegevens verwijderd, zodat het onmogelijk wordt om af te leiden van wie de antwoorden afkomstig zijn. Daarnaast valideren we de dataset⁸: er gebeurt een laatste controle op de identiteit van de respondenten (werden de correcte personen geïnterviewd?) en dit op basis van geboortedatum, geslacht, telefonische controles en de door de respondenten teruggestuurde antwoordkaartjes.

Nadien wordt de dataset onderworpen aan een uitgebreide datacleaning: een controle op onmogelijke antwoorden en onmogelijke antwoordcombinaties, de codering van open antwoorden, inclusief de open antwoorden gerapporteerd in de rest-categorie 'andere'.

Tabel 3. 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	1.832	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 vanwege het onderwerp	547	9.8%	547	11.4%
Weigering via uitvluchten	676	12.1%	676	14.1%
Weigering vanwege het geslacht van de interviewer	1	0.0%	1	0.0%
Weigering vanwege 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)	5.609	100.0%	4.805	100.0%

8. In totaal werden 39 van de oorspronkelijk 1871 gerealiseerde interviews niet gevalideerd, wat uiteindelijk een gerealiseerde steekproef bestaande uit 1832 (ongewogen) cases opleverde.

Vervolgens wegen we de dataset op basis van beschikbare populatiegegevens, meer concreet de verdeling naar opleidingsniveau, geslacht en leeftijdsgroep (gecombineerd). In de gerealiseerde steekproef zijn jongeren (14-24) bijvoorbeeld sterk oververtegenwoordigd. Deze oververtegenwoordiging komt overeen met onze verwachtingen, aangezien we uitgaan van een naar leeftijd gestratificeerde toevalssteekproef.⁹ Dat de oudste groep (50-80) toch nog is ondervertegenwoordigd, heeft echter te maken met selectieve non-respons, of het feit dat er, zoals in andere grootschalige bevestigingen in Vlaanderen, een zekere systematiek schuilgaat achter de weigeringen om aan onderzoek deel te nemen. Op basis van de gekende populatieverdelingen kunnen we zo vaststellen dat er sprake is van een ondervertegenwoordiging van lager opgeleiden en van de oudste leeftijdsgroepen. Dat is ook wat we konden verwachten op basis van andere grootschalige surveyonderzoeken in Vlaanderen.

Om voor deze onder- en oververtegenwoordiging te compenseren, wegen we de gerealiseerde steekproef, zodat hij de relatieve verdeling naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau in de volledige Vlaamse populatie perfect weerspiegelt. Dit betekent bijvoorbeeld dat vrouwen tussen 50-80 jaar oud en lager opgeleid, meer doorwegen in de berekeningen omdat zij in de gerealiseerde steekproef minder vaak werden teruggevonden dan we louter op basis van toeval mochten verwachten. Het volledige overzicht van de weegprocedure is te vinden in het rapport met de basisgegevens (Buysse et al., 2013). De weegcoëfficiënten worden weergegeven in Tabel 4.

Verder worden, ter voorbereiding van de analyses, ook nog samengestelde variabelen gecreëerd.

9. We bouwden op voorhand in dat bepaalde leeftijdsgroepen zouden worden oververtegenwoordigd, gegeven hun werkelijke aandeel in de Vlaamse bevolking, om zeker te zijn van een voldoende grote steekproef binnen die subgroep. Meer concreet zorgden we ervoor dat jongeren (14-24) en ouderen (50-80) precies één derde uitmaakten van het steekproefkader.

Tabel 4. Overzicht van reële (berekenende) en effectieve (afgetopte) weegcoëfficiënten.

Geslacht	Leeftijd	Diploma	Sexpert- steekproef (aantal)	Vlaanderen (aantal)	Sexpert- steekproef (%)	Vlaanderen (%)	Vershil (%)	Sexpert- steekproef verwacht (aantal)	Weegcoëfficiënt reëel (berekend)	Weegcoëfficiënt effectief (afgeopt)
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
		geen/LO	2	7036	0.1%	0.1%	0.0%	3	1.27	1.27
man	20-24	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
		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
man	25-34	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
		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
man	35-44	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
		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
		HSO	62	182740	3.4%	3.6%	-0.2%	66	1.06	1.06
		NUHO	38	87585	2.1%	1.7%	0.3%	32	0.83	0.83
man	45-54	HO	10	55192	0.5%	1.1%	-0.5%	20	1.99	1.99

Geslacht	Leeftijd	Diploma	Sexpert- streekproef (aantal)	Vlaanderen (aantal)	Sexpert- streekproef (%)	Vlaanderen (%)	Vershil (%)	Sexpert- streekproef verwacht (aantal)	Wegcoëfficiënt reël (berekend)	Wegcoëfficiënt effectief (afgeopt)
man	55-64	geen/LO	9	77875	0.5%	1.5%	-1.0%	28	3.12	3.00
		LSO	26	90328	1.4%	1.8%	-0.4%	33	1.25	1.25
		HSO	35	117746	1.9%	2.3%	-0.4%	43	1.21	1.21
		NUHO	35	63863	1.9%	1.3%	0.7%	23	0.66	0.66
		HO	14	44293	0.8%	0.9%	-0.1%	16	1.14	1.14
	65-74	geen/LO	16	100206	0.9%	2.0%	-1.1%	36	2.26	2.26
		LSO	12	58404	0.7%	1.2%	-0.5%	21	1.76	1.76
		HSO	17	65380	0.9%	1.3%	-0.4%	24	1.39	1.39
		NUHO	8	30377	0.4%	0.6%	-0.2%	11	1.37	1.37
		HO	6	20539	0.3%	0.4%	-0.1%	7	1.24	1.24
man	75-80	geen/LO	4	56585	0.2%	1.1%	-0.9%	20	5.11	3.00
		LSO	9	24619	0.5%	0.5%	0.0%	9	0.99	0.99
		HSO	7	26704	0.4%	0.5%	-0.1%	10	1.38	1.38
		NUHO	0	12186	0.0%	0.2%	-0.2%	4	-	1.00
		HO	1	8274	0.1%	0.2%	-0.1%	3	2.99	2.99
		geen/LO	1	29959	0.1%	0.6%	-0.5%	11	10.82	3.00
		LSO	28	121867	1.5%	2.4%	-0.9%	44	1.57	1.57
vrouw	14-19	HSO	97	60959	5.3%	1.2%	4.1%	22	0.23	0.33
		NUHO	49	240	2.7%	0.0%	2.7%	0	0.00	0.33
		HO	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0	-	1.00
		geen/LO	0	7854	0.0%	0.2%	-0.2%	3	-	1.00
		LSO	11	12788	0.6%	0.3%	0.3%	5	0.42	0.42
	20-24	HSO	34	105019	1.9%	2.1%	-0.2%	38	1.12	1.12
		NUHO	88	37719	4.8%	0.7%	4.1%	14	0.15	0.33
		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

Gelacht	Leeftijd	Diploma	Sexpert- steekproef (aantal)	Vlaanderen (aantal)	Sexpert- steekproef (%)	Vlaanderen (%)	Vershil (%)	Sexpert- steekproef verwacht (aantal)	Wegcoëfficiënt reëel (berekend)	Wegcoëfficiënt effectief (afgeopt)
vrouw	35-44	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
		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
		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
vrouw	45-54	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
		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
		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
vrouw	65-74	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
		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

Geslacht	Leeftijd	Diploma	Sexpert- steekproef (aantal)	Vlaanderen (aantal)	Sexpert- steekproef (%)	Vlaanderen (%)	Verschild (%)	Sexpert- steekproef verwach (aantal)	Weegcoëfficiënt reël (berskend)	Weegcoëfficiënt effectief (afgetopp)
		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^a	5061570				1828		

a. Voor vier van de 1832 respondenten 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 gerealiseerde steekproef op 1832 en het totale aantal na weging op 1825. $\chi^2(78) = 61335.23$; $p < .001$

4.7. Beschrijving van de steekproef aan de hand van de belangrijkste sociodemografische, psychologische en biomedische kenmerken

Ter beschrijving van de gerealiseerde steekproef geven we een overzicht van steekproefverdelingen van de belangrijkste sociodemografische, psychologische en biomedische kenmerken of correlaten.

4.7.1. Sociodemografische kenmerken

Figuur 1 toont de regionale spreiding van de gerealiseerde steekproef, of meer concreet de behaalde (bruto)respons per geselecteerde postcode. In de onderstaande tabel (Tabel 5) geven we de verdeling weer naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, partnerstatus, burgerlijke staat, gezinssamenstelling en de mate waarin men sociale steun ontvangt. Sociale steun werd geoperationaliseerd op basis van een schaal bestaande uit vijf items (gebaseerd op Agneessens, Waeghe & Lievens, 2006).

Aangezien de steekproef gewogen werd naar de verdeling in de populatie van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (gecombineerd), is de verdeling van deze drie kenmerken analoog aan de verdeling in de Vlaamse populatie (14 tot 80 jaar oud).

Ongeveer de helft van de steekproef (49.4%) bestaat uit gehuwde personen en nog eens een kwart heeft naar eigen zeggen een partner. Drie vierde (77.4%) bevindt zich met andere woorden in een partnerrelatie op het moment van de bevraging.

We vinden een relatief grote groep terug die inwoont bij de ouders of alleen woont (30%). We startten de bevraging dan ook bij jongeren vanaf 14 jaar. Nog eens een derde van de steekproef woont samen met een partner, maar zonder kinderen, en nog eens een derde woont samen met minstens één kind. Tot slot geeft de meerderheid (80%) van de respondenten aan matig tot veel sociale steun te ontvangen.



Figuur 1. Geselecteerde postcodes, met per postcode het (bruto)responscijfer (aantal effectief bevroegde respondenten/aantal geactiveerde adressen in die postcode).

Tabel 5. Beschrijving steekproef: overzicht van de belangrijkste socio-demografische kenmerken.

	Verdeling in de gerealiseerde, gewogen, steekproef (N=1825)	
	N	%
Totaal	1825	
Geslacht		
Man	909	49.8%
Vrouw	916	50.2%
Leeftijd		
14-17	135	7.4%
18-29	358	19.6%
30-39	287	15.7%
40-49	336	18.4%
50-64	434	23.8%
65-80	277	15.2%
Opleidingsniveau		
Geen/Lager Onderwijs	232	12.7%
Lager Secundair Onderwijs	363	19.9%
Hoger Secundair Onderwijs	672	36.8%
Niet-Universitair Hoger Onderwijs	400	21.9%
Universitair Hoger Onderwijs	159	8.7%
Partnerstatus		
Met partner	1413	77.4%
Zonder partner	412	22.6%
Burgerlijke staat		
Ongehuwd en nooit gehuwd geweest/nooit samengewoond met een partner	449	24.6%
Gehuwd	902	49.4%
Weduwnaar of weduwe/partner is overleden	77	4.2%
Wettelijk gescheiden	126	6.9%
Feitelijk gescheiden/niet meer samenwonend	35	1.9%
(Feitelijk of wettelijk) samenwonend met mijn partner	223	12.2%
Andere	15	0.8%
Gezinssituatie/Samenstelling huishouden		
Inwonend bij ouders of alleenstaand	549	30.1%
Samenwonend, geen kinderen	586	32.1%
Alleenstaand/samenwonend, jongste kind <= 6j	232	12.7%
Alleenstaand/samenwonend, jongste kind tussen 7 en 17j	296	16.2%
Alleenstaand/samenwonend, jongste kind > 18j	161	8.8%
Sociale steun		
Weinig	354	19.4%
Matig	920	50.4%
Veel	551	30.2%

4.7.2. Biomedische kenmerken

4.7.2.1. Gezondheidsindicatoren

Tabel 6. Beschrijving steekproef: overzicht van de belangrijkste gezondheidsindicatoren.

	Verdeling in de gerealiseerde, gewogen, steekproef (N=1825)					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Totaal	1825		909		916	
BMI (kg/m²)						
Ondergewicht (<18.5)	85	4.7%	29	3.2%	56	6.1%
Normaal gewicht (18.5-25)	933	51.1%	436	48%	497	54.2%
Overgewicht (25-30)	570	31.3%	329	36.2%	243	26.5%
Obesitas (>30)	235	12.9%	115	12.6%	120	13.1%
Roken						
Huidige rokers	482	26.4%	267	29.4%	215	23.4%
Ex-rokers	411	22.5%	250	27.5%	161	17.6%
Niet-rokers	932	51.1%	391	43.1%	540	59.0%
Alcoholgebruik (gemiddelde week + weekend)						
Geen	384	22.3%	136	16.1%	247	28.2%
Aanvaardbaar gebruik	1152	66.9%	588	69.6%	563	64.3%
Problematisch gebruik ^a	186	10.8%	121	14.3%	65	7.5%
Medicatiegebruik afgelopen maand						
Slaapmedicatie	144	7.9%	52	5.7%	93	10.1%
Antidepressiva	108	5.9%	29	3.2%	79	8.6%
Kalmeer middelen	95	5.2%	35	3.8%	60	6.5%
Hormonale medicatie	292	16.0%	4	0.4%	288	31.4%
Medische aandoeningen						
Bloeddrukproblemen/hart- en vaatziekten	333	18.2%	164	18%	169	18.4%
Aandoeningen van het bewegingsstelsel	332	18.2%	155	17.1%	177	19.3%
Andere aandoeningen	290	15.9%	145	16%	144	15.8%
Aandoeningen van maag, darmen, lever of galblaas	216	11.8%	94	10.4%	122	13.3%
Aandoeningen van longen/luchtwegen	159	8.7%	74	8.2%	85	9.2%
Vrouwenziekten, borstaandoeningen of -ingrepen			Nvt	Nvt	152	16.6%
Suikerziekte, schildklier- en bijschildklier-aandoeningen	136	7.4%	41	4.6%	94	10.3%
Aandoeningen van nier, blaas, penis, prostaat en teelbal			132	14.6%	nvt	nvt
Aandoeningen van zenuwstelsel/migraine	128	7%	39	4.2%	89	9.7%

Tabel 6. Beschrijving steekproef: overzicht van de belangrijkste gezondheidsindicatoren. (vervolg)

	Verdeling in de gerealiseerde, gewogen, steekproef (N=1825)					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Huid- en haaraandoeningen	89	4.9%	33	3.6%	56	6.1%
Aandoeningen van nier/blaaas			Nvt	Nvt	70	7.7%
Kanker	65	3.5%	26	2.8%	39	4.3%
Hormonale aandoeningen	23	1.2%	4	0.5%	18	2.0%
Bloedziekten	13	0.7%	5	0.5%	8	0.9%
Niveau van matige/zware fysieke activiteit						
Geen matige/zware fysieke activiteit	365	20.0%	152	16.8%	213	23.2%
1-2 dagen per week	304	16.7%	140	15.5%	163	17.9%
3-5 dagen per week	611	33.5%	327	36.0%	286	31.2%
6-7 dagen per week	545	29.8%	289	31.8%	255	27.8%
Voldoen aan gezondheidsnorm (5 tot 7 x 30 min. matige of fysieke activiteit/week)	728	42.1%	389	45.8%	329	38.3%

- a. Een problematisch gebruik werd gedefinieerd als meer dan 21 eenheden alcohol per week voor mannelijke respondenten en meer dan 14 eenheden alcohol per week voor vrouwelijke respondenten.

Inzake gezondheidsindicatoren kunnen we stellen dat onze steekproef representatief is voor de Belgische populatie. Het gemiddelde BMI van personen in onze steekproef bedraagt 24.6 kg/m², met andere woorden: gemiddeld genomen hebben de personen in onze steekproef een normaal gewicht. Niettemin heeft 44% van de steekproef een BMI hoger dan 25 kg/m² en dus overgewicht. Deze cijfers zijn analoog aan de cijfers van de Belgische Gezondheidsenquête van 2008, waar een gemiddeld BMI van 25.3 werd gevonden bij personen ouder dan 18 jaar en 47% als te zwaar werd benoemd (Van der Heyden et al., 2008).

Analoog aan wat in de Belgische Gezondheidsenquête 2008 werd gerapporteerd, vinden we dat 26% van de personen uit de steekproef rookt (25% in Belgische Gezondheidsenquête), iets meer dan de helft heeft nooit gerookt en 23% heeft vroeger gerookt, maar is intussen gestopt (Gisle et al., 2008).

Wat alcoholgebruik betreft, zien we dat, conform de Belgische gezondheidsenquête (Gisle et al., 2008), ongeveer één op tien van de personen in onze steekproef een problematisch alcoholgebruik rapporteert. Dit problematische gebruik ligt, analoog aan het Belgische rapport, hoger bij de mannen dan bij de vrouwen.

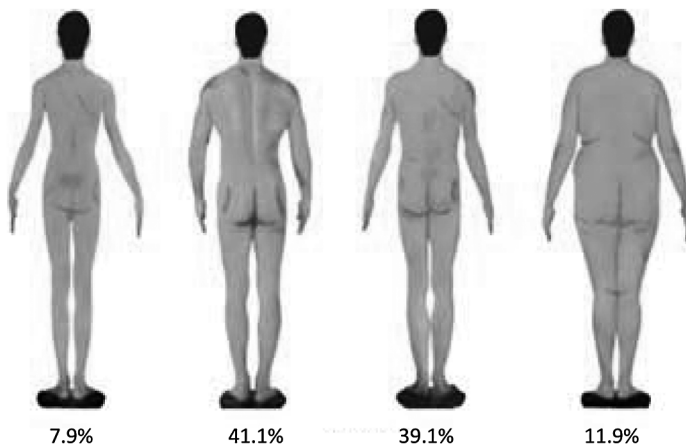
In totaal geeft 12% van de totale steekproef aan de afgelopen maand één of meerdere psychotrope geneesmiddelen (slaapmiddelen, kalmeermiddelen, antidepressiva) te hebben gebruikt. Dit percentage is analoog aan de Belgische Gezondheidsenquête van 2008, waar 15% aangaf de afgelopen twee weken één of meerdere psychotrope geneesmiddelen te hebben gebruikt (Van der Heyden et al., 2008).

Ongeveer de helft (49%) van de personen in onze steekproef ervaart één of meerdere medische aandoeningen. Dit cijfer ligt een stuk hoger dan in de Belgische gezondheidsenquête van 2008. Daar werden echter enkel langdurige ziekten, aandoeningen en handicaps bevraagd en bekwam men een percentage van 27% (Van der Heyden et al., 2008).

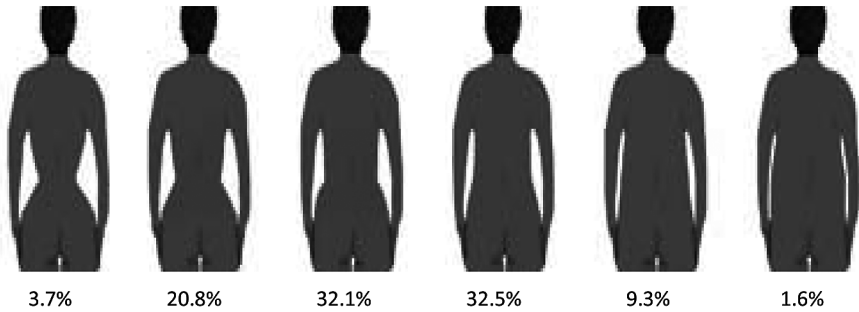
De norm voor fysieke gezondheid stelt dat men bijna elke dag van de week 30 minuten moet bewegen om gezond te zijn en te blijven. 42.1% van de personen in onze steekproef beantwoordt aan deze gezondheidsnorm (vijf tot zeven dagen per week minimaal 30 minuten bewegen). Dit cijfer is gelijk aan de 38% die in de Belgische gezondheidsenquête werd gevonden (Gisle et al., 2008).

4.7.2.2. Fenotypische kenmerken

Om de fenotypische kenmerken van respondenten te kennen, werd hen gevraagd om de figuur aan te duiden die qua lichaamsbouw, lichaamsbehaaring en hoofdbehaaring het beste bij hen past (zie somatotypes van Sheldon in Dixson, Dixson, Bishop & Parish, 2010 en Hamilton Norwood Scale in Norwood, 1975). In Figuur 2 is de verdeling van de steekproef te zien naargelang zelfgetypeerde lichaamsbouw bij mannen. De zogenaamde mesomorfische types (zwarte botten en sterke spieren, type 2 in de rij) en de types met een normale lichaamsbouw (type 3 in de rij) worden het vaakst gerapporteerd. Ongeveer één op acht mannen typeert zichzelf als endomorfisch (ronde vormen, hoger gewicht, type 4), de rest beschouwt zichzelf als ectomorfisch (smalle bouw met tere botten, type 1). In Figuur 3 is de verdeling te zien bij de vrouwen. Ook daar rapporteert de meerderheid een ‘normale’ taille-heupratio (types 3 en 4 in de rij, samen 64.6%). Eén vierde rapporteert een smalle taille-heupratio (types 1 en 2), terwijl ongeveer één op tien vrouwen zichzelf typeert met een brede taille-heupratio (types 5 en 6).

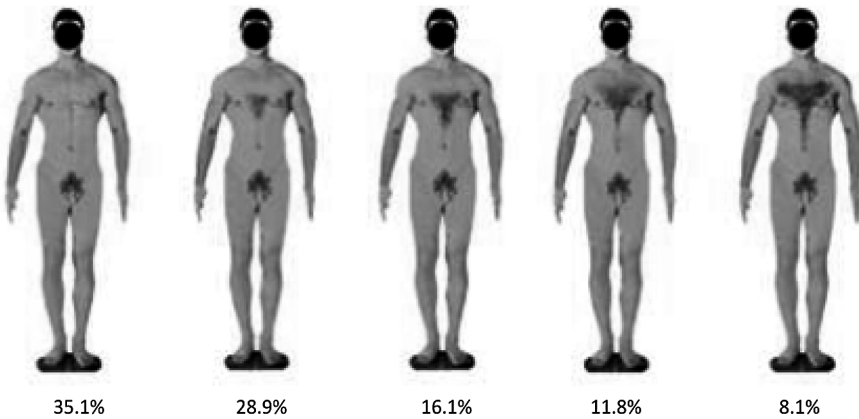


Figuur 2. Zelfgetypeerde lichaamsbouw in de gewogen mannelijke steekproef.

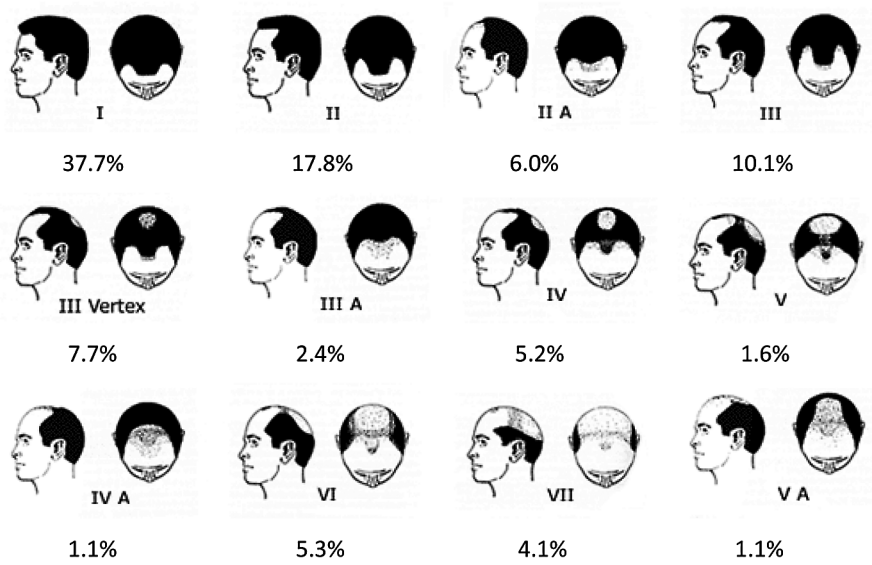


Figuur 3. Zelfgetypeerde lichaamsbouw in de gewogen vrouwelijke steekproef.

Inzake lichaamsbeharing zien we in Figuur 4 dat mannen zich vaker identificeren met de types met weinig tot geen lichaamsbeharing (35.1% voor type 1 en 28.9% voor type 2) dan met de types met veel lichaamsbeharing. Op het vlak van hoofdbeharing zien we dezelfde scheve verdeling (Figuur 5, p. 30): de meerderheid van de mannen geeft aan weinig tot geen enkele vorm van alopecie (kaalheid) te ervaren (37.7% voor type 1, 17.8% voor type 2). De verschillende vormen van alopecie, variërend van weinig kaalheid tot zeer sterke kaalheid, worden met wisselende frequenties gerapporteerd.



Figuur 4. Zelfgetypeerde lichaamsbeharing in de gewogen mannelijke steekproef.



Figuur 5. Zelfgetypeerde alopecie in de gewogen mannelijke steekproef.

4.7.2.3. Hormoonwaarden (testosteron en cortisol) en androgeengevoeligheid (CAG)

Naast de bovenstaande gezondheidsindicatoren en fenotypes kunnen we in onze steekproef ook de verdeling bekijken van het geslachtshormoon testosteron en het stresshormoon cortisol enerzijds en de gevoeligheid voor testosteron anderzijds (het aantal CAG-repeats). Deze waarden werden opgemeten aan de hand van een speekselstaal (cf. *supra*).

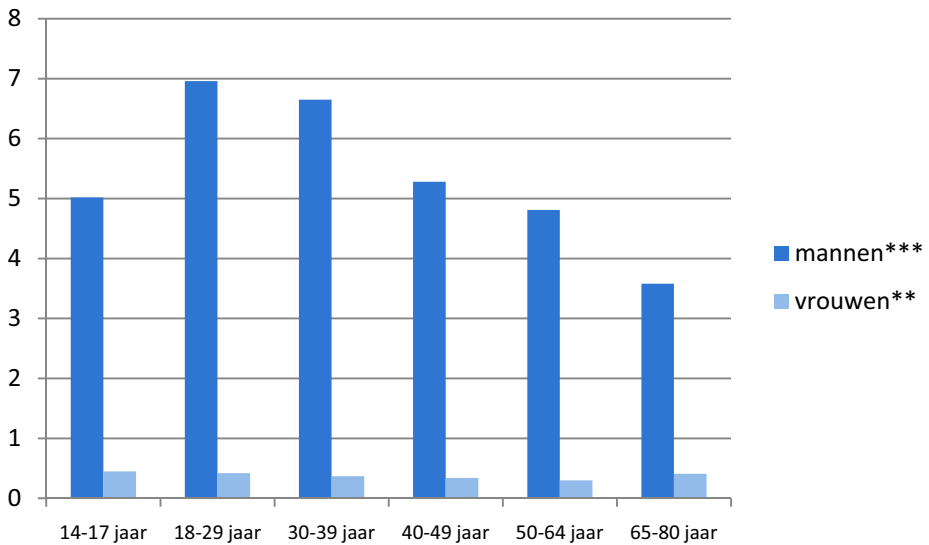
Tabel 7. Beschrijving steekproef: verdeling van testosteron (ng/dl), cortisol (µg/dl) en CAG (aantal herhalingen), naar geslacht.

	Mannen		Vrouwen	
	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)
Testosteron	645	5.33 (2.63)	699	0.39 (0.38)
Cortisol	645	0.16 (0.54)	700	0.10 (0.11)
CAG	647	21.92 (3.08)	720	21.80 (2.15)

In Tabel 7 staan de gemiddelde waarden voor testosteron, cortisol en CAG-RL voor mannen en vrouwen apart. De mannelijke testosteronwaarden variëren van 0.23 tot 33.33 ng/dl, met een gemiddelde van 5.33 ng/dl. Die voor cortisol variëren van 0.0 tot 10.74 µg/dl, met een gemiddelde van 0.16 ng/dl. De gemiddelde testosteronwaarde ligt tegen de ondergrens van het normale (referentiewaarden 6 tot 25 ng/dl), terwijl de gemiddelde cortisolwaarde binnen de referentiewaarde ligt (0.10 tot 1.25

µg/dl). Beide zijn in het algemeen vrij laag (cf. *infra* voor een verklaring). De vrouwelijke testosteronwaarden variëren van 0.01 tot 5.40 ng/dl, met een gemiddelde van 0.39 ng/dl, wat binnen de referentiewaarden ligt (0.02 tot 0.64 ng/dl). Die voor cortisol variëren van 0.01 tot 0.86 µg/dl, met een gemiddelde van 0.10 ng/dl, wat tegen de ondergrens van het normale ligt (0.10 tot 1.25 µg/dl).

Inzake androgeengevoeligheid liggen de waarden voor de mannen tussen de 10 en 33 CAG-RL, met een gemiddelde van 21.92 herhalingen. Dit gemiddelde ligt binnen de normale waarden (9 tot 37 herhalingen). Er werden geen pathologische waarden voor het aantal CAG-RL gevonden. Bij vrouwen liggen de waarden tussen de 12 en 29.50 CAG-repeats, met een gemiddelde van 21.80 herhalingen.



*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Figuur 6. Testosteronwaarden in speeksel (ng/dl) bij mannen en vrouwen, volgens leeftijdscategorieën.

In Figuur 6 zien we dat de testosteronwaarden bij de man op een te verwachten manier verschillen per leeftijdscategorie (zie Yeap et al., 2012). Mannelijke twintigers hebben daarbij het hoogste testosterongehalte. In de groep mannelijke 30- tot 80-jarigen is er een gemiddelde dalende trend per oplopende leeftijd. Ook bij vrouwen verschillen de testosteronwaarden per leeftijdscategorie. Vrouwelijke jongeren (-18 jaar) hebben daarbij het hoogste testosterongehalte, gevolgd door de twintigers. In die leeftijdsverschillen moet uiteraard rekening gehouden worden met de effecten van contraceptiegebruik en menstruele cyclus op testosteronwaarden (zie bv. Braunstein, Reitz, Buch, Schnell & Caulfield, 2011; Lining, Stanton, Saini & Schultheiss, 2009). Ook is er een zichtbaar, theoretisch te verwachten, verband tussen testosteron en het BMI bij volwassen mannen (een normaal gewicht gaat gepaard

met het hoogste testosterongehalte, zie Yeap et al., 2012), maar dit verband was in onze steekproef niettemin niet significant. Bij vrouwen is het verband tussen testosterongehalte en BMI eveneens niet-significant, conform het onderzoek van Braunstein et al. (2011).

Voor cortisol is een lineair verband met de leeftijd zowel bij mannen als bij vrouwen afwezig. Een verband met BMI is voor beide geslachten eveneens afwezig. Dit was ook niet verwacht.

Bij mannen is er voor beide hormonen een verband met het tijdstip waarop de speekselstalen werden afgenomen. Hoe later op de dag het speeksel werd afgenomen, hoe lager de cortisol- en testosteronwaarden. Bij vrouwen blijkt er enkel voor cortisol een verband te bestaan met tijdstip van afname. Ook hier geldt dat de cortisolwaarden lager liggen wanneer het speeksel later op de dag werd afgenomen. Voor cortisol is dit tijdseffect bij beide geslachten in vorige studies reeds duidelijk aangetoond (Liening et al., 2009), net als het tijdseffect op testosteronwaarden bij mannen (Brambilla, Matsumoto, Araujo & McKinlay, 2009). Aangezien de meeste speekselstalen na 17u 's avonds werden afgenomen, moet met deze tijdsvariatie rekening gehouden worden in de interpretatie van de hier gerapporteerde testosteron- en cortisolwaarden. Dit tijdsaspect is meteen de verklaring voor de gemiddeld lage waarden voor beide hormonen in onze steekproef.

4.7.3. *Psychologische kenmerken*

4.7.3.1. **Fysieke en mentale gezondheid**

De fysieke en mentale gezondheid wordt gemeten aan de hand van de SF-12, een selectie van 12 vragen uit de SF-36 ('Short Form Health Survey') (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993). Op basis van de subschalen uit de SF-12 kunnen we ons een beeld vormen van hoe respondenten op het moment van afname van de vragenlijst hun eigen fysieke en mentale gezondheid inschatten. Respondenten behalen een gemiddelde score van 16.8 op de schaal voor fysieke gezondheid (minimumscore = 6, maximumscore = 20) (Tabel 8) en mannen schatten hun fysieke gezondheid iets beter in dan vrouwen. Op mentale gezondheid scoren de respondenten gemiddeld 22 (minimumscore = 6, maximumscore = 27) en ook op deze schaal schatten mannen zichzelf iets positiever in dan vrouwen.

4.7.3.2. **Zelfbeeld**

Negen items (bijvoorbeeld: 'Heb je je minder aantrekkelijk gevoeld?') werden opgenomen om het zelfbeeld van de respondenten in kaart te brengen. Een hogere score verwijst naar een lager zelfbeeld. In de Sexpert-steekproef vinden we een gemiddelde score van 18 op deze schaal (minimumscore = 9, maximumscore = 45) (Tabel 8).

Wanneer we een onderscheid maken naar geslacht, dan zien we dat mannen over hun uiterlijk zelfbeeld gemiddeld genomen meer zelfzeker zijn dan vrouwen.

Tabel 8. Samenvatting gemiddelde scores voor mannen en vrouwen op het vlak van fysieke en mentale gezondheid volgens de SF-12 en uiterlijk zelfbeeld.

	Totaal		Mannen		Vrouwen		t-test
	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)	
SF-12							
Fysieke gezondheid	1817	16.8 (2.7)	906	17.2 (2.5)	910	16.4 (3.0)	t(1815)=5.2***
Mentale gezondheid	1816	22 (3.3)	906	22.7 (2.8)	909	21.3 (3.6)	t(1814)=9.4***
Lichaamsbeeld	1795	18 (8.6)	896	15.6 (7.1)	896	20.4 (9.4)	t(1793)=-12.3***

*** $p < .001$

4.7.3.3. Relatietevredenheid en seksuele tevredenheid

Drie vierde van de respondenten (77%) heeft op het moment van deze studie een partner. Naast het in kaart brengen van het individueel seksueel functioneren en de eigen seksuele beleving werd bij deze respondenten in een partnerrelatie eveneens gepeild naar enkele relatiekarakteristieken, zoals de mate van relatietevredenheid en seksuele tevredenheid in de partnerrelatie, hechtingsstijl ten opzichte van de partner en de mate waarin er binnen de relatie over seks gepraat wordt.

Relatietevredenheid en seksuele tevredenheid zijn nauw verbonden en beïnvloeden elkaar wederzijds; partners die tevreden zijn over hun relatie, rapporteren gewoonlijk ook meer tevreden te zijn met hun seksuele relatie en omgekeerd (Byers & MacNeil, 2005). In de huidige studie peilden we naar de mate van relatietevredenheid en seksuele tevredenheid bij de respondenten aan de hand van een veelgebruikte schaal in seksonderzoek, met name de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ; Crowe, 1978; Nederlandse vertaling door Arindell, Boelens & Lambert, 1983). Tabel 9 illustreert dat alle respondenten op beide schalen laag scoren (< 20), wat betekent dat onze steekproef gemiddeld erg tevreden is over de partnerrelatie en de seksuele relatie met de partner. Bovendien vinden we, zoals in de literatuur uitgebreid beschreven, een sterk positief verband tussen de mate van relatietevredenheid en de mate van seksuele tevredenheid ($r=0.56$). Wanneer we naar verschillen peilen tussen vrouwen en mannen, dan vinden we dat mannen significant meer tevreden zijn met hun partnerrelatie dan vrouwen. Ook op het vlak van hun seksuele relatie met de partner vinden we dat mannen meer tevreden zijn dan vrouwen.

4.7.3.4. Seksuele communicatie met de partner

De mate waarin partners met elkaar over hun seksuele relatie kunnen praten, is een voorspeller van seksuele tevredenheid in de partnerrelatie (MacNeil & Byers, 2009). Met behulp van de ‘Dyadic Sexual Communication Scale’ (DSC; Catania, 1986) peilden we in deze studie naar de mate van seksuele communicatie binnen de part-

nerrelatie. De schaal bestaat uit vier items (bijvoorbeeld: ‘Was praten over seks met jouw partner een deugddoende ervaring voor jullie allebei?’). Een vijfpuntenschaal werd gehanteerd en een hogere score betekent dat respondenten beter over hun seksuele noden en wensen kunnen praten (minimumscore = 0, maximumscore = 20). Tabel 9 toont dat respondenten een gemiddelde score behalen van 9 op 20, en dat mannen en vrouwen met hun partner even makkelijk/moeilijk over hun seksuele wensen en noden praten.

Tabel 9. Samenvatting gemiddelde scores voor mannen en vrouwen op het vlak van relatietevredenheid en seksuele tevredenheid volgens de MMQ en seksuele communicatie volgens de DSC.

	Totaal		Mannen		Vrouwen		t-test
	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)	
MMQ							
Relatietevredenheid	1364	12.7 (11.9)	685	11.1 (10.1)	679	14.4 (13.2)	$t(1362)=-5.1***$
Seksuele tevredenheid	1321	9.2 (7.9)	675	8.3 (7.5)	646	10.2 (8.2)	$t(1319)=-4.5***$
DSC							
Seksuele communicatie	1287	8.9 (3.7)	648	9.1 (3.7)	639	8.9 (3.8)	$t(1282)=0.8$

*** $p < .001$

5. Statistische leeswijzer

5.1. Univariante beschrijving van de steekproefresultaten

Zelfs na weging of poststratificatie mogen de hier verkregen cijfers nog niet rechtstreeks worden geïnterpreteerd als cijfers van de Vlaamse populatie. De 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 houden we ook rekening met deze toevallige fluctuaties. Ze 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 de gerapporteerde percentages betreft, afhankelijk van de omvang van de bestudeerde steekproef of subgroep. Wat de gerapporteerde steekproefgemiddelden betreft, moeten we ook rekening houden met de standaardafwijking, vastgesteld in de steekproef.

Voor percentages verkregen op basis van de volledige steekproef, gegeven de steekproefomvang ($N=1825$), krijgen 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 per-

centage 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 percentagepunt.¹⁰

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 populatiegemiddelde ligt in dit geval met 95% betrouwbaarheid tussen 1.8 en 2.6.¹¹

5.2. Statistisch significante verbanden en verschillen

Om een overzichtelijk, maar toch correct, overzicht en inzicht in de cijfers te krijgen, hebben we ervoor gekozen om enkel die verschillen of verbanden die statistisch significant zijn, in de tekst te bespreken. Dat betekent dat we met 95%, 99% of 99.9% betrouwbaarheid kunnen stellen dat het gevonden verband of verschil ook in de populatie kan worden vastgesteld.

Om dit laatste ook in de tabellen en grafieken goed weer te geven, hebben we er bovendien voor geopteerd enkel statistisch significante verschillen of verbanden in een zwarte inktkleur weer te geven (tabellen) of in een grafiek op te nemen (figuren). Wanneer er, bijvoorbeeld, statistisch significante verschillen bestaan naar leeftijd, dan geven we een grafiek weer die deze leeftijdsverschillen ook weerspiegelt. Zijn de leeftijdsverschillen ook nog eens verschillend voor mannen en voor vrouwen, dan wordt in de grafiek ook deze man-vrouwopsplitsing gemaakt. Zijn de leeftijdsverschillen bij mannen en bij vrouwen echter gelijklopend, dan wordt enkel de opsplitsing naar leeftijdsgroepen gemaakt (grafiek) of een deel van de gegevens in grijze inktkleur weergegeven (tabel).

5.3. Kleine aantallen

In de vorige paragraaf werd aangehaald hoe we, door middel van betrouwbaarheidsintervallen en significantietoetsen, op basis van onze steekproefresultaten inschattingen (veralgemeningen) kunnen maken van de cijfers in de populatie, rekening hou-

10. 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 voor alle mannen en vrouwen in de steekproef apart werden berekend, dan is de foutmarge overal drie in plaats van twee percentagepunten. Indien een percentage van 1% van 99% werd verkregen, dan moeten we één percentagepunt optellen en aftrekken. Indien enkel de seksueel ervaren subgroep ($N=1691$) wordt bekeken, dan zijn de foutenmarges dezelfde als die 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%.

11. 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.

dend met toevallige steekproeffluctuaties. Wanneer de steekproefomvang waarop een bepaald resultaat (percentage, gemiddelde, ...) werd berekend, echter klein is, kunnen hiertergenover 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 weliswaar weergegeven, maar dienen toch met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

5.4. Bivariate verbanden versus multivariate analyses

Tot slot beklemtonen we nog dat de in het eerste hoofdstuk weergegeven bivariate verschillen en verbanden, weergegeven in kruistabellen of grafieken, brutoverschillen zijn. Er werd geen gebruik gemaakt van multivariate technieken die het mogelijk maken te controleren voor het effect van andere, niet in rekening gebrachte, variabelen. Zo weten we uit andere studies dat er een sterke samenhang bestaat tussen leeftijd en opleidingsniveau of leeftijd en algemene fysieke gezondheid. Jongeren zijn gemiddeld genomen hoger opgeleid dan oudere respondenten. Wanneer we (bruto)leeftijdsverschillen rapporteren, valt het dan ook niet uit te sluiten dat de gevonden verschillen eigenlijk te maken hebben met verschillen in opleidingsniveau, of te wijten zijn aan een gecombineerd effect van leeftijd én opleidingsniveau.

Meer diepgaande analyses en controles worden in beperkte mate in de volgende hoofdstukken opgenomen en zullen voornamelijk het onderwerp uitmaken van extra artikels, publicaties op onze website en van de doctorale proefschriften, gepubliceerd door het Sexpert-team.

6. Overzicht van de verschillende hoofdstukken

Het boek *Seksuele gezondheid in Vlaanderen* bestaat uit zeven hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk beschrijven we seksuele gezondheid in Vlaanderen aan de hand van de verschillende gemeten indicatoren. In de daaropvolgende hoofdstukken werken we specifieke thema's verder uit. Hoofdstuk twee behandelt de seksuele start, in hoofdstuk drie doorlopen we verschillende aspecten verbonden aan de reproductieve gezondheid, hoofdstuk vier brengt seksuele disfuncties uitgebreid in kaart, hoofdstuk vijf geeft een overzicht van de gegevens met betrekking tot grensoverschrijdend seksueel gedrag. Ten slotte nemen we in het zesde hoofdstuk uiteenlo-

pende indicatoren van seksuele gezondheid samen om een aantal profielen te kunnen schetsen die de seksuele gezondheid in Vlaanderen beschrijven.

In het eerste hoofdstuk, ‘Seksuele gezondheid in Vlaanderen’, geven we een uitvoerig overzicht van verschillende indicatoren die de seksuele gezondheid in Vlaanderen beschrijven, om zo tot een brede schets van die seksuele gezondheid te komen. Het omvat zeven uiteenlopende thema’s: 1. Het gezinsklimaat met betrekking tot seks en relaties, 2. Seksuele ervaringen (ervaringen met seks en geslachtsgemeenschap, redenen voor seksuele inactiviteit, aantal sekspartners, seksuele oriëntatie, ...), 3. Seksuele beleving (het belang dat men hecht aan seks, seksuele tevredenheid, factoren die seks moeilijker of makkelijker maken), 4. Seksueel gedrag (frequentie, seksuele handelingen, orgasmenfrequentie en masturbatie), 5. Gegevens over de partnerrelatie, 6. Soa, hiv, testgedrag en gebruik van anticonceptie, 7. Kenmerken van seksuele contacten (tijdstip, met wie, waar en wanneer, beleving, veilig of onveilig).

In het tweede hoofdstuk, ‘De seksuele start’, bespreken we de timing en de kenmerken van de eerste keer geslachtsgemeenschap. Er gaat daarbij zowel aandacht naar verschillen tussen mannen en vrouwen, als naar verschillen tussen de leeftijdsgroepen. We besteden expliciet aandacht aan het verband tussen de timing van de eerste keer en kenmerken van het seksueel gedrag later tijdens de seksuele levensloop.

In het derde hoofdstuk, ‘Reproductief welzijn’, staan we stil bij alle aspecten die te maken hebben met voortplanting en vruchtbaarheid. In dit deel krijgen we zicht op het aantal geplande versus ongeplande zwangerschappen, (initieel) ongewenste versus gewenste zwangerschappen en het voorkomen van abortus. Ten slotte hebben we het over miskramen, problemen met de vruchtbaarheid en het zoeken/krijgen van hulp bij vruchtbaarheidsproblemen.

In het vierde hoofdstuk richten we de aandacht op het voorkomen van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties. Seksuele disfuncties zijn seksuele functiestoornissen die gepaard gaan met het ervaren van stress. Het is belangrijk en vernieuwend om dit onderscheid te maken. In dit hoofdstuk is er ook aandacht voor de mate waarin respondenten seks vermijden vanwege een seksuele disfunctie en gaan we na of respondenten voor hun probleem ook professionele hulp zochten.

In het vijfde hoofdstuk geven we een overzicht van het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Tot nog toe waren deze cijfers in Vlaanderen nog niet beschikbaar. We rapporteren deze cijfergegevens voor ervaringen voor de leeftijd van 18 jaar en na de leeftijd van 18 jaar. Ervaringen met grensoverschrijdend seksueel gedrag op jonge leeftijd kunnen immers een grotere impact uitoefenen op het mentaal en fysiek welbevinden dan ervaringen op oudere leeftijd. We geven een overzicht van ervaringen met diverse vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit varieert van het rapporteren van een ongewenste aanraking tot het rapporteren van een verkrachting.

In het zesde en laatste hoofdstuk nemen we uiteenlopende indicatoren samen om een aantal profielen over de seksuele gezondheid van de respondenten op te stellen. We bestuderen het begrip seksuele gezondheid dus op een meer omvattende manier door te kijken hoe en in welke mate de verschillende indicatoren samenhangen. Het resultaat van een latente klasseanalyse is een opdeling van de respondenten in vijf groepen, die we structuren naargelang hun scores op tevredenheid met het seksleven en ervaringen met seksgerelateerde problemen (i.e. problemen in verband met zwangerschap, seksuele disfuncties en seksueel grensoverschrijdend gedrag).

Referenties

- Agneessens, F., Waeye, H. & Lievens, J. (2006). Diversity in social support by role relations: a typology. *Social Networks*, 28, 427-441.
- 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, 293-306.
- 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. & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso groep.
- Berdie, D.R. (1973). Questionnaire length and response rate. *Journal of Applied Statistics*, 59(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, American Statistical Association*, 1020-1025.
- Brambilla, D.J., Matsumoto, A.M., Araujo, A.B. & McKinlay, J.B. (2009). The Effect of Diurnal Variation on Clinical Measurement of Serum Testosterone and Other Sex Hormone Levels in Men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(3), 907-913.
- Braunstein, G.D., Reitz, R.E., Buch, A., Schnell, D. & Caulfield, M. (2011). Testosterone Reference Ranges in Normally Cycling Healthy Premenopausal women. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2924-29354.
- Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (2013). *Sexpert. Basisgegevens bij de survey naar Seksuele Gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.
- Byers, E.S. & Macneil, S. (2005). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 53-69.
- Catania, J. (1986). *Help-seeking: An avenue for adult sexual development*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.

- Crowe, M.J. (1978). Conjoint marital therapy: a controlled outcome study. *Psychological Medicine*, 8, 623-636.
- de Graaf, H., Kruijjer, H., van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25^{ste}. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Utrecht: RutgersWPF.
- 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.
- 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.
- Gisle L., Hesse E., Drieskens S., Demarest S., Van der Heyden J. & Tafforeau J. (2008). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II – Leefstijl en Preventie*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- 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 meilla 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. & Sandford, T. (1998). *Sexual Behavior and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of national surveys*. London: UCL Press.
- Johnson A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., Wellings, K., Fenton, K.A., Korovessis, C., Maccowall, W., Nanchahal, K., Purdon, S. & Field, J. (1994). *Sexual behaviour in Britain*. London: Penguin.
- 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.
- Liening, S.H., Stanton, S.J., Saini, E.K. & Schultheiss, O.C. (2009). Salivary testosterone, cortisol, and progesterone: Two-week stability, interhormone correlations, and effects of time of day, menstrual cycle, and oral contraceptive use on steroid hormone levels. *Psychology & behavior*, 99, 8-16.
- Macneil, S. & Byers, E.S. (2009). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of sex research*, 46(1), 3-14.
- Norwood, O.T. (1975). Male pattern baldness: Classification and incidence. *Southern Medical Journal*, 68, 1359-1365.
- 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.
- Sharp, L.M. & Frankel, J. (1983). Respondent Burden: A Test of Some Common Assumptions. *Public Opinion Quarterly*, 47, 36-53.

- Sleddens, H.F., Oostra, B.A., Brinkmann, A.O. & Trapman, J. (1992). Trinucleotide repeat polymorphism in the androgen receptor gene (AR). *Nucleic Acids Research*, 20, 1427.
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E. & Tafforeau, J. (2008). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I – Gezondheidstoestand*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Van Nieuwerburgh, Stoop, Cabri, Dhont, Deforce & De Sutter (2008). Shorter CAG repeats in the androgen receptor gene may enhance hyperandrogenicity in polycystic ovary syndrome. *Gynaecological Endocrinology*, 24(12), 669-673.
- 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.
- Yeap, B.B., Alfonso, H., Chubb, S.A., Handelsman, D.J., Hankey, G.J., Norman, P.E. & Flicker, L. (2012). Reference ranges and determinants of testosterone, dihydrotestosterone and estradiol levels measured using liquid chromatography-tandem mass spectrometry in a population-based cohort of older men. *The journal of clinical endocrinology & metabolism*, 97(11), 4030-4039.

Hoofdstuk 1

Seksuele gezondheid in Vlaanderen

Els Elaut, Maya Caen, Alexis Dewaele en Ellen Van Houdenhove

De belangrijkste doelstelling van de studie naar seksuele gezondheid bestaat erin de seksuele gezondheid, in haar vele verschillende facetten, in kaart te brengen.

We benadrukken dat dit cross-sectionele onderzoek een momentopname is, die tegelijk ook een nulmeting inhoudt. Nooit eerder werd in Vlaanderen op een dergelijke schaal en op een dergelijke systematische manier informatie over dit thema verzameld. In het ideale geval kan op basis van de hier ontwikkelde meetinstrumenten en gehanteerde onderzoeksmethoden verder (longitudinaal) onderzoek worden opgezet.

Om een dergelijke brede en scherpe foto van de seksuele gezondheid te kunnen maken, selecteren we in dit eerste hoofdstuk een aantal belangrijke indicatoren of specifieke metingen die in een belangrijke mate een graadmeter of weerspiegeling zijn van seksuele gezondheid. Achtereenvolgens bespreken we het gezinsklimaat met betrekking tot seks en relaties, seksuele ervaringen in de brede zin, de seksuele beleving (tevredenheid en belang van seks), het seksuele gedrag, kenmerken van de partnerrelatie, het testgedrag met betrekking tot en de prevalentie van soa, het gebruik van anticonceptie en kenmerken van seksuele contacten. Vijf specifieke thema's worden, zoals in de inleiding van dit boek beschreven, in de verdere hoofdstukken verder uitgediept.

1. Het gezinsklimaat ten aanzien van seks en relaties

Vooraf is het van belang deze diverse deelaspecten van de seksuele gezondheid in een bredere (gezins- en maatschappelijke) context te plaatsen. We belichten daartoe in een eerste paragraaf het gezinsklimaat ten aanzien van seksuele gezondheid, meer concreet de openheid en bespreekbaarheid van thema's zoals seks en relaties in de gezinnen van de onderzochte respondenten. We gaan daarbij zowel in op de sfeer en openheid in het huidige gezin, als op de bespreekbaarheid en frequentie van gesprekken over seks en relaties in het gezin waarin de respondenten zijn opgegroeid.

1.1. Sfeer en openheid in het gezin ten aanzien van seks en relaties

Om de sfeer en openheid ten aanzien van seks en relaties in kaart te brengen, vragen we niet alleen hoe respondenten 'over het algemeen' de sfeer in hun gezin zouden

beschrijven, gaande van ‘heel koud’ tot ‘heel warm’, maar ook hoe die sfeer is met betrekking tot praten over seks en relaties (‘heel gesloten’ tot ‘heel open’) en hoe vaak conflicten in het gezin voorkomen (‘nooit’ tot ‘heel vaak’).

Aan respondenten die samenwonen met hun partner en kinderen, met hun kinderen of met minstens één van beide ouders (inclusief kotstudenten die enkel in het weekend bij hun ouders verblijven), wordt gevraagd hoe zij de sfeer in hun huidige gezin zouden beschrijven.

Tabel 1. Algemene sfeer, openheid met betrekking tot relaties en seksualiteit en frequentie van conflicten in het huidige gezin, bij respondenten die met minstens één ouder en/of minstens één kind samenwonen (N=998).

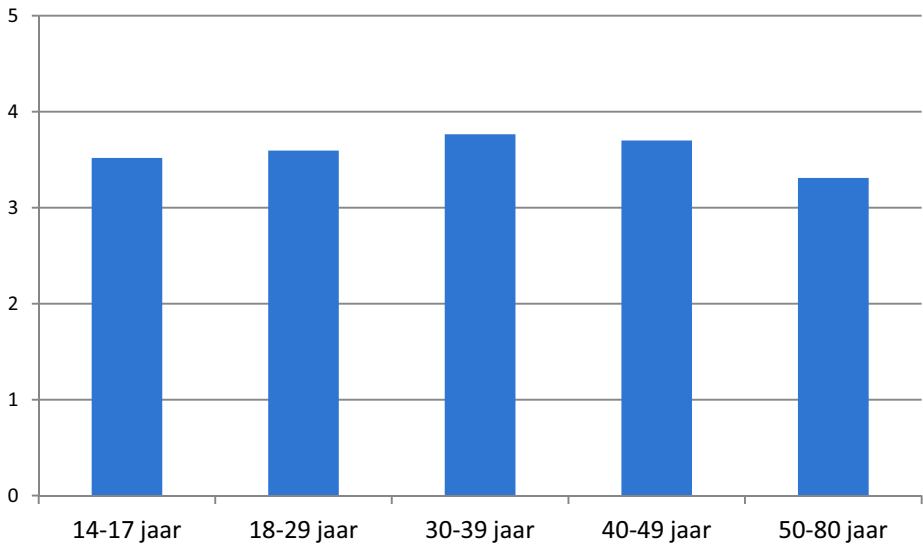
	Totaal	Mannen	Vrouwen
N	998	493	404
Algemene sfeer in het gezin (1=heel koud; 5=heel warm)	4.2 (0.7)	4.2 (0.8)	4.2 (0.7)
Openheid wat praten over seks en relaties met gezinsleden betreft (1=heel gesloten; 5=heel open)	3.6 (1.1)	3.5 (1.2)**	3.7 (1.1)**
Frequentie conflicten tussen gezinsleden (1=nooit; 5=heel vaak)	2.7 (0.8)	2.6 (0.8)***	2.8 (0.8)***

** $p < .01$; *** $p < .001$

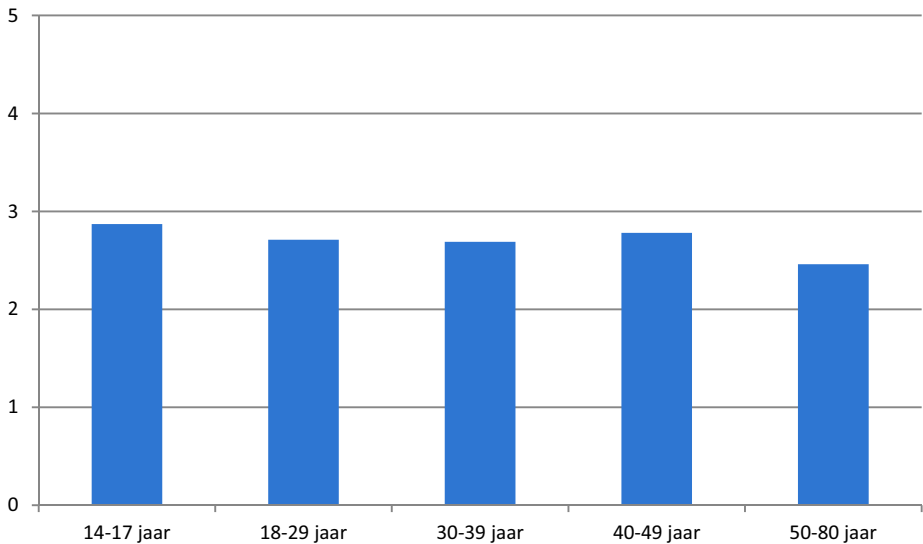
Mannen en vrouwen ervaren op een gelijke manier de algemene sfeer in hun gezin als ‘eerder warm’ (gemiddelde score van vier op de vijfpuntenschaal) (Tabel 1). Wat hun perceptie van de openheid in het gezin met betrekking tot seks en relaties betreft, is er een klein verschil. Vrouwen ervaren iets meer openheid rondom deze thema’s dan mannen, met een gemiddelde score van 3.7 (‘eerder open’). Beide groepen geven tot slot gemiddeld aan dat er ‘soms’ (score 2.7) conflicten zijn in het gezin en vrouwen ervaren dit net iets vaker dan mannen.

De algemene sfeer in het gezin wordt door respondenten van verschillende leeftijden verder op een soortgelijke, positieve, manier gepercipieerd. Mannen en vrouwen in de oudste leeftijdsgroep (50-plussers)¹² ervaren de sfeer in hun gezin echter wel als minder open met betrekking tot (gesprekken over) seks en relaties (Figuur 1). Ook wat de ervaring met conflicten in het gezin betreft, zijn er verschillen naar leeftijd: de jongste groep (14-17) en de veertigers ervaren meer conflicten (Figuur 2). De leeftijdsverschillen zijn gelijklopend voor mannen en vrouwen.

12. De laatste categorie (65-plussers) omvat hier slechts een zeer klein aantal mannen (N=14) en vrouwen (N=15). De vragen over (ervaren) gezinsklimaat werden immers uitsluitend gesteld aan respondenten die samenwonen met minstens één kind (en/of ouder). In de categorie 50-64 is die groep zeker nog voldoende groot (N=135). Om die reden werden de twee oudste leeftijdsgroepen in deze specifieke analyses samengevoegd. Zie ook ‘Achtergrond van de studie’, paragraaf 5.3, ‘Kleine aantallen’, p. 35.



Figuur 1. Openheid wat praten over seks en relaties in het gezin betreft, naar leeftijdsgroep, bij respondenten die met minstens één ouder en/of minstens één kind samenwonen ($N=998$) ($p<.01$).



Figuur 2. Frequentie van conflicten in het gezin, naar leeftijdsgroep, bij respondenten die met minstens één ouder en/of minstens één kind samenwonen ($N=998$) ($p<.001$).

1.2. Praten over seks en relaties in het gezin waarin men opgroeide

We vragen aan respondenten bij wie in hun gezin ze tijdens het opgroeien terecht konden met vragen over seks en relaties. De vraag verschilt enigszins naargelang de leeftijd van de respondent: bij respondenten tot 25 jaar verwijzen we naar het gezin waarin ze zijn opgegroeid/momenteel opgroeien, terwijl aan oudere respondenten wordt gevraagd om terug te denken aan de vroegere gezinssituatie. Concreet wordt bij deze oudere respondenten verwezen naar de periode toen ze zelf 12 tot 14 jaar oud waren.

Voordat we ingaan op de vraag bij wie men terecht kan met vragen over relaties of seks, willen we eerst de behoefte aan en het effectieve vóórkomen van dergelijke gesprekken binnen een gezinscontext in kaart brengen. In onze bevraging peilen we enkel in de jongste groep (jongeren en jongvolwassenen tot 25 jaar) naar die behoefte en frequentie van gesprekken.

Tabel 2 toont aan dat een minderheid (13%) van de jongens en een kwart van de meisjes behoefte heeft om met gezinsleden een gesprek te voeren over seks. De helft van de meisjes en een op drie jongens heeft soms tot heel vaak behoefte aan een gesprek over relaties. Het aantal dat ook effectief ‘soms’ tot ‘heel vaak’ met gezinsleden een gesprek voert, ligt in beide gevallen hoger. Over seks voert 22% van de jongens en 39% van de meisjes regelmatig een gesprek, relaties komen bij de helft van de jongens en bij twee derden van de meisjes aan bod. Dit geslachtsverschil vinden we ook in een recente Nederlandse bevraging bij jongeren tussen 12 en 25 jaar terug (de Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012).

Tabel 2. Aantal dat ‘soms’, ‘vaak’ of ‘heel vaak’ behoefte heeft aan een gesprek en aantal dat ‘soms’, ‘vaak’ of ‘heel vaak’ een gesprek voert over relaties en seks, bij mannen en vrouwen van 14 tot 25 jaar (N=384).

	Totaal (14-25)	Mannen (14-25)	Vrouwen (14-25)
<i>N</i>	384	195	189
Praten over seks met gezinsleden			
♦ behoefte aan gesprek	19.1%	13.4%**	24.9%**
♦ gesprek voeren	30.5%	22.6%**	38.8%**
Praten over relaties met gezinsleden			
♦ behoefte aan gesprek	39.2%	28.7%***	50.0%***
♦ gesprek voeren	59.2%	49.5%***	69.3%***

** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel 3 (p. 46) geeft aan bij wie mannen en vrouwen het gevoel hebben (14-25 jaar) of hadden (25-plussers) terecht te kunnen met hun vragen. Vanwege de licht verschillende vraagverwoording worden de resultaten voor 14- tot 25-jarigen en 25-plussers telkens apart weergegeven.

Ongeveer 18% van de 14- tot 25-jarigen geeft aan bij niemand in het gezin terecht te kunnen met vragen over seks. In de oudste groep ligt dit cijfer hoger: 42% van de 25-plussers geeft aan dat ze, toen ze zelf tussen 12 tot 14 jaar oud waren, bij niemand uit het gezin met dergelijke vragen terecht konden.

Zowel in de jongste groep als bij 25-plussers is de moeder de belangrijkste vertrouwenspersoon op gebied van vragen over seks en relaties. Zo kan ongeveer de helft van de jongste mannen en twee derden van de jongste vrouwen bij hun moeder terecht met vragen over seks. In deze jongste groep duiden mannen, vergeleken met vrouwen, daarnaast vaker hun vader aan (25%). In de groep ouder dan 25 jaar vinden we dit niet terug.

Voor alle vrouwen, zowel jonger als ouder dan 25 jaar, is/zijn ook de zus(sen) relatief belangrijk wanneer het gaat over praten over seks (23% in de jongste groep en 17% in de oudste groep), dit in tegenstelling tot broers. Dit terwijl door mannelijke 25-plussers zussen en broers ongeveer even vaak worden aangeduid (7%) en door jongere mannen net iets vaker broers (19%) dan zussen (13%).

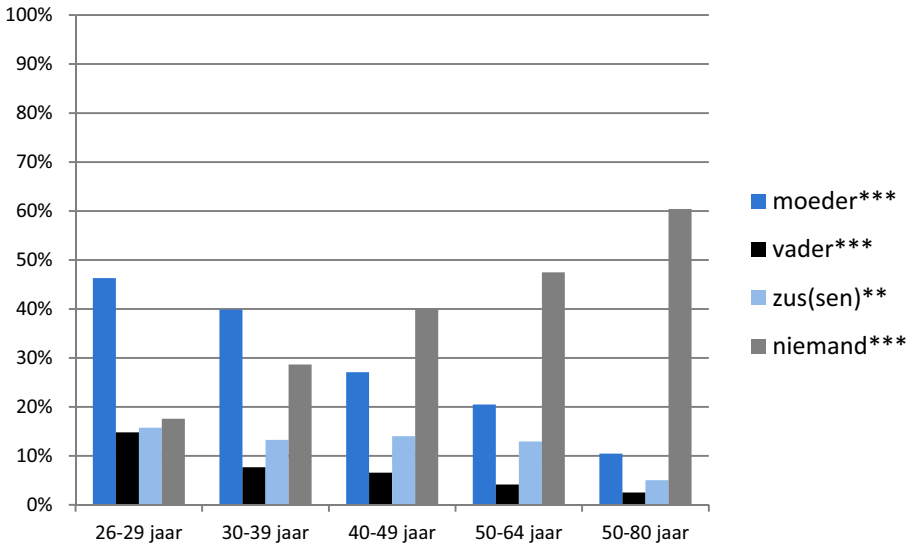
Wat praten over relaties betreft, zien we een soortgelijk patroon. De groep die hier zegt bij niemand terecht te kunnen, is weliswaar kleiner vergeleken met wat we vonden voor 'vragen over seks'. In de oudste groep zegt ongeveer een derde van de mannen en de vrouwen bij niemand uit het gezin terecht te hebben gekund, en in de jongste groep is dit aandeel drie keer kleiner (9%). Zowel in de jongste groep als bij 25-plussers is de moeder daarnaast de persoon waartoe men zich het meest richt bij vragen. In de jongste groep wordt de moeder ook wat vragen over relaties betreft, vaker aangeduid (door ongeveer 70% tegenover ongeveer 40% bij 25-plussers). Daarnaast geven, ook wat vragen over relaties betreft, alle vrouwen vaker dan hun mannelijke leeftijdsgenoten aan dat ze terecht konden/terecht kunnen bij hun zus(sen), maar minder frequent bij hun broer(s). Zussen doen het dan weer even goed als broer(s) bij (alle) mannen.

Daarnaast merken we dat ook wat praten over relaties betreft, het relatieve belang van de vader, bij mannen tussen 14 en 25, groter is: 30% zegt voor vragen over relaties bij hun vader terecht te kunnen. Bij meisjes geldt dit voor ongeveer één op de acht en bij oudere mannen en vrouwen voor één op de tien. Het relatieve belang van mannelijke gezinsleden is met andere woorden groter in de jongste groep mannen en dit geldt zowel voor wat praten over relaties als voor wat praten over seks betreft.

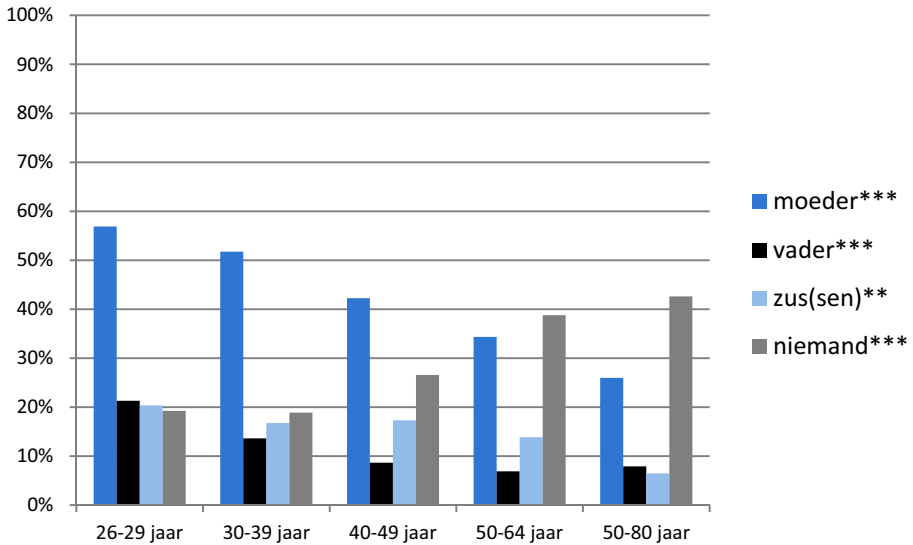
Verdere leeftijdsverschillen binnen de groep vanaf 26 jaar kunnen we eenvoudig samenvatten (Figuur 3, p. 46 en Figuur 4, p. 47). De belangrijkste vaststelling is dat oudere respondenten minder vaak bij iemand uit hun gezin terecht konden toen ze 12 à 14 jaar oud waren. Hoe jonger de respondenten, hoe vaker wel een vertrouwenspersoon wordt aangeduid. Dit is dan (zo bleek ook eerder) het vaakst de moeder. De vastgestelde leeftijdsverschillen zijn volledig gelijklopend bij mannen en bij vrouwen in onze steekproef, en soortgelijk wat praten over seks en praten over relaties betreft.

Tabel 3. Personen in het gezin bij wie mannen en vrouwen ouder dan 25 jaar (N=1441) en jonger dan 26 jaar (N=385) terechtkonden met vragen over seks en relaties.

	Totaal (14-25)	Mannen (14-25)	Vrouwen (14-25)	Totaal (26-80)	Mannen (26-80)	Vrouwen (26-80)
N	385	196	189	1441	713	728
Vragen over seks						
♦ moeder	57.2%	49.2%**	65.5%**	25.9%	21.5%***	30.2%***
♦ vader	15.8%	24.8%***	6.5%***	5.8%	6.90%	4.80%
♦ broer(s)	12.3%	18.6%***	5.8%***	4.5%	7.0%***	2.0%***
♦ zus(sen)	17.6%	12.7%*	22.6%*	12.0%	7.0%***	16.8%***
♦ andere	4.9%	3.60%	6.30%	1.0%	0.90%	1.10%
♦ niemand in het gezin	17.7%	19.70%	15.70%	42.3%	45.10%	39.50%
Vragen over relaties						
♦ moeder	70.0%	64.6%**	75.7%**	39.7%	35.9%**	43.5%**
♦ vader	21.4%	30.1%***	12.4%***	9.9%	10.60%	9.20%
♦ broer(s)	13.7%	18.8%***	8.4%***	5.5%	7.9%***	3.1%***
♦ zus(sen)	22.6%	18.80%	26.60%	14.2%	9.9%***	18.5%***
♦ andere	6.2%	5.60%	6.90%	1.5%	2.00%	1.10%
♦ niemand in het gezin	8.9%	8.60%	9.30%	31.2%	33.50%	29%

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ ** $p < .01$; *** $p < .001$

Figuur 3. Personen in het gezin bij wie mannen en vrouwen ouder dan 25 jaar (N=1441) terechtkonden met vragen over seks, naar leeftijdsgroep.



** $p < .01$; *** $p < .001$

Figuur 4. Personen in het gezin bij wie mannen en vrouwen ouder dan 25 jaar ($N=1441$) terechtkonden met vragen over relaties, naar leeftijdsgroep.

Aan de jongste respondenten (leeftijdsgroep 14 tot en met 25 jaar) die aanduiden dat ze bij niemand in hun gezin terechtkonden, vragen we in de Sexpert-studie ook wat de redenen daarvoor zijn.

Tabel 4 geeft een overzicht van deze redenen. Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes, en vanwege de lage frequenties en de gelijke resultaten worden de cijfers dan ook niet apart weergegeven. Het meest frequent geven jongeren aan niet te praten over seks 'uit respect voor mijn ouders' of 'omdat het niet hoort'. Wat praten over relaties betreft, is dit het meest frequent 'uit angst voor hun reactie' of 'omdat het niet hoort'.

Tabel 4. Redenen waarom men met gezinsleden niet over relaties ($N=34$) of niet over seks ($N=66$) praat, bij respondenten jonger dan 26 jaar.

	Ik praat niet met gezinsleden over seks...	Ik praat niet met gezinsleden over relaties...
<i>N</i>	66	34
Uit angst voor hun reactie	34.8%	51.7%
Omdat het niet hoort	47.2%	41.4%
Omdat voorhuwelijkse seksuele contacten niet zijn toegelaten	21.2%	10.3%
Uit respect voor mijn ouders	51.5%	27.6%

1.3. Praten over seks in gezinnen met kinderen

Bij de respondenten met inwonende kinderen tussen 4 en 18 jaar gaan we tot slot na in welke mate hun kinderen bij iemand in het gezin terecht kunnen met vragen over relaties en seks.

Tabel 5 toont hoe de grote meerderheid van ouders in onze steekproef denken dat hun kinderen bij hun moeder terecht kunnen met vragen over seks en relaties. Mannen geven vaker dan vrouwen aan dat hun kinderen ook bij hun vader terecht kunnen met vragen over seks (aangeduid door 76% van de mannen ten opzichte van 54% van de vrouwen) of relaties (75% ten opzichte van 53%). Een kleine minderheid van de mannen en vrouwen denkt dat hun kinderen bij niemand in het gezin terecht kunnen met vragen over seks en relaties.

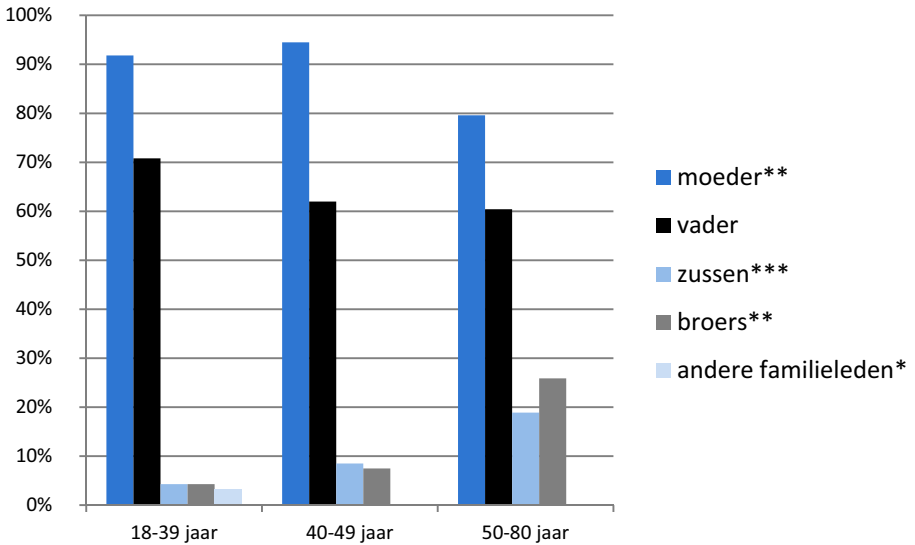
Er zijn ook leeftijdsverschillen. Ouders in de oudere leeftijdsgroepen (50-80 jaar)¹³ duiden minder frequent aan dat de kinderen bij hun moeder terecht kunnen met vragen over relaties en met vragen over seks. Dit ten voordele van een aantal andere personen in het gezin. Broers worden zo vaker als vertrouwenspersoon voor vragen over relaties aangeduid door ouders in de oudere leeftijdsgroepen, en zowel broers als zussen worden vaker aangeduid wat vragen over seks betreft. Vaders worden niet vaker, maar ook niet minder vaak aangeduid door oudere of jongere ouders. We merken op dat dit brutoverband even goed kan duiden op een effect van de leeftijd van de kinderen in het gezin (vaker adolescenten).

Tabel 5. Personen bij wie kinderen volgens hun ouders terecht kunnen met vragen over seks en relaties, naar geslacht van de ouder (N= 439).

	Totaal	Mannen	Vrouwen
N	439	225	214
Vragen over seks			
♦ moeder	91.5%	89.3%	93.9%
♦ vader	64.4%	76.3%***	54.0%***
♦ broer(s)	8.5%	7.6%	9.4%
♦ zus(sen)	8.0%	6.2%	9.8%
♦ andere	4.1%	3.1%	5.1%
♦ niemand in het gezin	1.3%	1.3%	1.4%
Vragen over relaties			
♦ moeder	93.4%	92.0%	94.9%
♦ vader	64.3%	74.7%***	53.3%***
♦ broer(s)	8.2%	7.1%	9.4%
♦ zus(sen)	8.4%	5.8%*	11.2%*
♦ andere	3.0%	2.2%	3.8%
♦ niemand in het gezin	0.9%	0.9%	0.9%

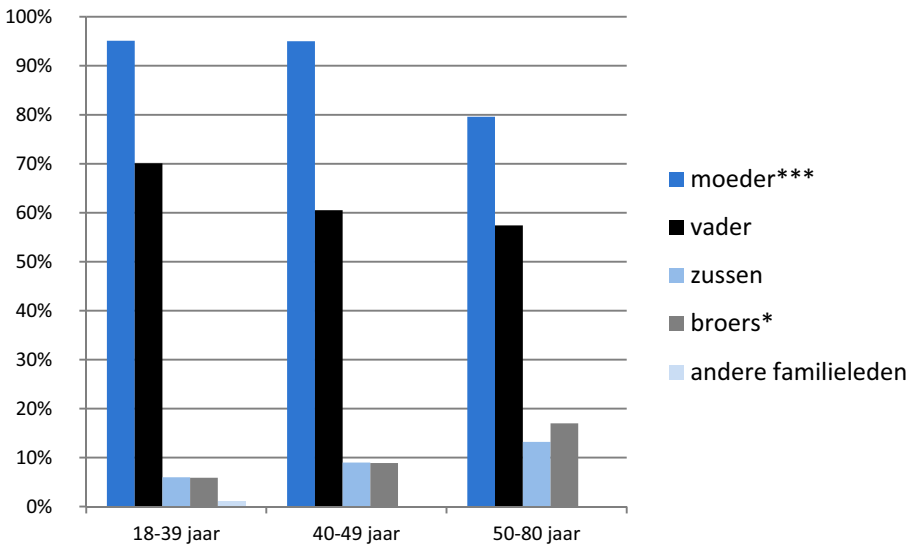
* $p < .05$; *** $p < .001$

13. Enkele leeftijdsgroepen werden hier samen genomen, vanwege een te klein aantal respondenten met kinderen tussen 4 en 18 jaar in specifieke leeftijdsgroepen (zie ook 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, p. 35). De leeftijdscategorie ouders tussen 18 en 29 werd samengevoegd met ouders tussen 30 en 39, en het kleine aantal 65-plussers werd samengevoegd met de groep respondenten tussen 50 en 64 jaar oud.



*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Figuur 5. Personen in het gezin bij wie kinderen volgens hun ouders terecht konden met vragen over seks, naar leeftijdsgroep van de ouder (N=438).



*p<.05; ***p<.001

Figuur 6. Personen in het gezin bij wie kinderen volgens hun ouders terecht konden met vragen over relaties, naar leeftijdsgroep van de ouder (N=438).

Tevens kunnen we op basis van onze bevraging in kaart brengen hoe vaak ouders met hun kinderen een (spontaan) gesprek voeren over relaties en/of seks, of hoe vaak hun kind of kinderen over deze thema's vragen stelt/stellen (Tabel 6). De helft van de vrouwen en ongeveer 40% van de mannen geeft aan 'soms', 'vaak' of 'heel vaak' over seks te praten. De groep die aangeeft dat hun kinderen soms of vaak vragen over seks stellen, is in totaal twee keer zo klein (25%) en moeders rapporteren dit vaker dan vaders (21% van de mannen en 30% van de vrouwen). Vaders en moeders voeren daarnaast in gelijke mate gesprekken over relaties (66%). Vragen van kinderen over relaties worden daarentegen iets meer door moeders (61%) dan door vaders (51%) aangegeven.

Tabel 6. Aantal ouders dat aangeeft 'soms', 'vaak' of 'heel vaak' een gesprek te voeren met kinderen/van kinderen vragen te krijgen over seks en relaties, naar geslacht van de ouder (N=423).

	Totaal	Mannen	Vrouwen
N	423	215	208
Praten over seks			
♦ gesprek met kinderen	43.9%	38.1%*	49.8%*
♦ vragen door kinderen	25.3%	21.0%*	29.7%*
Praten over relaties			
♦ gesprek met kinderen	65.9%	65.4%	66.3%
♦ vragen door kinderen	56.0%	50.7%*	61.4%*

* $p < .05$

1.4. Besluit 'Het gezinsklimaat'

- Respondenten die met minstens één ouder of één kind samenwonen, ervaren hun gezinsklimaat in het algemeen als 'eerder warm'. Vrouwen rapporteren iets meer openheid rond seks en relaties in hun gezin dan mannen; de oudste groep (65-80 jaar) ervaart hier minder openheid rond. Zowel mannen als vrouwen geven verder aan dat er 'soms' conflicten zijn tussen gezinsleden. Door de jongste groep (14-17) en door veertigers in de steekproef worden er meer conflicten ervaren.
- Bij jongeren en jongvolwassenen (tussen 14 en 25 jaar) werd tevens gepeild naar hun behoefte om met gezinsleden over seks en relaties te praten én naar de frequentie waarmee dergelijke gesprekken effectief plaatsvinden. Het aantal respondenten dat rapporteert gesprekken te voeren, ligt hoger dan het aantal dat deze behoefte aangeeft. Mannen geven verder minder vaak dan vrouwen aan een dergelijke behoefte te hebben, zowel rond seks als rond relaties. Dit verschil tussen mannen en vrouwen vinden we ook in een recente Nederlandse bevraging bij jongeren tussen 12 en 25 jaar terug (de Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012).

- De grootste groep van de 25-plussers (40%) en ongeveer één op vijf in de jongste groep (-25) duidt aan bij niemand terecht te kunnen met vragen over seks. Verder duidt de helft van de jonge mannen (49%) en twee derden van de jonge vrouwen (65.5%) tussen 14 en 25 jaar vooral hun moeder aan als vertrouwenspersoon voor vragen over seks. Bij 25-plussers (gevraagd naar de periode toen ze zelf 12 tot 14 jaar waren) kon één op drie vrouwen en één op vijf mannen terecht bij haar/zijn moeder met vragen over seks. Eén op vier jonge mannen (en niet de 25-plussers) spreekt ook met zijn vader over seks.
- Wat het praten over relaties (in gezinsverband) betreft, zien we een soortgelijk patroon. Zowel voor de jongste groep (14-25 jaar) als voor 25-plussers is de moeder het eerste aanspreekpunt bij vragen over relaties. Ook met betrekking tot praten over relaties is het relatieve belang van de vader groter bij de jongste groep mannen (14-25 jaar).
- Binnen de groep van 25-plussers vinden we dat oudere respondenten vaker bij niemand in het gezin terechtkonden toen ze 12 à 14 jaar oud waren. Jongeren tussen 14 en 25 jaar die aangeven niet met gezinsleden over seks en relaties te praten, geven voornamelijk aan dat dit is 'uit respect voor hun ouders' of 'omdat het niet hoort'.
- Gevraagd naar de perceptie of hun kinderen bij hen terechtkunnen voor vragen over seks en relaties, antwoordt de grote meerderheid van de ouders in onze bevraging positief. Zowel mannen (91.5%) als vrouwen (93.4%) wijzen hier in de eerste plaats in de richting van de moeder als vertrouwenspersoon.

2. Seksuele ervaring

In wat volgt werpen we een blik op de seksuele ervaring van respondenten. Meer bepaald wordt de ervaring met seks (in ruimere zin) en geslachtsgemeenschap in kaart gebracht. We bespreken tevens de seksuele activiteit tijdens de afgelopen zes maanden. Daarnaast wordt in Sexpert ook gepeild naar het aantal sekspartners in het leven en meer bepaald tijdens de afgelopen zes maanden.

2.1. Ervaring met seks en geslachtsgemeenschap

Aan alle respondenten vroegen we of ze ooit al seks en ooit al geslachtsgemeenschap hebben gehad. Onder seks begrijpen we *allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is, dus het aanraken van de geslachtsdelen van iemand anders*. Met geslachtsgemeenschap bedoelen we *penetratie van de penis in de vagina of anus*. In de vragenlijst werden deze verschillende definities telkens expliciet opgenomen.

Tabel 7. Percentages ooit seks gehad, ooit geslachtsgemeenschap gehad en seks laatste zes maanden, opgesplitst naar geslacht.

	Ooit seks	Ooit geslachtsgemeenschap (% van totale steekproef)	Ooit geslachtsgemeenschap (% van de seksueel ervaren groep, N=1690)
N	1825	1825	1690
Totaal	92.7%	89.4%	97.3%
Mannen	92.4%	89.5%	96.8%
Vrouwen	92.9%	89.3%	97.8%

Van alle respondenten in Sexpert geeft 92.7% aan al ooit seks te hebben gehad (Tabel 7). Deze cijfers liggen volledig in dezelfde lijn als recente Nederlandse cijfers (respectievelijk 92.1% en 89.0%) (de Graaf, 2012). Ook in populatieonderzoek in Frankrijk (97.3% van de totale groep) en Groot-Brittannië (92.1% van de mannen en 93.9% van de vrouwen) worden analoge cijfers gerapporteerd (Le Van, Ferrand & Levinson, 2008; McManus, Field, Prescott & Erens, 2002).

Voor zowel mannen als vrouwen blijkt dat de jongste groep (14- tot 17-jarigen) minder vaak ervaring met seks en geslachtsgemeenschap rapporteert (Tabellen 8 en 9). Van de jongens en meisjes tussen 14 en 17 jaar oud heeft 42% reeds ervaring met seks en heeft 36% ook reeds ervaring met geslachtsgemeenschap. In de oudere leeftijdsgroepen varieert dit van 93% (jongvolwassenen) tot 99.5% (dertigers) wat ervaring met seks betreft, en van 89% (jongvolwassenen) tot 97% (dertigers en veertigers) wat ervaring met geslachtsgemeenschap betreft.

Tabel 8. Ooit seks gehad, naar geslacht en leeftijdsgroep (N=1825).

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	N	% ooit seks	N	% ooit seks	N	% ooit seks
14-17	72	41.7%	63	41.2%	135	41.5%
18-29	177	92.5%	181	93.8%	358	93.2%
30-39	146	99.0%	140	100.0%	286	99.5%
40-49	175	97.8%	160	99.4%	335	98.6%
50-64	205	97.3%	229	96.6%	434	96.9%
65-80	133	98.2%	145	94.4%	278	96.2%

$\chi^2(5)=578.81; p<.001$

Tabel 9. Ooit geslachtsgemeenschap gehad, naar geslacht en leeftijdsgroep ($N=1825$). De percentages berekend op de seksueel ervaren groep ('ooit seks gehad', $N=1691$) staan telkens tussen haakjes.

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	<i>N</i>	% ooit geslachts-gemeenschap	<i>N</i>	% ooit geslachts-gemeenschap	<i>N</i>	% ooit geslachts-gemeenschap
14-17	72 (24)	33.4% (80.0%)	63 (24)	38.6% (92.3%)	56 (48)	35.7% (86.2%)
18-29	177 (164)	88.9% (96.3%)	181 (163)	88.8% (94.7%)	333 (318)	88.8% (95.5%)
30-39	146 (144)	98.0% (99.3%)	140 (140)	96.7% (96.7%)	284 (278)	97.2% (97.9%)
40-49	175 (172)	97.0% (98.8%)	160 (159)	96.1% (96.8%)	331 (324)	96.7% (97.8%)
50-64	205 (199)	92.9% (95.5%)	229 (221)	93.6% (96.8%)	420 (404)	93.1% (96.2%)
65-80	133 (131)	96.5% (97.7%)	145 (137)	90.3% (95.6%)	268 (259)	93.2% (96.6%)

$\chi^2(5)=498.61; p<.001$

Als standaardreferentieperiode wordt in de meeste onderzoeken naar seksuele gezondheid een periode van 12 maanden gehanteerd (zie bv. Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994). Naast problemen te wijten aan een falend geheugen bij een dergelijke lange referentieperiode, moeten we rekening houden met mogelijke overschattingen vanwege de sociale wenselijkheid van bepaalde seksuele gedragingen. Beide (falend geheugen en sociale wenselijkheid) zouden vooral een probleem zijn bij het rapporteren van de frequentie waarmee men seks heeft en bij het rapporteren van vaker voorkomende seksuele praktijken (o.a. Fenton et al., 2001; Graham, Catania, Brand, Duong & Canchola, 2003).

We kiezen er daarom voor om een kortere referentieperiode te gebruiken, namelijk zes maanden. Deze referentieperiode vermindert aan de ene kant geheugeneffecten die tot onbetrouwbare en dus weinig kwaliteitsvolle antwoorden zouden leiden, maar maakt het aan de andere kant mogelijk ook de seksuele gezondheid in kaart te brengen van personen die met een lagere frequentie seksueel actief zijn geweest gedurende de periode die aan de bevraging voorafging.

Tabel 10. Percentage mannen en vrouwen dat tijdens de afgelopen zes maanden seks heeft gehad (percentages voor de seksueel actieve groep staan telkens tussen haakjes).

	<i>N</i>	Laatste zes maanden seks
Totaal	1825 (1691)	73.0% (78.8%)
Mannen	909 (840)	76.6% (82.8%)*
Vrouwen	916 (851)	69.6% (74.9%)*

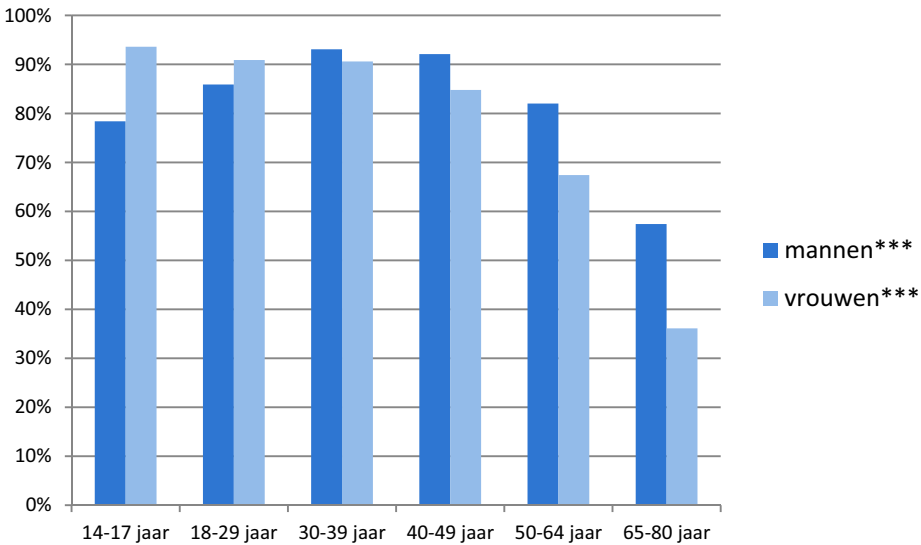
*** $p<.001$

73% van alle respondenten antwoordt bevestigend op de vraag naar seksuele activiteit tijdens de voorbije zes maanden. Dit komt neer op 79% van de seksueel ervaren individuen in de steekproef. In totaal geven meer mannen dan vrouwen aan tijdens de voorbije zes maanden seksueel actief te zijn geweest (83% van de seksueel ervaren

mannen tegenover 75% van de seksueel ervaren vrouwen) (Tabel 10). Dit vindt men ook terug in Nederlands populatieonderzoek (de Graaf, 2012).

We vinden ook een verband tussen seksuele activiteit tijdens de voorbije zes maanden en de leeftijdsgroep waartoe men behoort, en dit zowel voor mannen als voor vrouwen (Figuur 7).

De hoogste percentages vinden we bij mannen in de groepen van de dertigers en veertigers. 65-plussers, daarentegen, geven minder vaak aan seks te hebben gehad. Bij vrouwen vinden we de hoogste percentages voor seksuele activiteit bij de drie jongste leeftijdsgroepen (-18-jarigen, 18- tot 29-jarigen en dertigers). De jongste vrouwen blijken trouwens seksueel actiever te zijn geweest dan hun mannelijke leeftijdsgenoten (94% van de seksueel ervaren meisjes was ook seksueel actief tijdens het afgelopen half jaar, ten opzichte van 78% van de seksueel ervaren jongens). Deze laatste tendens wordt ook in Nederland gerapporteerd (de Graaf et al., 2012). Vrouwen uit de oudste leeftijdsgroepen, met name vijftigers en 65-plussers, geven in vergelijking met mannen dan weer beduidend minder vaak aan tijdens de afgelopen zes maanden seks te hebben gehad (36% van de vrouwen ten opzichte van 57% van de seksueel ervaren mannen). Het globale verschil tussen mannen en vrouwen, namelijk de over het algemeen hogere activiteitsgraad bij seksueel ervaren mannen, is met andere woorden terug te brengen tot dit verschil binnen de twee oudste leeftijdsgroepen.



*** $p < .001$

Figuur 7. Seksuele activiteit tijdens de afgelopen zes maanden, naar leeftijd en geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1690$).

2.2. Redenen voor seksuele inactiviteit

Bij seksueel ervaren, maar tijdens de afgelopen zes maanden niet actieve, respondenten gingen we na welke redenen ze aangaven voor het feit dat ze de afgelopen zes maanden geen seks hebben gehad.

Analoog aan Frans populatieonderzoek (Le Van et al., 2008) vinden we ook hier dat meer vrouwen dan mannen de afgelopen zes maanden niet seksueel actief waren. Uit de bovenstaande figuur (Figuur 7) blijkt dat het hier voornamelijk om respondenten in de twee oudste leeftijdsgroepen (50- tot 64-jarigen en 65-plussers) gaat. Respectievelijk 28% (mannen, 50-64), 33% (vrouwen, 50-64), 43% (mannen, 65-80) en 64% (vrouwen, 65-80) van de seksueel ervaren groep had geen seks. In de jongere leeftijdsgroepen variëren deze percentages tussen 6% (jongste groep vrouwen) en 22% (jongste groep mannen).

Als reden voor hun seksuele inactiviteit tijdens de voorbije zes maanden geven vrouwen vooral aan dat ze geen behoefte (meer) hebben aan seks, terwijl mannen vaker aangeven dat fysieke gezondheidsredenen hun parten spelen of dat ze een seksueel probleem hebben (Tabel 11). Vrouwen vermelden daarnaast vaker als reden dat hun partner is overleden (18%) in vergelijking met mannen (4%). Deze bevindingen worden bevestigd in Frans populatieonderzoek (Le Van et al., 2008).

Een aantal redenen werd door niemand aangeduid, namelijk 'Ik ben net bevallen' of 'Mijn partner is net bevallen' en 'Ik heb een soa' of 'Mijn partner heeft een soa'.

Tabel 11. Redenen voor seksuele inactiviteit tijdens de laatste zes maanden. Percentage dat een reden heeft aangeduid, naar geslacht (N=360).

	Totaal	Man	Vrouw
<i>N</i>	360	145	215
Heb er geen behoefte (meer) aan	36.8%	30.3%*	41.1%*
Heb geen relatie	35.4%	34.7%	35.8%
Fysieke gezondheidsredenen	14.0%	22.9%***	7.9%***
Mijn partner is overleden	12.0%	3.5%***	17.7%***
Mijn partner heeft geen behoefte (meer)	11.1%	13.1%	9.8%
Het is er gewoon niet van gekomen	8.4%	9.7%	7.5%
Fysieke gezondheidsredenen partner	6.7%	4.8%	7.9%
Ik heb een seksueel probleem	5.6%	9.7%**	2.8%**
Mijn partner heeft een seksueel probleem	5.3%	0.7%**	8.4%**
Ik wil niet meer vrijen met mijn partner	3.4%	2.8%	3.7%
Andere redenen	2.8%	5.5%*	0.9%*
Mijn partner wil niet meer vrijen met mij	2.2%	3.5%	1.4%
Ik ben er niet klaar voor	1.1%	0.0%	1.9%
Ik ben bang om soa/hiv te krijgen	0.8%	0.7%	0.9%
Mijn partner is zwanger	0.3%	0.7%	0.0%

Tabel 11. Redenen voor seksuele inactiviteit tijdens de laatste zes maanden. Percentage dat een reden heeft aangeduid, naar geslacht ($N=360$). (vervolg)

	Totaal	Man	Vrouw
Mijn partner is er niet klaar voor	0.3%	0.0%	0.5%
Mijn religieuze overtuiging verbiedt het	0.3%	0.7%	0.0%
Ik ben momenteel zwanger		nvt	0.1%

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.3. Aantal sekspartners

Aan alle seksueel ervaren respondenten werd ook gevraagd hoeveel sekspartners ze in hun leven hebben gehad. In de volledige steekproef vinden we bij mannen een gemiddelde van 9.4 sekspartners, tegenover gemiddeld 5.1 sekspartners bij vrouwen (Tabel 12). Ook in Nederlands, Brits, Amerikaans en Frans populatieonderzoek komt naar voren dat mannen meer sekspartners aangeven dan vrouwen (Leridon, 2008; de Graaf et al., 2012; Laumann et al., 1994; Johnson et al., 2001).

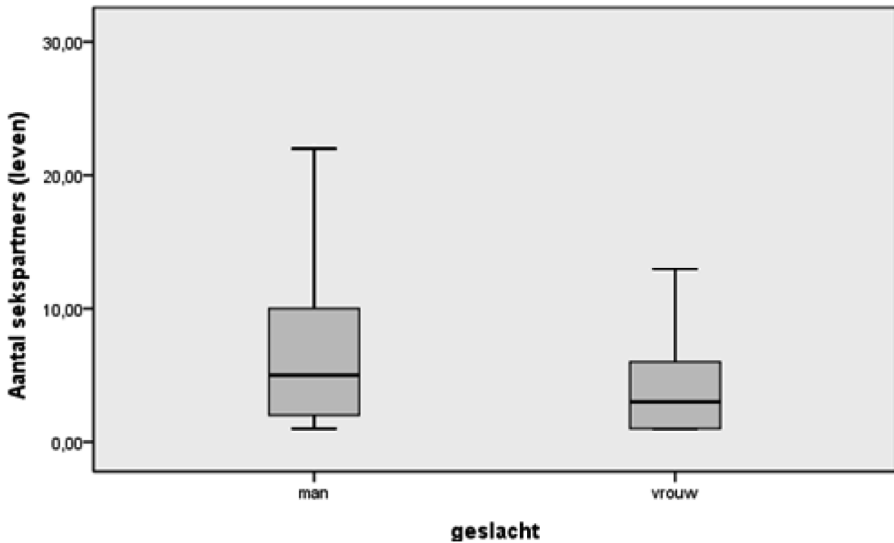
Een vijfde (21%) van de mannen tegenover 30% van de vrouwen heeft één sekspartner gehad, en nog eens 10% van de mannen versus 13% van de vrouwen heeft het (tot nu toe) bij twee sekspartners gehouden. De onderstaande boxplot (Figuur 8) laat daarnaast zien dat de variatie groter is bij mannen, vergeleken met vrouwen in de steekproef. De box geeft de centrale 50% weer: bij mannen heeft de centrale 50% tussen twee en negen sekspartners gehad. Bij vrouwen is dit tussen één en vier sekspartners. Ook de staart (naar boven toe) is langer bij mannen.

Tabel 12. Aantal sekspartners in het leven, naar geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1684$).

	Totaal	Mannen	Vrouwen
N	1684	837	847
Gemiddelde (SD)	7.2 (16.7)	9.4 (20.6)***	5.1 (11.4)***
1	25.4%	21.0%***	29.7%***
2	11.4%	9.8%*	13.0%*
3	12.4%	11.4%	13.3%
4	9.6%	7.8%*	11.4%**
5	9.0%	10.0%	8.1%
6 tot 10	17.1%	18.1%	16.1%
11 tot 20	9.7%	13.9%***	5.6%***
21 of meer	5.2%	7.9%***	2.6%***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Binnen de groep van mannen merken we, in tegenstelling tot de vrouwen in onze bevraging, leeftijdsverschillen op (Figuur 9). De jongste groep (-18-jarigen) en 65-plussers hebben minder partners gehad dan mannen in de overige groepen. Verder



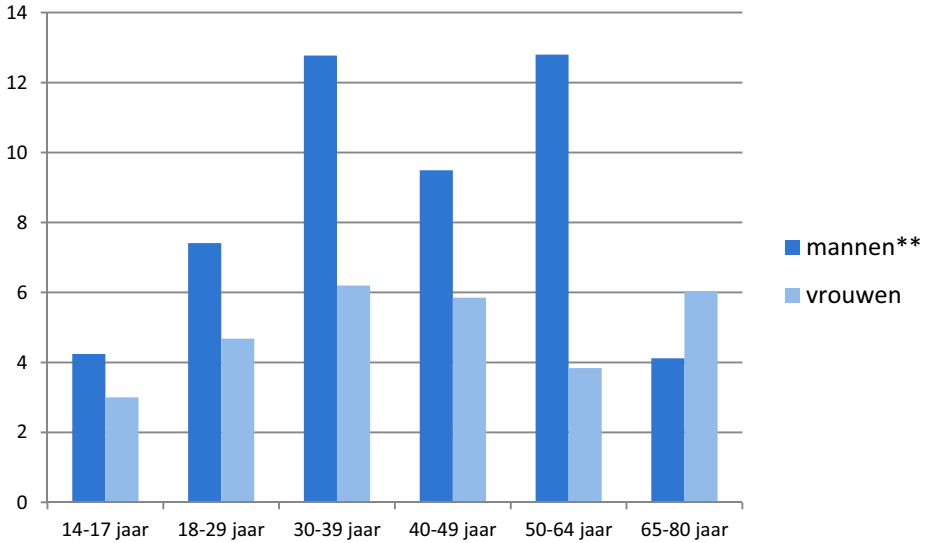
Figuur 8. Aantal sekspartners in het leven, naar geslacht, bij de seksueel ervaren groep (N=1684).

zien we dat mannelijke dertigers en 50- tot 64-jarigen hoger scoren (gemiddeld meer dan 12 partners), zeker vergeleken met de tussenliggende leeftijdsgroep (de veertigers).

Bij vrouwelijke respondenten vinden we weinig verschillen, behalve het feit dat de oudste groep een hoger aantal sekspartners rapporteert dan iets jongere vrouwen (50-64 jaar), en dit ook vergeleken met hun mannelijke leeftijdsgenoten. In alle andere leeftijdsgroepen rapporteren mannen systematisch een hoger aantal sekspartners dan vrouwen (Figuur 9, p. 58).

Vervolgens gingen we ook het aantal sekspartners tijdens de afgelopen zes maanden na. Er is een klein, maar statistisch significant verschil naar geslacht: mannen rapporteren gemiddeld 1.3 sekspartners, terwijl vrouwen aangeven 1.1 sekspartners te hebben gehad (Tabel 13, p. 58). De meerderheid (88% van de mannen en 94.5% van de vrouwen) rapporteert één sekspartner tijdens het afgelopen half jaar, terwijl 3.5% van de mannen tegenover 1% van de vrouwen vier of meer sekspartners had.

Wanneer we het aantal sekspartners tijdens de afgelopen zes maanden ook per leeftijdsgroep bekijken (Figuur 10, p. 59), merken we dat de jongste groep (14-18) en jongvolwassenen (18-29 jaar) tijdens het voorbije half jaar meer sekspartners hebben gehad dan alle oudere leeftijdsgroepen. Laumann en collega's (1994) rapporteren eveneens dat jongere leeftijdsgroepen het afgelopen jaar meer sekspartners hadden dan de oudere leeftijdsgroepen.



** $p < .01$

Figuur 9. Gemiddeld aantal sekspartners in het leven, naar geslacht en leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren groep ($N=1684$).

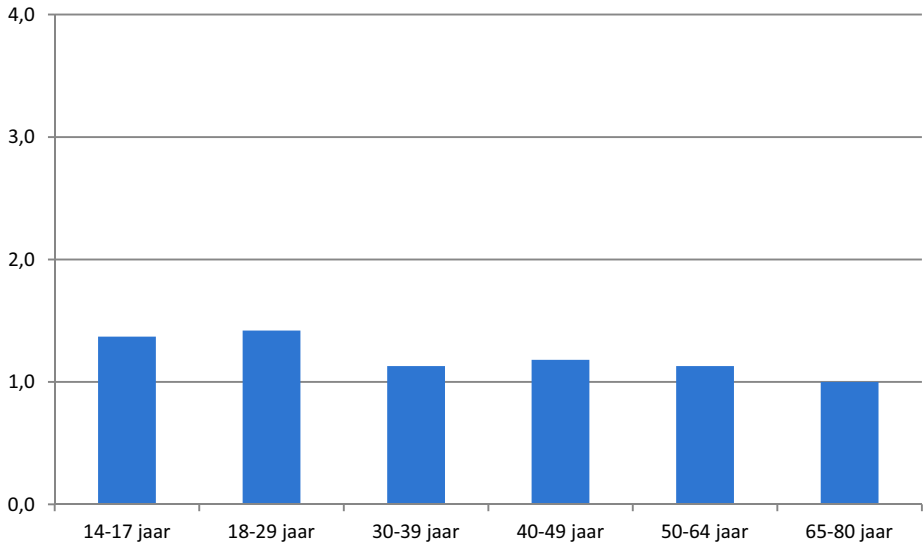
Tabel 13. Aantal sekspartners tijdens de afgelopen zes maanden, naar geslacht, bij de seksueel actieve groep ($N=1332$).

	Totaal	Mannen	Vrouwen
<i>N</i>	1330	696	635
Gemiddelde (<i>SD</i>)	1.3 (1.7)**	1.1 (0.5)**	1.3 (1.7)**
1	91.1%	88.0%***	94.5%***
2	4.8%	5.9%*	3.6%*
3	1.8%	2.6%**	0.9%**
4 of meer	2.4%	3.5%***	1.0%***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.4. Seksuele oriëntatie

De seksuele oriëntatie van respondenten meten we aan de hand van verschillende dimensies: zelfbenoeming (i.e. hoe je jezelf als persoon benoemt), seksueel verlangen (i.e. over wie je seksuele fantasieën hebt en tot wie je je seksueel aangetrokken voelt) en seksueel gedrag (i.e. het geslacht van de partners waarmee je seks had). Hieronder presenteren we de gegevens voor elk van deze dimensies, opgesplitst volgens geslacht. Daarnaast gaan we na in welke mate er tussen deze verschillende dimensies overlap is. Bijvoorbeeld, sommige mannen zullen misschien wel seks hebben gehad met andere mannen, maar benoemen zichzelf niet als homoseksueel. Ten slotte gaan we na hoeveel holebi's we kunnen identificeren als we de scores van de respondenten op elk van de dimensies samen nemen.



Figuur 10. Gemiddeld aantal sekspartners tijdens de laatste zes maanden naar leeftijdsgroep, bij de seksueel actieve groep ($N=1332$) ($p<.01$).

2.4.1. Zelfbenoeming

We vroegen de respondenten ‘Hoe zou je jezelf als persoon benoemen?’ (Tabel 14). Het aandeel respondenten dat zichzelf als exclusief heteroseksueel benoemt, bedraagt 93%. Van alle respondenten benoemt 3.7% zich als meer heteroseksueel dan homoseksueel/lesbisch. Eén op vijftig (2%) ziet zichzelf als biseksueel. Het aandeel respondenten dat zich als meer homoseksueel/lesbisch dan heteroseksueel benoemt, bedraagt 0.3%. Eén op honderd (1%) ziet zichzelf als exclusief homoseksueel/lesbisch. We vonden geen significante verschillen volgens geslacht. Samengevat kunnen we stellen dat 96.7% van de respondenten zichzelf als (eerder) heteroseksueel beschouwt. Het aandeel respondenten dat zichzelf als biseksueel of als (eerder) homoseksueel/lesbisch beschouwt, bedraagt 3.3%.

Tabel 14. Zelfbenoeming opgesplitst naar geslacht.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
<i>N</i>	1777	891	886
heteroseksueel	93%	93.7%	92.3%
meer heteroseksueel dan homoseksueel/lesbisch	3.7%	3.5%	4%
biseksueel	2%	1.5%	2.5%
meer homoseksueel/lesbisch dan heteroseksueel	0.3%	0.3%	0.2%
Homoseksueel/lesbisch	1%	0.9%	1.0%
Andere omschrijving of geen antwoord	2.6% ($N=48$)	1.9% ($N=18$)	3.3% ($N=30$)

We vergelijken onze onderzoeksgegevens met gegevens uit het onderzoek 'Sociaal-Culturele verschuivingen in Vlaanderen' (SCV) (Carton, Vander Molen & Pickery, 2006). Het SCV-onderzoek is een jaarlijkse studie op basis van een representatieve steekproef van 1500 Nederlandstalige Belgen in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. We selecteerden enkel die respondenten van 18 tot en met 80 jaar, aangezien de leeftijdsrange in Sexpert van 14-80 jaar en bij SCV van 18-85 jaar bedraagt (Tabel 15). De vraagstelling met betrekking tot zelfbenoeming was in het SCV-onderzoek enigszins anders. Zij vroegen hun respondenten 'Geef met een cijfer aan hoe u uw eigen seksualiteit zou omschrijven. U kunt ook een tussenliggend cijfer geven'. De respondenten kregen vervolgens een zevenpuntenschaal aangeboden, waarvan enkel de eerste categorie ('exclusief heteroseksueel'), de vierde categorie ('biseksueel') en de zevende categorie ('exclusief homoseksueel') benoemd werden. Om de gegevens vergelijkbaar te maken, hercodeerden we de antwoorden op deze zevenpuntenschaal naar een vijfpuntenschaal (antwoordoptie één blijft één; twee blijft twee; drie, vier en vijf worden drie; vier blijft vier; vijf blijft vijf). Deze hercodering houdt in dat respondenten in het SCV-onderzoek drie mogelijke antwoordopties hadden om 'biseksueel' aan te duiden in vergelijking met slechts één antwoordoptie in het Sexpert-onderzoek.

In het Sexpert-onderzoek zijn er meer mannen (93.4%) en vrouwen (92.6%) die zich als heteroseksueel benoemen in vergelijking met het SCV-onderzoek (respectievelijk 73.6% en 84.1%). In het Sexpert-onderzoek zijn er minder mannen (3.6%) en vrouwen (3.9%) die zich als meer heteroseksueel dan homoseksueel/lesbisch benoemen in vergelijking met het SCV-onderzoek (respectievelijk 18.6% en 6.8%). In het Sexpert-onderzoek zijn er minder mannen (1.7%) en vrouwen (2.4%) die zich als biseksueel benoemen in vergelijking met het SCV-onderzoek (respectievelijk 5.5% en 6.3%). Ten slotte benoemen meer vrouwen (2.1%) zich als lesbisch in het SCV-onderzoek in vergelijking met de vrouwen uit het Sexpert-onderzoek (1%).

Hoe kunnen we deze significante verschillen tussen beide populatiestudies verklaren? Mogelijk heeft dit te maken met de andere vraagverwoording die werd gebruikt, evenals met het gebruiken van een vijfpuntenschaal versus een zevenpuntenschaal. Het significant hoger aandeel biseksuelen in het SCV-onderzoek kan te maken hebben met het gegeven dat respondenten in het SCV-onderzoek drie in plaats van één antwoordmogelijkheden hebben om een biseksuele benoeming aan te geven. Het niet benoemen van antwoordopties in de SCV-schaal leidt er mogelijk toe dat respondenten gemakkelijker een antwoordoptie aanduiden die niet geassocieerd is met een negatief beladen term zoals 'biseksueel'. Mogelijk is ook het aanduiden van de tweede antwoordoptie in het SCV-onderzoek minder bedreigend dan het aanduiden van de tweede antwoordoptie in het Sexpert-onderzoek omdat die zich in het laatste onderzoek dichterbij de meer beladen term biseksueel/homoseksueel. Ook verschillen in zelfselectie van respondenten kunnen een rol spelen. Het Sexpert-onderzoek werd immers gepresenteerd als een onderzoek over seksuele gezondheid, het SCV-onderzoek als een onderzoek naar problemen die de Vlaamse burger ervaart, wat Vlamingen van hun toekomst verwachten en hoe de

Vlaamse burger tegenover overheidsmaatregelen staat. Een dergelijke presentatie van een onderzoek kan een ‘ander’ soort respondent aantrekken of een ander soort antwoord genereren omdat seksuele gezondheid niet het onderwerp van de studie is. Dit zou kunnen impliceren dat holebi’s minder geneigd zijn om deel te nemen aan een onderzoek over seksuele gezondheid dan aan een onderzoek over aspecten die de Vlaamse burger aanbelangen.

Als we in dit onderzoek kijken naar de respondenten die zich identificeren als homo, lesbisch of biseksueel, dan identificeren we 2.7% homo- en biseksuele mannen en 3.7% lesbische en biseksuele vrouwen (dit verschil is niet significant). Deze gegevens komen relatief goed overeen met onderzoek uit de Verenigde Staten van Amerika (respectievelijk 2.8% en 1.4%) en in Frankrijk (respectievelijk 2.2% en 1.3%) (Lau-man et al., 1994, Bajos & Beltzer, 2008).

Tabel 15. Zelfbenoeming opgesplitst naar geslacht en dataset (Sexpert vs. SCV).

	Sexpert			SCV		
	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen
<i>N</i>	1645	819	826	1380	698	682
heteroseksueel	93%***	93.4%***	92.6%***	78.8%***	73.6%***	84.1%***
meer heteroseksueel dan homo- seksueel/lesbisch	3.7%*	3.6%*	3.9%	12.8%*	18.6%*	6.8%
biseksueel	2%	1.7%	2.4%	5.9%	5.5%	6.3%
meer homoseksueel/lesbisch dan heteroseksueel	0.3%	0.3%	0.2%	0.7%	0.7%	0.7%
homoseksueel/lesbisch	1%	1%	1%	1.8%	1.6%	2.1%

* $p < .05$; *** $p < .001$

2.4.2. Seksueel verlangen

De dimensie ‘seksueel verlangen’ meten we door te peilen naar seksuele fantasieën en seksuele aantrekking.

2.4.2.1. Seksuele fantasieën

We vroegen de respondenten: ‘Heb je seksuele fantasieën over vrouwen/meisjes, over mannen/jongens, of over beide?’ (Tabel 16) Meer mannen (87.6%) dan vrouwen (67.3%) fantaseren enkel over het andere geslacht. Meer vrouwen (23.2%) dan mannen (9.7%) fantaseren voornamelijk over het andere geslacht. Meer vrouwen (5.2%) dan mannen (1.1%) fantaseren ongeveer net zoveel over het andere als over het eigen geslacht. Meer vrouwen (2.2%) dan mannen (0.8%) fantaseren voornamelijk over het eigen geslacht. Ten slotte fantaseren meer mannen (2.1%) dan vrouwen (0.8%) enkel over het eigen geslacht. Samengevat kunnen we stellen dat 97.3% van de mannen en 90.5% van de vrouwen voornamelijk of enkel over het andere geslacht fantaseert. 2.7% van de mannen en 9.5% van de vrouwen fantaseert over

personen van het eigen geslacht of zowel over personen van het eigen als van het andere geslacht¹⁴.

Tabel 16. Seksuele fantasieën opgesplitst naar geslacht.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
<i>N</i>	1601	875	726
Enkel over het andere geslacht	78.4%	87.6%***	67.3%***
Voornamelijk over het andere geslacht	15.8%	9.7%**	23.2%**
Ongeveer net zoveel over het andere als over het eigen geslacht	3%	1.1%***	5.2%***
Voornamelijk over het eigen geslacht	1.4%	0.8%**	2.2%**
Enkel over het eigen geslacht	1.4%	0.8%*	2.1%*
Over geen van beide / geen antwoord	12.3% (N=224)	3.8% (N=34) ***	20.7% (N=190)***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.4.2.2. Seksuele aantrekkings

We vroegen de respondenten ‘Voel je je seksueel aangetrokken tot vrouwen/meisjes, tot mannen/jongens of tot beide?’ (Tabel 17) Meer mannen (90.8%) dan vrouwen (80.3%) geven aan zich enkel tot het andere geslacht aangetrokken te voelen. Meer vrouwen (15.5%) dan mannen (6.7%) geven aan zich voornamelijk tot het andere geslacht aangetrokken te voelen. Het aandeel respondenten dat zich net zoveel aangetrokken voelt tot mannen als tot vrouwen, bedraagt 1.2%. Van alle respondenten voelt 0.6% zich voornamelijk aangetrokken tot het eigen geslacht. Meer vrouwen (2%) dan mannen (0.9%) voelen zich uitsluitend tot het eigen geslacht aangetrokken. Samengevat kunnen we stellen dat 97.5% van de mannen en 95.8% van de vrouwen zich voornamelijk of enkel tot het andere geslacht aangetrokken voelt. Het aandeel mannen en het aandeel vrouwen dat zich (voornamelijk) aangetrokken voelt tot personen van hetzelfde geslacht of zowel tot personen van het eigen als van het andere geslacht, bedraagt respectievelijk 2.4% en 4.2%.¹⁵

Als we in dit onderzoek kijken naar de respondenten die verlangen naar seks met iemand van hetzelfde geslacht of met beide geslachten, dan varieert dit (al naargelang het specifieke vraagitem) bij mannen van 2.4% tot 2.7% en bij vrouwen van 4.2% tot 9.5%. In het Franse onderzoek rapporteert 3.9% van de mannen en 6.2% van de vrouwen homoseksueel verlangen. In het Amerikaanse onderzoek bedragen deze percentages respectievelijk 6.2% en 4.4% (Lauman et al., 1994, Bajos & Beltzer, 2008).

14. De hiervoor samengevatte gegevens verwijzen naar significante verschillen tussen mannen en vrouwen ($p < .001$).

15. De hiervoor samengevatte gegevens verwijzen naar significante verschillen tussen mannen en vrouwen ($p < .05$).

Tabel 17. Seksuele aantrekking opgesplitst naar geslacht.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
<i>N</i>	1804	905	899
Enkel tot het andere geslacht	85.6%	90.8%***	80.3%***
Voornamelijk tot het andere geslacht	11.1%	6.7%***	15.5%***
Ongeveer net zoveel tot het andere als tot het eigen geslacht	1.2%	0.9%	1.5%
Voornamelijk tot het eigen geslacht	0.6%	0.6%	0.7%
Enkel tot het eigen geslacht	1.5%	0.9%*	2%*
Tot geen van beide	1.2% (N=21)	0.4% (N=4)**	1.9% (N=17)**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.4.3. Seksueel gedrag

We vroegen de respondenten ‘Je hele leven overziend, met hoeveel personen heb je seks gehad?’ Daarna vroegen we of deze personen meisjes/vrouwen, jongens/mannen of allebei waren. Deze vraag kon men enkel beantwoorden indien men al ooit seks met iemand had gehad (Tabel 18). 91.1% van de respondenten heeft enkel met personen van het andere geslacht seks gehad. Meer vrouwen (7.9%) dan mannen (5.8%) hebben voornamelijk met personen van het andere geslacht seks gehad. Van alle respondenten heeft 0.6% ongeveer evenveel partners gehad van hetzelfde als van het andere geslacht. Het aandeel respondenten dat voornamelijk met iemand van het eigen geslacht seks heeft gehad, bedraagt 0.7%. Meer mannen (1.2%) dan vrouwen (0.3%) hebben enkel seks gehad met iemand van hetzelfde geslacht. Samengevat kunnen we stellen dat 97.2% van de mannen en 98.8% van de vrouwen voornamelijk of enkel seks hebben gehad met iemand van het andere geslacht. Het aandeel mannen en vrouwen dat (voornamelijk) met personen van het eigen geslacht of zowel met personen van het eigen als van het andere geslacht seks heeft gehad, bedraagt respectievelijk 2.8% en 1.2%.¹⁶

Tabel 18. Seksueel gedrag opgesplitst naar geslacht.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
<i>N</i>	1690	840	850
alleen met personen van het andere geslacht	91.1%	91.4%	90.9%
voornamelijk met personen van het andere geslacht	6.9%	5.8%*	7.9%*
ongeveer net zoveel met personen van het andere als van hetzelfde geslacht	0.6%	0.8%	0.4%
voornamelijk met personen van hetzelfde geslacht	0.7%	0.8%	0.5%
alleen met personen van hetzelfde geslacht	0.7%	1.2%*	0.3%*

* $p < .05$

16. De hiervoor samengevatte gegevens verwijzen naar significante verschillen tussen mannen en vrouwen ($p < .01$).

We vatten de bovenstaande gegevens met betrekking tot de drie verschillende dimensies samen. Het aandeel personen dat zichzelf identificeert als holebi (i.e. homo, lesbisch of biseksueel) bedraagt 3.3% van de respondenten. Meer vrouwen (9.5%) dan mannen (2.7%) fantaseren over personen van het eigen geslacht of zowel over personen van het eigen als van het andere geslacht. Meer vrouwen (4.2%) dan mannen (2.4%) geven aan dat ze zich aangetrokken voelen tot het eigen geslacht of zowel tot het eigen als tot het andere geslacht. Meer mannen (2.8%) dan vrouwen (1.2%) (van zij die ooit seks hadden) hadden (voornamelijk) seks met partners van hetzelfde geslacht of met partners van beide geslachten. 8.6% van de mannelijke respondenten en 9.1% van de vrouwelijke respondenten die ooit seks hadden, had minstens één keer seks met iemand van hetzelfde geslacht.¹⁷ In het Amerikaanse onderzoek bedragen deze percentages respectievelijk 9% en 4%, in het onderzoek in Frankrijk 4% en 3.9% (Lauman et al., 1994, Bajos & Beltzer, 2008).

2.4.4. De onderlinge relatie tussen de verschillende dimensies

We willen nagaan in welke mate de verschillende dimensies gerelateerd aan seksuele oriëntatie (zelfbenoeming, seksueel verlangen en seksueel gedrag) al dan niet overlappen. We baseren ons daarvoor op een methode ontwikkeld door Laumann et al. (1994) in hun Amerikaanse populatiestudie. We construeren een dichotome variabele voor elke dimensie waarbij ‘één’ refereert aan een heteroseksuele oriëntatie en ‘twee’ aan een holebiseksuele oriëntatie. Respondenten die een ‘homoseksuele component’ erkennen (op het vlak van zelfbenoeming, verlangen als gedrag) nemen we mee in deze analyse. Het betreft de respondenten die *minstens één keer* seks hadden met iemand van hetzelfde geslacht OF die *niet uitsluitend* fantaseren of zich *niet uitsluitend* aangetrokken voelen tot personen van het andere geslacht OF die aangeven zichzelf te benoemen als (meer) homoseksueel/lesbisch of biseksueel. Precies 142 mannen (15.6% van in totaal 909 mannen) en 319 vrouwen (34.8% van in totaal 916 vrouwen) scoren op minstens één van de drie dimensies ‘holebiseksueel’. De voorstelling in vendiagrammen stelt ons in staat na te gaan hoe groot het aandeel respondenten is dat exclusief holebiseksueel scoort op één dimensie of dat holebiseksueel scoort op twee of drie dimensies.

De volgende gegevens zijn enkel van toepassing op de groep respondenten die niet uitsluitend heteroseksueel scoort op het vlak van seksueel verlangen en seksueel gedrag en/of die zich als homo, lesbisch of biseksueel benoemt (Figuren 11-13). Meer vrouwen (71.6%) dan mannen (46%) rapporteren holebiseksueel verlangen zonder dat ze ooit seks hadden met iemand van hetzelfde geslacht en zonder dat ze zich als holebi benoemen. Van de respondenten binnen deze subpopulatie geeft

17. Dit zijn alle respondenten die aangeven niet uitsluitend heteroseksuele contacten gehad te hebben. Met andere woorden, alle respondenten die NIET de eerste antwoordcategorie (‘alleen met personen van het andere geslacht’, zie Tabel 24) aanduiden. Het verschil in percentages tussen mannen en vrouwen is niet significant, maar we vermelden dit om de vergelijking met internationale studies te kunnen maken. Verder in dit rapport vermelden we enkel het percentage niet opgesplitst volgens geslacht (i.e. 8.9% van de respondenten).

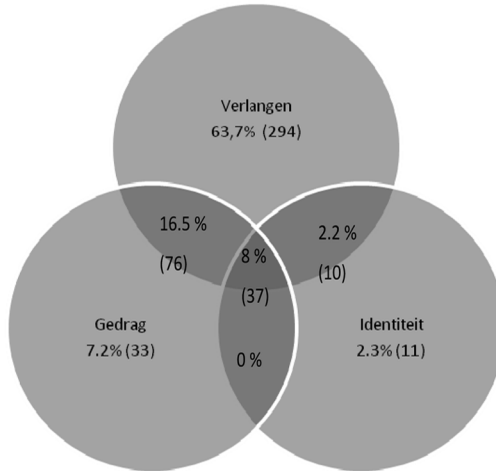
2.3% aan zichzelf wel als holebi te benoemen, maar zonder dat ze ooit seks hadden met iemand van hetzelfde geslacht en zonder dat ze naar dat laatste verlangen.¹⁸ Meer mannen (25.1%) dan vrouwen (12.7%) rapporteren holebiseksueel verlangen en gedrag zonder dat ze zich als holebi benoemen. Meer mannen (11.2%) dan vrouwen (5.5%) hebben seks (gehad) met personen van hetzelfde geslacht zonder dat ze zich als holebi benoemen en zonder dat ze aangeven een holebiseksueel verlangen te hebben. De respondenten die onder de twee hiervoor besproken categorieën vallen, zijn personen die men in de onderzoeksliteratuur aanduidt als Mannen die Seks hebben met Mannen en Vrouwen die Seks hebben met Vrouwen (i.e. respectievelijk MSM en VSV). Uit onze gegevens blijkt dus dat van alle respondenten die een holebiseksuele component rapporteren, de groep MSM (36.3%) groter is dan de groep VSV (18.2%). Binnen deze groep respondenten rapporteert 2.2% een holebiseksueel verlangen en holebiseksuele zelfbenoeming, zonder ooit een sekspartner van hetzelfde geslacht gehad te hebben. Geen enkele respondent rapporteert holebiseksueel gedrag en holebiseksuele zelfbenoeming zonder daarbij holebiseksueel verlangen aan te geven. Ten slotte is het aandeel mannen (12.1%) waarbij de drie dimensies samenvallen, groter dan het aandeel vrouwen (6.1%). Deze mannen en vrouwen benoemen zich als holebi, rapporteren holebiseksueel verlangen en hebben al minstens één keer seks gehad met iemand van hetzelfde geslacht.

Deze resultaten bevestigen onderzoek van Laumann et al. (1994), waaruit blijkt dat zelfbenoeming niet echt kan worden beschouwd als een afzonderlijke dimensie die losstaat van holebiseksueel verlangen en holebiseksueel gedrag. Logischerwijze veronderstelt het zichzelf als holebi benoemen ook dat men een verlangen heeft naar seksueel contact met iemand van hetzelfde geslacht en/of dat men seks heeft (gehad) met iemand van hetzelfde geslacht. Het voorkomen van holebiseksueel verlangen en een holebiseksuele identiteit zonder seksueel contact te hebben (gehad) met iemand van hetzelfde geslacht, is niet zo vreemd, aangezien een holebiseksuele oriëntatie vaak gezien wordt als iets wat voortvloeit uit fantasie en verlangen (Laumann et al., 1994). Deze analyse toont aan dat een multidimensionele benadering van seksuele oriëntatie zinvol is.

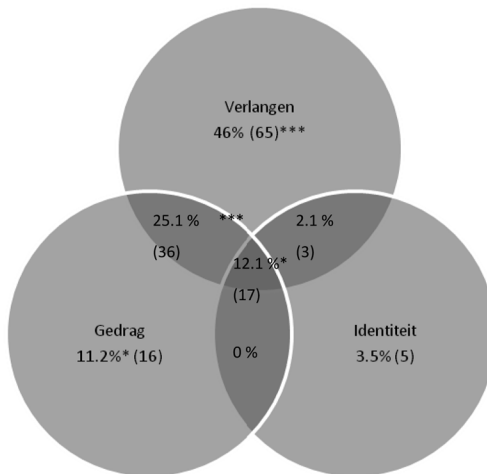
Samenvattend kunnen we stellen dat een substantieel aandeel van de respondenten die op één van de dimensies een holebiseksuele component rapporteren, wel een holebiseksueel verlangen hebben, zonder dat ze seks hebben met iemand van hetzelfde geslacht en zonder dat ze zich als holebi identificeren. Dit is vaker het geval

18. Aangezien deze respondenten allen aangaven zich (bijna) uitsluitend aangetrokken te voelen tot personen van het andere geslacht en ze tevens alleen sekspartners van het andere geslacht hadden gehad, hebben ze mogelijk de zelfbenoemingscategorieën verkeerd begrepen. Het is ook mogelijk dat iemand momenteel geen homoseksueel verlangen heeft, maar dat in het verleden wel had. Het is dan ook een beperking van onze meting dat die slechts op één tijdstip moment is afgenomen en geen evolutie van een seksuele oriëntatie in de tijd kan weerspiegelen. Daarnaast kan iemand zich om politieke of culturele redenen als holebi wensen te benoemen, zonder dat dit samengaat met homoseksueel verlangen en/of gedrag. We merken op dat ook in het Amerikaanse en het Franse onderzoek een klein aandeel respondenten zich als holebi benoemt zonder homo- of biseksueel gedrag en verlangens te rapporteren (Lauman et al., 1994, Bajos & Beltzer, 2008).

bij vrouwen dan bij mannen. Seks hebben (gehad) met iemand van hetzelfde geslacht komt niet altijd overeen met het uiten van een holebiseksueel verlangen of met het zichzelf benoemen als holebi. Dit gegeven verwijst naar de term Mannen die Seks hebben met Mannen en Vrouwen die Seks hebben met Vrouwen. Het aandeel MSM is groter dan het aandeel VSV. Ten slotte vallen bij een relatief klein aandeel respondenten holebiseksueel verlangen, gedrag en identiteit samen. Bij mannen is dit vaker het geval dan bij vrouwen.

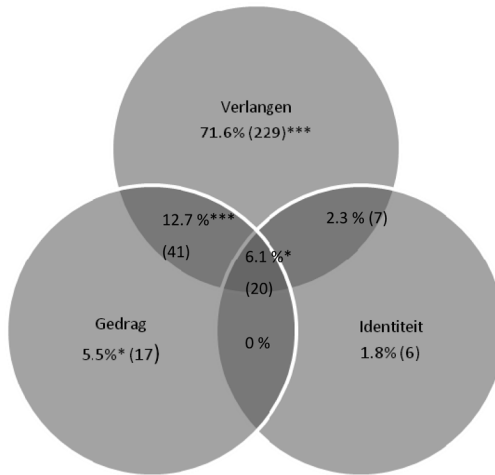


Figuur 11. Onderlinge relatie tussen verschillende dimensies (seksueel gedrag, seksueel verlangen en zelfbenoeming) (N=461).



*p<.05; ***p<.001

Figuur 12. Onderlinge relatie tussen verschillende dimensies (seksueel gedrag, seksueel verlangen en zelfbenoeming) bij 142 mannen (15.6% van in totaal 909 mannen).



* $p < .05$; *** $p < .001$

Figuur 13. Onderlinge relatie tussen verschillende dimensies (seksueel gedrag, seksueel verlangen en zelfbenoeming) bij 319 vrouwen (34.8% van in totaal 916 vrouwen).

2.4.5. Aandeel holebi's op basis van scores op de verschillende dimensies

Om tot een goede inschatting te komen van de grootte van het aandeel holebi's in de populatie, is het belangrijk om een definitie te hanteren die voldoende breed is. Op deze manier nemen we ook MSM en VSV mee. Vanuit een seksueel gezondheidsperspectief is het immers van belang om ook die groep holebi's te identificeren die enkel homoseksueel gedrag stellen, maar zich niet als holebi identificeren (zie bv. Mercer et al., 2007; Kerker, Mostashari & Thorpe, 2006; van Kesteren, Hospers & Kok, 2007). Anderzijds mag onze definitie ook niet te breed zijn. We lopen dan immers het risico om respondenten als holebi te identificeren, terwijl ze op één of meerdere dimensies bijna uitsluitend heteroseksueel scoren. De indeling die we hieronder presenteren, beantwoordt aan deze criteria (niet te eng en niet te breed), maar het blijft hoe dan ook een arbitraire indeling. Waar je de grens legt tussen 'holebi' en 'hetero' is dan ook altijd artificieel.

We identificeren iemand als holebi wanneer hij of zij aangeeft zichzelf als homo/lesbisch, biseksueel of als meer homo/lesbisch dan heteroseksueel te benoemen OF wanneer hij/zij aangeeft minstens evenveel seksuele fantasieën te koesteren over personen van hetzelfde geslacht als over personen van het andere geslacht OF wanneer hij/zij aangeeft zich minstens evenveel aangetrokken te voelen tot personen van hetzelfde als van het andere geslacht OF wanneer hij/zij aangeeft minstens evenveel seksuele contacten te hebben gehad met personen van hetzelfde als van het andere geslacht.

We identificeren op deze manier 6.9% holebi's en 93.1% hetero's¹⁹ (Tabel 19). We identificeren meer heteromannen (96.1%) dan heterovrouwen (90.2%) en meer lesbische en biseksuele vrouwen (9.8%) dan homo- en biseksuele mannen (3.9%). Binnen de groep vrouwen vinden we geen significante verschillen in percentages holebi versus hetero al naargelang de leeftijdsgroep²⁰ (Tabel 20). Bij mannen vinden we wel significante verschillen: we identificeren meer holebi's in de leeftijdsgroep 50-80 jaar (5.9%) en minder holebi's in de leeftijdsgroep 30-49 jaar (1.9%) in vergelijking met de leeftijdsgroep 14-29 jaar (3.6%).

Tabel 19. Percentage mannen en vrouwen die we als holebi identificeren op basis van de dimensies zelfbenoeming, seksuele fantasieën, seksueel verlangen en seksueel gedrag.

	Seksuele oriëntatie		
	N	Hetero	Holebi
Mannen	909	96.1%***	3.9%***
Vrouwen	916	90.2%***	9.8%***
Totaal	1825	93.1%	6.9%

*** $p < .001$

Tabel 20. Percentage mannen en vrouwen die we als holebi identificeren op basis van de dimensies zelfbenoeming, seksuele fantasieën, seksueel verlangen en seksueel gedrag, opgesplitst naar leeftijd.

	N	Hetero	Holebi
Mannen			
Totaal	909	96.0%	4.0%
14-29	249	96.4%	3.6%
30-49	321	98.1%	1.9%
50-80	338	94.1%	5.9%
Vrouwen			
Totaal	916	90.2%	9.8%
14-29	244	88.5%	11.5%
30-49	300	90.0%	10.0%
50-80	372	91.4%	8.6%

Mannen: $\chi^2(2)=7.35$; $p < .05$; vrouwen: $\chi^2(2)=1.48$; $p=.48$

19. Wanneer we in deze groep van 125 holebi's nagaan in welke mate de verschillende dimensies bijdragen tot het identificeren van een respondent als holebi, dan zien we dat 46% ($N=58$) van deze holebi's zichzelf als holebi benoemt, 74% ($N=92$) van hen aangeeft holebiseksuele fantasieën te hebben, 47% ($N=59$) van hen rapporteert zich aangetrokken te voelen tot hetzelfde geslacht (of beide geslachten) en 26% ($N=33$) rapporteert seks te hebben gehad met partners van hetzelfde geslacht of van beide geslachten.
20. Omdat de aantallen in de verschillende cellen, wanneer we hetero's en holebi's vergelijken opgesplitst naar leeftijdsgroep, soms erg klein zijn, wijken we hier af van het hanteren van zes leeftijdscategorieën. Daarom nemen we de leeftijdscategorie '14-17 jaar' en '18-29 jaar', '30-39 jaar' en '40-49 jaar', '50-64 jaar' en '65-80 jaar' samen (zie ook 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, wat deze kleine aantallen betreft).

2.4.6. Besluit

Het aandeel personen dat zichzelf als holebi benoemt (i.e. homo, lesbisch of biseksueel), bedraagt 3.3% van de respondenten. Meer vrouwen (9.5%) dan mannen (2.7%) fantaseren over personen van het eigen geslacht of zowel over personen van het eigen als van het andere geslacht. Meer vrouwen (4.2%) dan mannen (2.4%) geven aan dat ze zich aangetrokken voelen tot het eigen geslacht of zowel tot het eigen als tot het andere geslacht. Meer mannen (2.8%) dan vrouwen (1.2%) (van zij die ooit seks hadden) hadden (voornamelijk) seks met partners van hetzelfde geslacht of met partners van beide geslachten. Van alle respondenten die ooit seks hadden, had 8,9% minstens één keer seks met iemand van hetzelfde geslacht.

Bij de respondenten die een holebiseksuele component op één of meerdere van de dimensies rapporteren²¹, is er meer holebiseksueel verlangen dan dat er holebiseksueel gedrag is. Bij bijna drie vierde van deze vrouwen (71.6%) en ongeveer de helft van deze mannen (46%) is er holebiseksueel verlangen zonder dat dit zich uit in seks met iemand van hetzelfde geslacht en zonder dat ze zich als holebi benoemen. We stellen vast dat het aandeel MSM (36.3%) groter is dan het aandeel VSV (18.2%). Dit zijn mannen en vrouwen die wel seks hebben met iemand van hetzelfde geslacht, maar zich niet als holebi benoemen. Bij 12.1% van de mannen en 6.1% van de vrouwen die een holebiseksuele component op één of meerdere van de dimensies rapporteren, vallen de drie dimensies (zelfbenoeming, seksueel verlangen en seksueel gedrag) samen: ze benoemen zich als holebi, hebben een verlangen naar seksueel contact met iemand van hetzelfde geslacht en hebben ook seks met partners van hetzelfde geslacht. Wanneer we rekening houden met de scores van respondenten op de verschillende dimensies (zelfbenoeming, seksueel verlangen en seksueel gedrag), dan identificeren we 3.9% mannen en 9.8% vrouwen die op minstens één van de drie dimensies een biseksuele of homoseksuele oriëntatie rapporteren.

Deze onderzoeksgegevens tonen het multidimensionele karakter aan van het in kaart brengen van seksuele oriëntatie. Er is geen eenduidig of ongenueanceerd antwoord te geven op de vraag ‘hoeveel holebi’s’ zijn er in de Vlaamse samenleving?’ Naargelang de gemeten dimensie en het hanteren van een zekere grenswaarde die bepaalt wat ‘heteroseksueel’, ‘biseksueel’ of ‘homoseksueel’ is, variëren de prevalenties. Onze gegevens wijken niet af van internationale studies, waaruit blijkt dat drie tot acht percent van de populatie als ‘holebi’ kan worden geïdentificeerd (Lauman et al., 1994; Bajos & Beltzer, 2008; Vincke & Stevens, 1999).

21. Met ‘een homoseksuele component erkennen’ bedoelen we respondenten die *minstens één keer* seks hadden met iemand van hetzelfde geslacht, OF die aangeven *niet uitsluitend* te fantaseren of zich aangetrokken te voelen tot personen van het andere geslacht, OF die aangeven zichzelf te benoemen als (meer) homoseksueel/lesbisch of biseksueel.

2.5. Besluit ‘Seksuele ervaring’

- Mannen en vrouwen zijn even seksueel ervaren. In totaal heeft 92.7% van de volledige steekproef ervaring met seks en 89.4% ervaring met geslachtsgemeenschap. In internationale populatiestudies worden analoge cijfers gevonden (Le Van et al., 2008; McManus et al., 2002). In de jongste groep (14 tot 17 jaar) heeft 42% ervaring met seks en 36% ervaring met geslachtsgemeenschap.
- Van de seksueel ervaren respondenten was de meerderheid (79%) ook seksueel actief tijdens de voorbije zes maanden, met uitzondering van de 65-plussers, waarbij 57% van de mannen en 36% van de vrouwen seksueel actief waren. Dit leeftijdsverschil vindt men ook in Nederlands populatieonderzoek (de Graaf, 2012).
- In totaal zijn 17% van de seksueel ervaren mannen en 25% van de seksueel ervaren vrouwen de afgelopen zes maanden niet seksueel actief geweest. Analoog aan bevindingen uit Frans populatieonderzoek (Le Van et al., 2008) geven mannen vooral aan dat dit te maken heeft met het niet (meer) hebben van een relatie of fysieke gezondheidsredenen, terwijl vrouwen vaker aangeven daar geen behoefte (meer) aan te hebben.
- Hun hele leven door hebben mannen in alle leeftijdsgroepen systematisch meer sekspartners gehad dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten, met uitzondering van de oudste groep (65-plussers). Dit wordt ook in verscheidene internationale populatieonderzoeken teruggevonden (Leridon, 2008; de Graaf, 2012; Laumann et al., 1994; Johnson et al., 2002). Bij vrouwen is het aantal sekspartners eerder gelijk in alle leeftijdsgroepen (gemiddeld een vijftal), de variatie in het aantal partners is bij mannen ook groter dan bij vrouwen. De groep mannelijke dertigers en 50- tot 64-jarige mannen heeft gemiddeld genomen het hoogste aantal sekspartners gehad (gemiddeld 13). Tot slot duiden jongvolwassenen (18-29), zowel mannen als vrouwen, het hoogste gemiddelde aantal sekspartners tijdens het voorbije half jaar aan. Ook in Amerikaans populatieonderzoek (Laumann et al., 1994) worden verschillen tussen leeftijdsgroepen in het aantal sekspartners gerapporteerd.
- Het aandeel respondenten dat zichzelf als holebi identificeert (i.e. homo, lesbisch of biseksueel) bedraagt 3.3%. Meer vrouwen (9.5%) dan mannen (2.7%) fantaseren over personen van het eigen geslacht of beide geslachten. Meer vrouwen (4.2%) dan mannen (2.4%) geven aan dat ze zich aangetrokken voelen tot het eigen geslacht of tot beide geslachten. Meer mannen (2.8%) dan vrouwen (1.2%) (van zij die ooit seks hadden) hadden (voornamelijk) seks met partners van hetzelfde geslacht of met partners van beide geslachten. 8.9% van de respondenten die ooit seks hadden, had minstens één keer seks met iemand van hetzelfde geslacht. Wanneer we rekening houden met de scores van respondenten op de verschillende dimensies (zelfbenoeming, seksueel verlangen en seksueel gedrag), dan identificeren we 3.9% homo- en biseksuele mannen en 9.8% lesbische en biseksuele vrouwen.

- Er is meer holebiseksueel verlangen dan dat er holebiseksueel gedrag is. Dit geldt nog meer voor vrouwen dan voor mannen. Er zijn meer mannen die seks hebben met mannen, maar zich niet als holebi benoemen dan dat er vrouwen zijn die seks hebben met vrouwen, maar zich niet als holebi benoemen. Bij mannen vallen de drie dimensies (zelfbenoeming, seksueel verlangen en seksueel gedrag) vaker samen dan bij vrouwen.

3. Seksuele beleving

Volgens de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) begrijpen we onder seksuele gezondheid de fysieke, emotionele, mentale en sociale mate van welzijn gerelateerd aan seksualiteit. In onze bevraging is, naast seksueel gedrag, dan ook aandacht geschonken aan seksuele beleving. Eerst wordt nagegaan welk belang respondenten hechten aan seks. Daarnaast gaan we na hoe het is gesteld met de seksuele tevredenheid. We vergelijken daarbij telkens seksueel ervaren respondenten die de voorbije zes maanden seksueel actief waren en respondenten die de voorbije zes maanden geen seks hadden. Tot slot verkennen we ook welke factoren seks makkelijker of net moeilijker maken.

3.1. Belang van seks en seksuele tevredenheid bij seksueel ervaren respondenten

3.1.1. *Belang van seks*

We meten het belang dat mensen hechten aan seks op een vijfpuntenschaal (1 = heel onbelangrijk tot 5 = heel belangrijk) (Tabel 21). Mannen scoren op deze schaal gemiddeld genomen hoger dan vrouwen (respectievelijk 3.8 en 3.5). We vinden tevens verschillen tussen seksueel ervaren respondenten die gedurende de afgelopen zes maanden wel of niet actief zijn geweest. Respondenten die de afgelopen zes maanden actief waren, vinden seks belangrijker dan respondenten die niet actief waren (respectievelijk 3.8 en 3.0). Zowel in de seksueel actieve groep als in de niet-seksueel actieve groep hechten mannen meer belang aan seks dan vrouwen (gemiddelde schaalscore van 3.9 voor mannen versus 3.1 voor vrouwen en 3.3 voor mannen versus 2.9 voor vrouwen).

Wat verschillen betreft naargelang de leeftijdsgroep waartoe men behoort, vinden we dat seks voor 65-plussers minder belangrijk is dan voor respondenten tussen 18 en 65 jaar oud, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. Binnen de groep van dertigers, veertigers, vijftigers en 65-plussers hechten mannen daarnaast stelselmatig een groter belang aan seks dan vrouwen. In de jongste twee leeftijdsgroepen vinden mannen en vrouwen seks dan weer in gelijke mate belangrijk (Figuur 14).

Tabel 21. Belang van seks, naar geslacht en naargelang seksuele activiteit (al dan niet seksueel actief tijdens de afgelopen zes maanden) bij de seksueel ervaren groep (N=1685).

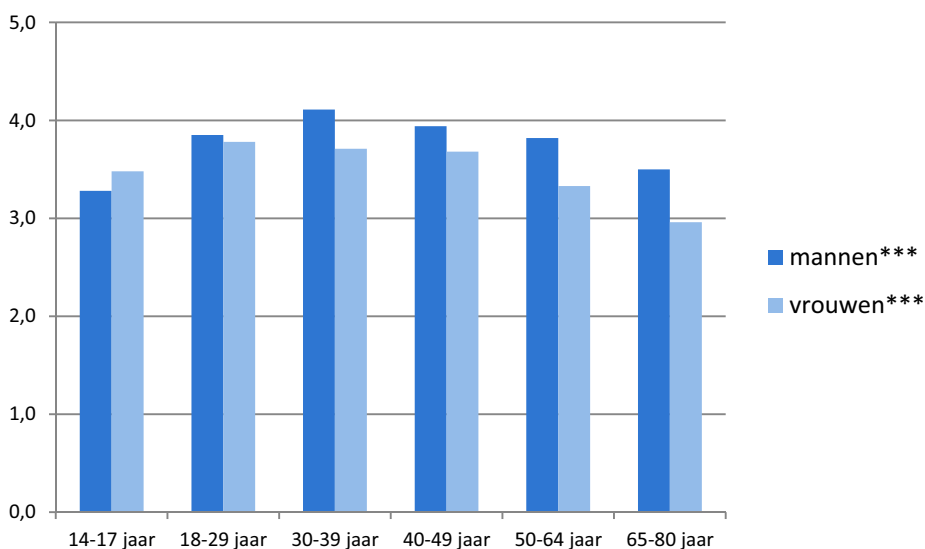
		N	Gemiddelde (SD)
Seksueel ervaren (totaal)	Mannen*	839	3.8 (1.0)
	Vrouwen*	846	3.5 (1.1)
	Totaal	1685	3.7 (1.1)
Seksueel actief (zes maanden)****	Mannen**	696	3.9 (1.0)
	Vrouwen**	637	3.7 (1.0)
	Totaal	1333	3.8 (1.0)
Seksueel niet actief (zes maanden)****	Mannen***	144	3.3 (1.1)
	Vrouwen***	209	2.9 (1.2)
	Totaal	353	3.0 (1.2)

*Verskil in gemiddelde tussen mannen en vrouwen, totaal: $t(1668)=6.66$; $p<.001$

**Verskil in gemiddelde tussen mannen en vrouwen, seksueel actieve groep: $t(1302)=4.57$; $p<.001$

***Verskil in gemiddelde tussen mannen en vrouwen, seksueel niet-actieve groep: $t(351)=3.56$; $p<.001$

****Verskil in gemiddelde tussen seksueel actieve en niet-actieve groep: $t(538)=11.76$; $p<.001$



*** $p<.001$

Figuur 14. Belang van seks naar geslacht en leeftijdsgroep bij seksueel ervaren respondenten.

3.1.2. Seksuele tevredenheid

We meten seksuele tevredenheid op een vijfpuntenschaal (1 = heel ontevreden tot 5 = heel tevreden) (Tabel 22). Mannen en vrouwen verschillen niet significant in hun gemiddelde score op deze schaal (3.6 en 3.5 respectievelijk). Opnieuw vinden we verschillen tussen de actieve en de niet-actieve groep: seksueel actieve respondenten zijn meer tevreden over hun seksleven dan niet seksueel actieve respondenten (gemiddelde score van 3.8 en 2.7 respectievelijk). Noch in de seksueel actieve groep, noch in de niet-seksueel actieve groep vinden we verschillen in seksuele tevredenheid tussen mannen en vrouwen.

Tabel 22. Seksuele tevredenheid, naar geslacht en naargelang seksuele activiteit (al dan niet seksueel actief tijdens de afgelopen zes maanden) bij seksueel ervaren respondenten (N=1685).

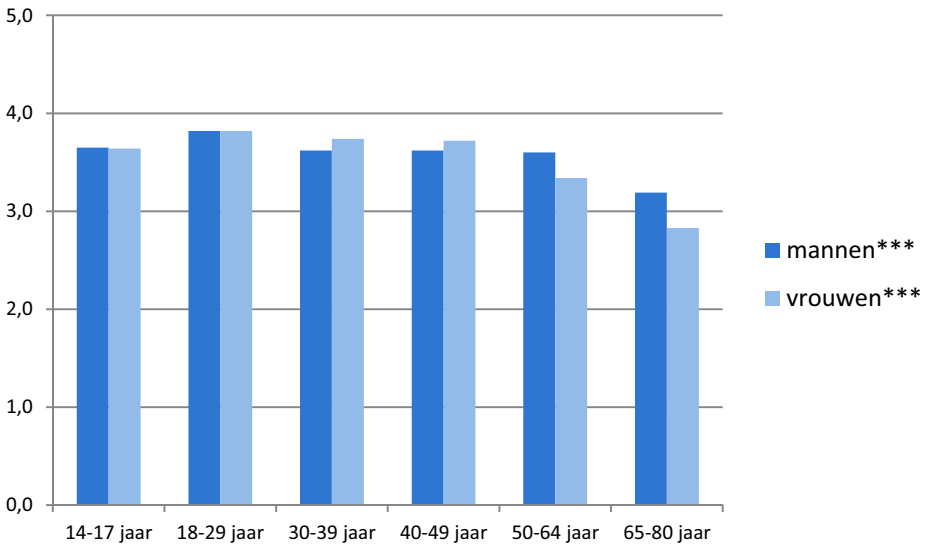
		N	Gemiddelde (SD)
Seksueel ervaren (totaal)	Mannen	838	3.6 (1.1)
	Vrouwen	839	3.5 (1.2)
	Totaal	1677	3.6 (1.1)
Seksueel actief (zes maanden)***	Mannen	696	3.8 (1.0)
	Vrouwen	635	3.8 (1.0)
	Totaal	1331	3.8 (1.0)
Seksueel niet actief (zes maanden)***	Mannen	142	2.8 (1.1)
	Vrouwen	204	2.7 (1.1)
	Totaal	347	2.7 (1.1)

***Verschil in gemiddelde tussen seksueel actieve en niet-actieve groep: $t(538)=16.23$; $p<.001$

Leeftijdsv verschillen in seksuele tevredenheid houden gelijke tred met de gerapporteerde leeftijdsv verschillen in het belang dat wordt gehecht aan seks (Figuur 15, p. 74). Mannen ouder dan 65 jaar zijn minder tevreden over hun seksleven dan mannen in de jongere leeftijdsgroepen, terwijl bij vrouwen een onderscheid te vinden is tussen 50-plussers en vrouwen jonger dan 50. Bovendien blijken mannen ouder dan 50 jaar op seksueel vlak nog iets meer tevreden te zijn dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten (Figuur 15). Ook in recent Nederlands onderzoek wordt gerapporteerd dat oudere respondenten gemiddeld genomen minder tevreden zijn dan jongere respondenten (Bakker et al., 2009; de Graaf, 2012).

3.2. Factoren die seks gemakkelijker/moeilijker maken

Als laatste aspect van de seksuele beleving wordt bij respondenten met een partner in onze bevraging ook gepeild naar ‘factoren die seks gemakkelijker of beter maken’ en ‘factoren die seks moeilijker of slechter maken’. Hiervoor worden aan de respondent in totaal acht verschillende factoren voorgelegd, waarbij het de bedoeling is dat hij of zij een score van één tot zeven geeft. Eén staat hierbij voor ‘maakt seks (hebben) veel moeilijker of slechter voor mij’ en zeven voor ‘maakt seks (hebben) veel

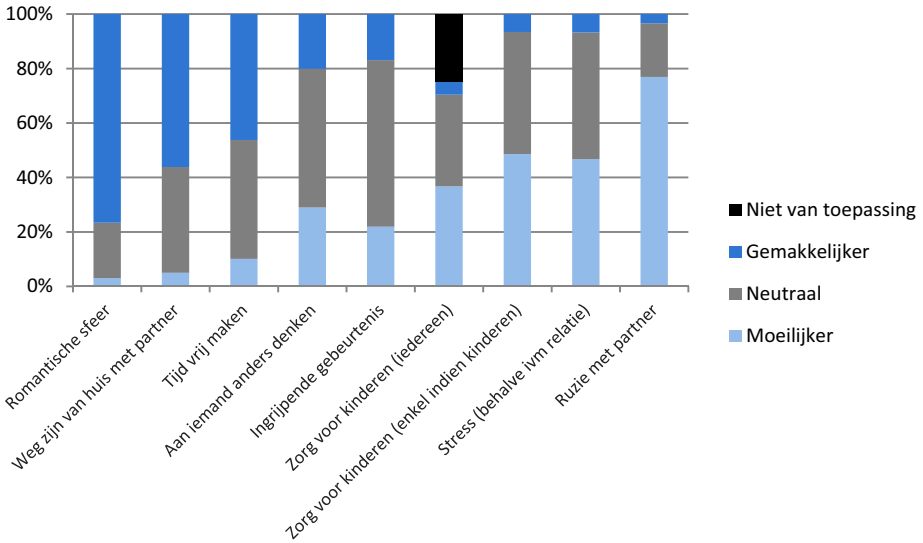


*** $p < .001$

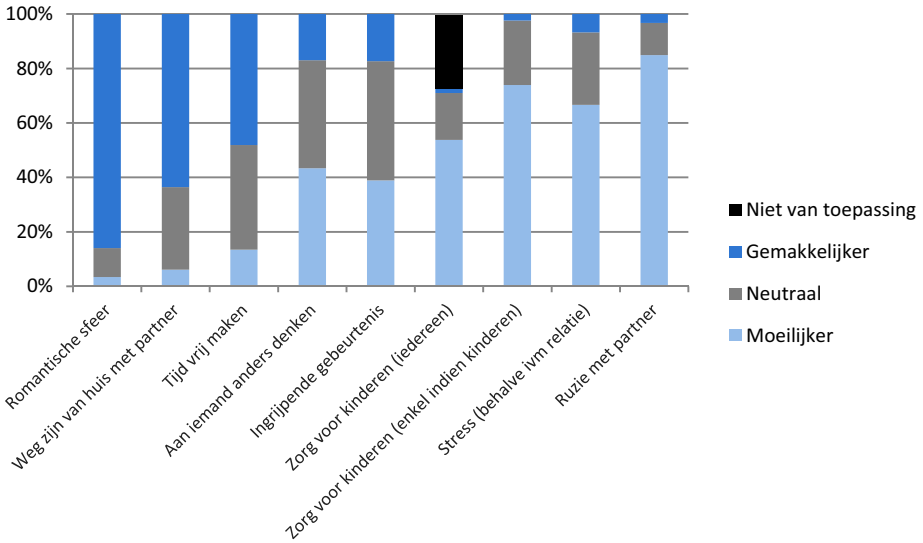
Figuur 15. Seksuele tevredenheid naar geslacht en leeftijdsgroep bij seksueel ervaren respondenten.

gemakkelijker of beter voor mij'. De resultaten worden weergegeven in Figuur 16 en Figuur 17.

Vrouwen blijken meer uitgesproken gevoelens te hebben met betrekking tot de voorgelegde factoren of situaties. Mannen geven minder vaak dan vrouwen aan dat een factor een rol speelt (positief dan wel negatief) in het seksleven. Toch verschilt de rangorde niet tussen mannen en vrouwen. 'Een romantische sfeer', 'weg van huis zijn (bijvoorbeeld op vakantie, ...)' en (op de derde plaats) 'tijd vrij maken' zijn bij mannen en vrouwen de belangrijkste positieve factoren, terwijl 'stress', 'ruzie met de partner' en 'zorg voor de kinderen' de belangrijkste negatieve impact lijken te hebben op het seksleven. Leeftijdsgroepen verschillen hierin ook niet van elkaar. Gezien de bevraging van factoren die seks makkelijker/moeilijker maken uniek is voor Sexpert, kunnen we deze bevindingen niet vergelijken met de bevindingen van andere populatiestudies naar seksuele gezondheid.



Figuur 16. Factoren die seks gemakkelijker of moeilijker maken bij seksueel actieve mannen met een partner (N=663).



Figuur 17. Factoren die seks gemakkelijker of moeilijker maken bij seksueel actieve vrouwen met een partner (N=603).

3.3. Besluit ‘Seksuele beleving’

- Mannen scoren gemiddeld 3.8 op een vijfpuntenschaal rond belang van seks, terwijl vrouwen een gemiddelde score van 3.5 behalen.
- Respondenten uit de niet-actieve groep vinden seks gemiddeld genomen minder belangrijk dan de actieve groep. In beide groepen vinden mannen seks belangrijker dan vrouwen. Ook is seks voor de oudste groep mannen en vrouwen (65-80) minder belangrijk dan voor respondenten uit de andere leeftijdsgroepen.
- Wat tevredenheid over het eigen seksuele leven betreft, gemeten op een vijfpuntenschaal, scoren mannen gemiddeld 3.6 en vrouwen 3.5. In tegenstelling tot het eerder vermelde belang van seks verschillen mannen en vrouwen niet in seksuele tevredenheid.
- Ook wat seksuele tevredenheid betreft, zien we een verschil tussen seksueel ervaren respondenten die de afgelopen zes maanden wel of niet seksueel actief waren: respondenten uit de niet-actieve groep zijn gemiddeld minder seksueel tevreden dan de actieve groep. Verder zijn mannen in de oudste groep (65-80) en vrouwen boven de 50 jaar minder seksueel tevreden. Ook in Nederlands populatieonderzoek (de Graaf, 2012) worden verschillen in seksuele tevredenheid tussen leeftijdsgroepen gevonden.
- Tot slot peilden we naar factoren die seks moeilijker of makkelijker maken voor respondenten met een vaste partnerrelatie. Het blijkt dat voor mannen en vrouwen een romantische sfeer, weg van huis zijn en tijd vrij maken bevorderende factoren zijn, terwijl stress, ruzie met de partner en zorg voor de kinderen een positieve seksbeleving hinderen.

4. Seksueel gedrag

Nu we een blik hebben geworpen op de seksuele beleving, gaan we verder in op het seksuele gedrag en de gerapporteerde seksuele handelingen tijdens de zes maanden voor het interview. In wat volgt, besteden we achtereenvolgens aandacht aan de seksuele frequentie, de regelmaat waarmee men tot een orgasme komt en de seksuele handelingen. Ook vreemdgaan en masturbatie worden in het overzicht opgenomen.

4.1. Seksuele frequentie

Om tot een waarheidsgetrouwe, geldige inschatting te komen van de seksuele activiteit van Vlamingen, is de vraag naar de frequentie waarmee respondenten gedurende een bepaalde referentieperiode seks hebben gehad, cruciaal. Bij deze vraagstelling werd daarom gebruikgemaakt van een trapsgewijze meting met open antwoordmogelijkheden, gecombineerd met filtervragen.

Wanneer men respondenten een lange lijst van activiteiten of seksuele handelingen zou aanbieden en men moet voor elke activiteit/handeling afzonderlijk aangeven of hij/zij die in het verleden stelde, dan zijn respondenten geneigd om ook af en toe positief te antwoorden, zelfs al is dit niet het geval. We vragen daarom vooraf of een respondent gedurende de voorbije zes maanden al dan niet seks had. Wie negatief antwoordt, krijgt vervolgens heel wat items met betrekking tot seksuele activiteiten/handelingen en frequentie van seks niet aangeboden.

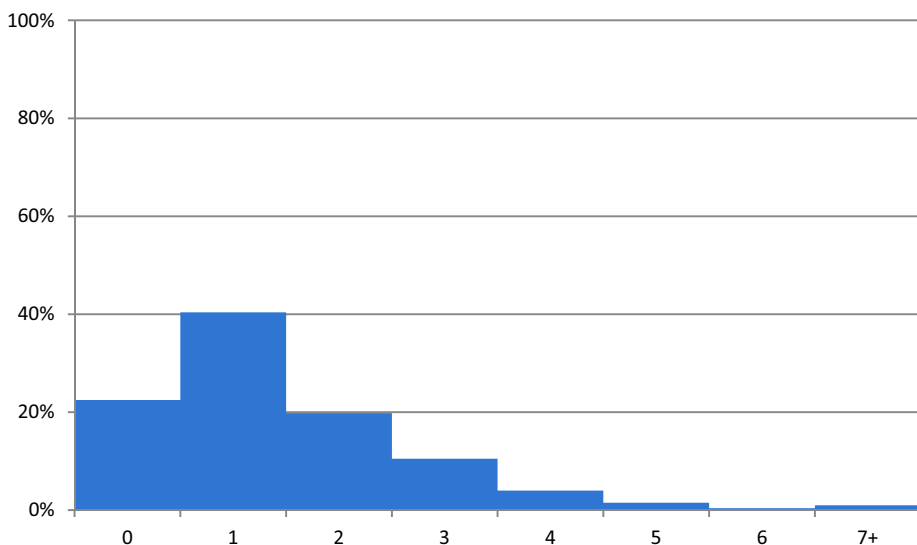
Indien men de afgelopen zes maanden seks heeft gehad, vragen we of men de voorbije twee weken seks heeft gehad. Is dit niet het geval, dan gaan we de frequentie gedurende een langere periode, namelijk de voorbije vier weken, na. Heeft men de voorbije twee weken wel seks gehad, dan krijgt de respondent een vraag over de frequentie van seks tijdens de voorbije twee weken. Dit gebeurt opnieuw via een filtervraag (al dan niet seks gehad), gevolgd door een open vraag naar de frequentie. Is het antwoord daar negatief (geen seks gehad tijdens de voorbije vier weken), dan wordt de referentieperiode uitgebreid naar 'de voorbije zes maanden'. Een nog langere referentieperiode (voor wie de voorbije zes maanden geen seks had) leek ons, vanwege een te grote kans op herinneringsfouten, niet opportuun te zijn. Wie tijdens de voorbije zes maanden niet seksueel actief was, maar wel reeds seksueel ervaren, kreeg daarom een score '0 keer' (referentieperiode van zes maanden).

Bij elke bevroegde referentieperiode (twee weken – vier weken – zes maanden) hoort ook telkens de vraag of dit een uitzonderlijke periode betrof en zo ja, hoe ze de frequentie van seks voor een gewone periode inschatten. Via deze trapsgewijze bevraging slagen we erin om erg gedetailleerde informatie te verkrijgen zonder respondenten nodeloos lastig te vallen met vragen die mogelijk sociaal wenselijke antwoorden zouden kunnen uitlokken.

In wat volgt, hebben we de resultaten uit deze trapsgewijze meting gecombineerd en herberekend naar een referentieperiode van één week. Gemiddeld genomen hebben respondenten in Sexpert 1.2 keer seks per week (mediaan = 1 keer per week) (Tabel 23 en Figuur 18). Dit cijfer strookt met data van meerdere internationale studies. Zo vindt een Brits populatieonderzoek (McManus et al., 2002) een mediaan van drie keer seks per vier weken voor mannen en vier keer seks per vier weken voor vrouwen. Er blijkt geen verband te zijn tussen geslacht en frequentie van seks op twee weken. Ook in Amerikaans populatieonderzoek (Laumann et al., 1994) wordt geen verschil gerapporteerd in gemiddelde seksfrequentie tussen mannen en vrouwen.

Tabel 23. Aantal keer seks per week, naar geslacht, bij de seksueel ervaren groep (N=1687).

	N	Gemiddelde	SD	Mediaan
Totaal	1689	1.21	1.41	1.0
Mannen	839	1.25	1.31	1.0
Vrouwen	850	1.16	1.50	0.5



Figuur 18. Aantal keer seks per week, voor alle seksueel ervaren respondenten (N=1689).

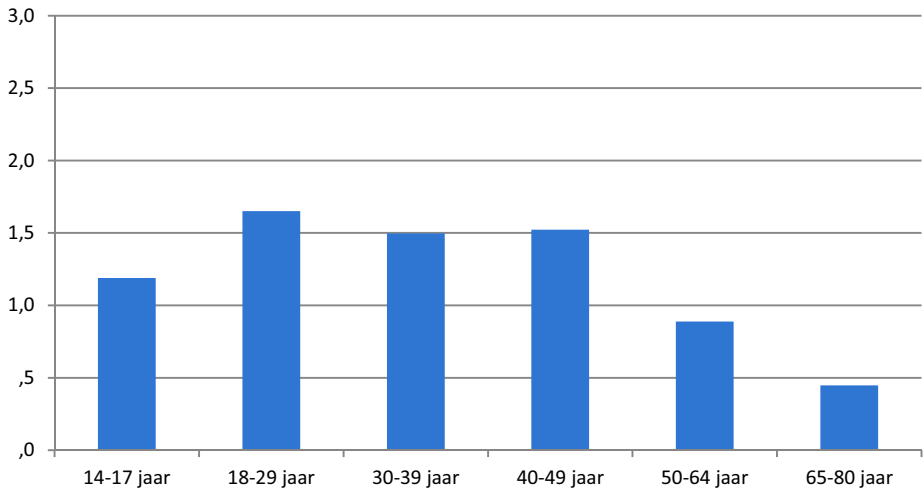
Bij zowel mannen als vrouwen zijn er grote leeftijdsverschillen in de frequentie waarmee men seks heeft (Figuur 19). De seksfrequentie is lager bij 14-17-jarigen, hoger bij de jongvolwassenen (18-29 jaar), dertigers en veertigers, en opnieuw lager (gemiddeld minder dan één keer per week) vanaf de leeftijd van 50 jaar. Deze verschillen in leeftijd stroken met de resultaten van de meest recente Nederlandse populatiestudie (de Graaf, 2012).

We gingen ook, op basis van de datum waarop het interview plaatsvond, na of het seksueel gedrag beïnvloed wordt door het seizoen waarin de bevraging plaatsvond. Tijdens de zomer rapporteren respondenten in onze steekproef een iets hoger gemiddeld aantal keren seks per week (ongeveer anderhalve keer per week) (Figuur 20).

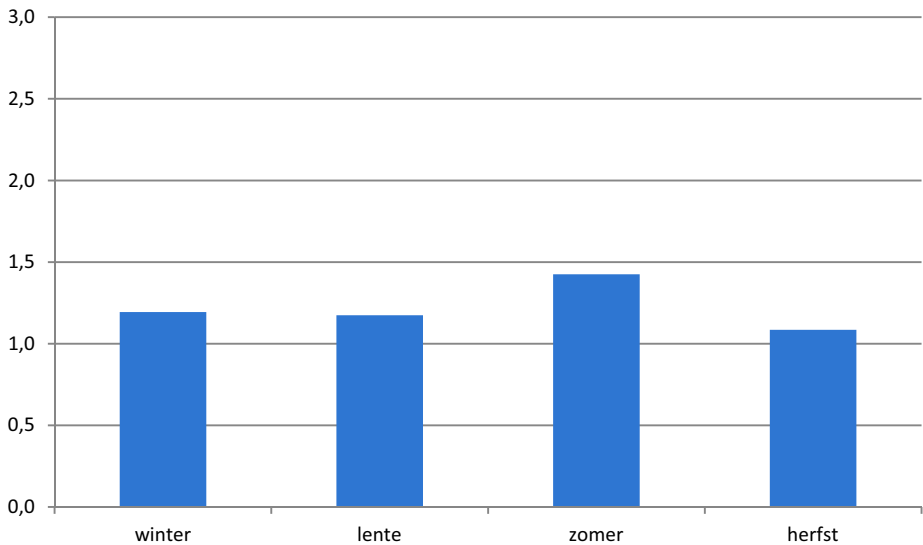
4.2. Seksuele handelingen

Naast seksuele frequentie wordt in onze bevraging nog dieper ingegaan op de seksuele praktijken tijdens de afgelopen zes maanden. Ook de concrete seksuele handelingen bij de groep die tijdens de afgelopen zes maanden seksueel actief was, worden in kaart gebracht. In Sexpert werden in totaal 16 verschillende seksuele handelingen bevraged.

In ons overzicht worden allerlei intieme en seksuele praktijken opgenomen (Tabel 24). Knuffelen, naakt, onder of boven de kleren strelen en naakt bij elkaar liggen worden door de grote meerderheid van zowel mannen als vrouwen gerapporteerd. Vaginale seks en manuele stimulatie komen daarnaast het meest aan bod. Orale seks



Figuur 19. Aantal keer seks per week, naar leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren groep (N=1689) ($p < .001$).



Figuur 20. Aantal keer seks per week, naargelang het seizoen waarin het interview plaatsvond, bij de seksueel ervaren groep (N=1689) ($p < .05$).

wordt door ongeveer de helft gerapporteerd, gevolgd door droog vrijen en het gebruik van seksspeeltjes. Dit laatste wordt vaker gerapporteerd door vrouwen dan door mannen. Het percentage respondenten dat ervaring heeft met orale seks is analoog aan wat in Frans populatieonderzoek wordt gerapporteerd (Bozon, 2008), maar ligt lager dan wat Brits populatieonderzoek aangeeft (Johnson et al., 2001).

Mannen en vrouwen lijken verder van mening te verschillen over de mate waarin ze orale seks geven versus ontvangen.

Wat anale seks betreft, wijzen de cijfers voor mannen en vrouwen in dezelfde richting (7.4% van de mannen meldt ervaring met actieve anale seks, tegenover 7.6% ervaring met passieve anale seks bij vrouwen). Deze cijfers liggen iets lager dan in Frans populatieonderzoek (Bozon, 2008). In Brits populatieonderzoek worden dan weer analoge cijfers voor ervaring met anale seks gevonden (Johnson et al., 2001). Meer vrouwen (19%) dan mannen (11%) maken tot slot gebruik van seksspeeltjes.

Tabel 24. Ervaring met seksuele praktijken in de afgelopen zes maanden, naar geslacht, bij de seksueel actieve groep (N=1333).

	Totaal	Mannen	Vrouwen
N	1333	696	637
Knuffelen*	90.6%	88.9%	92.5%
Strelen onder of boven de kleren	83.9%	82.5%	85.4%
Vaginale seks	82.4%	84.0%	80.7%
Geslachtsdelen met de hand aanraken of stimuleren	82.6%	82.4%	82.8%
Naakt bij elkaar liggen	78.7%	78.0%	79.5%
Elkaars naakte lichaam strelen	77.2%	77.7%	76.6%
Orale seks geven	55.0%	56.4%	53.5%
Orale seks krijgen**	51.3%	55.3%	46.9%
Droog vrijen	43.0%	43.9%	42.1%
Gebruik van seksspeeltjes***	15.1%	11.3%	19.2%
Actieve anale seks**	5.8%	7.4%	4.0%
Passieve anale seks**	5.6%	3.8%	7.6%
Likken anus	1.6%	2.1%	1.3%
Bondage	0.8%	1.2%	0.4%
SM	0.4%	0.5%	0.4%
Trio/groepseks	0.4%	0.8%	1.1%

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Bij de vergelijking van de ervaring met seksuele handelingen bij de verschillende leeftijdsgroepen (Tabel 25) is het belangrijk om te benadrukken dat, en dit is vooral van belang voor de interpretatie van de cijfers voor de jongste groep (14-17), seksueel ervaren zijn niet noodzakelijk betekent dat men ook reeds ervaring heeft met geslachtsgemeenschap. Bij de jongste groep jongens heeft 80% ook ervaring met geslachtsgemeenschap, bij de meisjes is dit voor 92% het geval (ter vergelijking: in de andere leeftijdsgroepen gaat het telkens om ongeveer 97.5% van de seksueel ervaren respondenten). Het voorkomen (of net ontbreken) van sommige seksuele handelingen in deze jongste groep hoeft dan ook niet te verwonderen. Ter correctie geven we daarom ook de cijfers weer voor de groep die ervaring heeft met geslachtsgemeenschap (Tabel 25, kolom in lichtblauw).

Knuffelen, strelen, naakt bij elkaar liggen, manuele stimulatie, gebruik van sekspeeltjes, droog vrijen, orale seks geven en orale seks krijgen worden minder vaak aangegeven door 50- tot 64-jarigen en 65-plussers. De oudste groep doet ook minder vaak aan vaginale seks.

Mannen vanaf de leeftijd van 50 jaar rapporteren minder vaak dat ze knuffelen, strelen en orale seks ontvangen dan jongere mannen (Tabel 26). Tussen jongere en oudere vrouwen vinden we eveneens verschillen wat de drie genoemde seksuele praktijken betreft, maar die zijn minder groot. De jongste meisjes en de oudste vrouwen (vooral 65-plussers) rapporteren verder minder manuele stimulatie van de geslachtsdelen dan vrouwen in alle andere leeftijdsgroepen. Bij mannen situeert dit verschil zich tussen de twee oudste groepen (50-64 en 65-80) en alle jongere mannen. Deze leeftijdsverschillen vinden we ook terug in andere populatiestudies (Bozon, 2008; Johnson et al., 2001).

Tabel 25. Ervaring met seksuele praktijken in de afgelopen zes maanden, leeftijdsgroep, bij de seksueel actieve groep^a (N=1333).

	14-17	14-17 (ervaring met geslachts-gemeenschap)	18-29	30-39	40-49	50-64	65-80
<i>N</i>	48	42	295	262	292	312	124
Knuffelen***	97.9%	97.6%	95.6%	96.9%	89.0%	84.6%	81.4%
Strelen onder of boven de kleren***	95.8%	94.0%	91.9%	91.2%	86.3%	75.0%	62.9%
Vaginale seks***	78.8%	88.8%	89.9%	90.4%	89.0%	78.0%	44.3%
Geslachtsdelen met de hand aanraken of stimuleren***	81.3%	79.2%	90.5%	89.6%	83.9%	76.2%	62.1%
Naakt bij elkaar liggen***	87.9%	90.1%	88.5%	85.4%	82.1%	67.4%	58.1%
Elkaars naakte lichaam strelen***	83.1%	81.9%	86.5%	84.3%	80.4%	67.4%	53.3%
Orale seks geven***	72.3%	73.5%	71.5%	67.0%	60.1%	37.1%	16.1%
Orale seks krijgen***	66.7%	69.2%	63.0%	64.8%	57.2%	37.0%	11.2%
Droog vrijen***	59.7%	60.5%	48.8%	48.1%	43.2%	35.6%	29.8%
Gebruik van sekspeeltjes***	8.2%	9.2%	15.9%	20.2%	16.7%	13.8%	4.0%
Actieve anale seks***	2.1%	2.3%	6.8%	6.9%	4.4%	5.4%	5.7%
Passieve anale seks***	4.2%	5.2%	7.5%	6.1%	5.8%	3.5%	5.6%

*** $p < .001$

- a. In de tabel werden enkel de seksuele handelingen opgenomen waarvoor een significant leeftijds effect werd gevonden

Tabel 26. Ervaring met seksuele praktijken tijdens de afgelopen zes maanden, naar leeftijdsgroep en geslacht, bij de seksueel actieve groep^a (N=1333).

	14-17	14-17 (ervaring met geslachts-gemeenschap)	18-29	30-39	40-49	50-64	65-80
Mannen							
N	24	20	141	135	158	164	75
Knuffelen***	95.8%	96.7%	97.2%	94.8%	90.5%	79.1%	77.3%
Strelen onder of boven de kleren***	95.8%	95.1%	92.9%	93.3%	88.0%	69.5%	56.0%
Geslachtsdelen met de hand aanraken of stimuleren***	95.8%	95.1%	91.5%	93.3%	84.2%	72.4%	58.7%
Orale seks krijgen***	79.2%	83.9%	77.5%	71.6%	60.1%	35.6%	9.3%
Vrouwen							
N	24	22	154	127	134	148	49
Knuffelen**	100.0%	98.5%	94.2%	99.2%	87.2%	90.6%	87.8%
Strelen onder of boven de kleren***	95.8%	93.0%	90.9%	89.0%	84.3%	81.1%	73.5%
Geslachtsdelen met de hand aanraken of stimuleren**	66.7%	64.7%	89.6%	85.7%	83.6%	80.5%	67.3%
Orale seks krijgen***	54.2%	55.9%	49.7%	57.5%	53.7%	38.5%	14.0%

** $p < .01$; *** $p < .001$

- a. In de tabel werden enkel de seksuele handelingen opgenomen waarvoor een significant interactie-effect leeftijd*geslacht werd gevonden

4.3. Orgasmefrequentie

Aan respondenten die de afgelopen zes maanden seks hebben gehad, vroegen we hoe vaak ze tijdens seks een orgasme bereikten (Tabel 27). Mannen ervaren vaker dan vrouwen een orgasme tijdens seks: 90% van alle mannen ten opzichte van iets minder dan de helft van alle vrouwen ervaart bijna altijd of altijd een orgasme. In Amerikaans populatieonderzoek (Laumann et al., 1994) worden iets lagere frequenties gerapporteerd (75% van de mannen en 29% van de vrouwen heeft altijd een orgasme), maar ook hier komt het genderverschil duidelijk naar voren. 14.5% van de vrouwen (ten opzichte van 2.6% van de mannen) in Sexpert zegt nooit een orgasme te hebben ervaren.

Tabel 27. Orgasmefrequentie naar geslacht bij seksueel actieve respondenten (N=1320).

	Totaal	Mannen	Vrouwen
N	1320	693	627
Nooit	8.3%	2.6%	14.5%
Minder dan de helft van de keren	7.4%	2.2%	13.2%
De helft van de keren	6.2%	1.4%	11.5%
Meer dan de helft van de keren	8.1%	3.6%	13.1%
Bijna altijd of altijd	70.0%	90.2%	47.7%

 $\chi^2(4)=285.75$; $p < .001$

Verder lijkt de regelmaat of de frequentie waarmee een orgasme wordt bereikt (bij respondenten die de voorbije zes maanden seksueel actief waren, dus minstens één keer seks hadden) verband te houden met de frequentie waarmee men seks heeft. Tabel 28 toont de frequentie waarmee men gedurende de voorbije zes maanden seks had, dit keer weergegeven in vier categorieën (minder dan één keer per twee weken, minstens tweewekelijks, maar minder dan één keer per week, net één keer per week, meerdere keren per week). Wie minder dan tweewekelijks seks had, geeft minder vaak aan ‘bijna altijd of altijd’ tot een orgasme te komen. Respondenten die minstens één keer per week seks hebben, zeggen dan weer minder vaak dan anderen dat ze ‘nooit’ een orgasme bereiken. Dit verband is in onze bevraging hetzelfde bij mannen en vrouwen.

Tabel 28. Verband tussen orgasmefrequentie en frequentie seks bij seksueel actieve respondenten (N=1318).

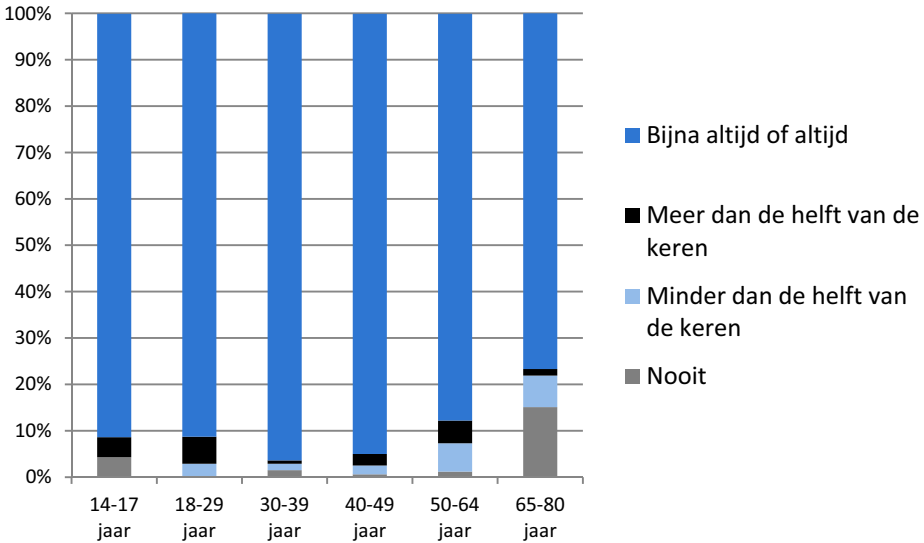
Frequentie seks (in categorieën)	N	Hoe vaak bereikte je een orgasme?				
		Nooit	Minder dan de helft van de keren	De helft van de keren	Meer dan de helft van de keren	Bijna altijd of altijd
Minder dan 1x/2 weken	208	15.9%	9.6%	3.4%	6.7%	64.4%
Minstens 1x/2 weken, maar minder dan 1x/week	246	13.4%	6.9%	6.1%	6.1%	67.5%
Precies 1x/week	408	7.1%	5.9%	7.1%	6.9%	73.0%
Meerdere keren per week	456	3.3%	7.9%	6.8%	10.7%	71.3%

$\chi^2(12)=51.01; p<.001$

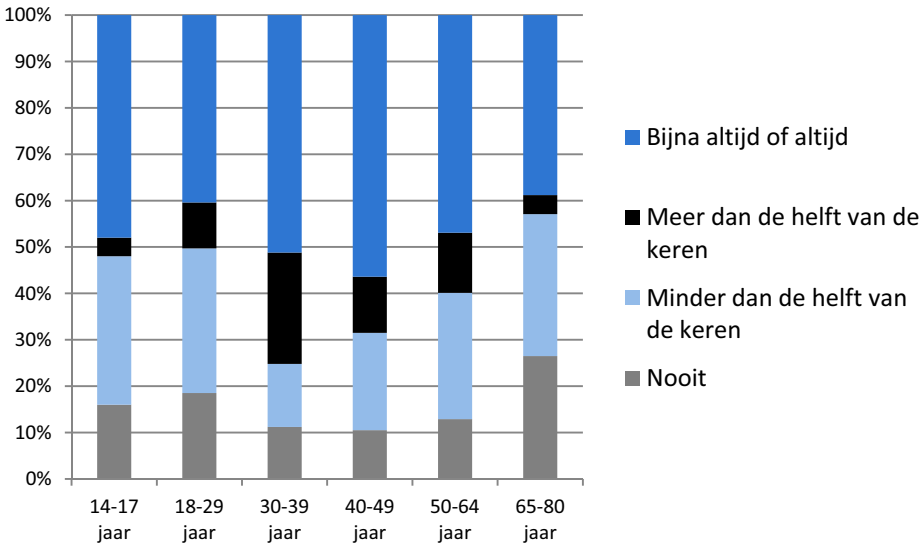
Verder merken we leeftijdsverschillen op in de orgasmefrequentie: 65-plussers geven vaker aan ‘nooit’ een orgasme te bereiken, terwijl dertigers en veertigers vaker ‘bijna altijd of altijd’ tot een orgasme komen. Dit geldt zowel voor de mannelijke als voor de vrouwelijke respondenten. Bij vrouwen tussen 14 en 17 jaar en tussen 18 en 29 jaar is de groep die ‘nooit’ of ‘minder dan de helft van de keren’ een orgasme bereikt, verder relatief groot, vergeleken met vrouwelijke dertigers, veertigers en vrouwen tussen 50 en 64 jaar oud. De lagere cijfers bij de jongste groep vrouwen, ook in een Amerikaanse studie gevonden (Laumann, 1994), kan een relatieve onervarenheid met seks met een partner reflecteren.

Tot slot gingen we nog na of orgasmefrequentie verband houdt met seksuele tevredenheid.²² Voor zowel mannen als vrouwen geldt dat mensen die aangeven bijna altijd of altijd een orgasme te bereiken, vaker rapporteerden eerder tevreden of heel tevreden te zijn over hun seksleven. Dit laatste verband vormt een bevestiging van eerdere studies (Haning et al., 2007).

22. $\chi^2(24)=117.93; p<.001$ voor het verband tussen orgasmefrequentie en seksuele tevredenheid bij mannen en $\chi^2(24)=130.02; p<.001$ voor het verband tussen orgasmefrequentie en seksuele tevredenheid bij vrouwen.



Figuur 21. Orgasmefrequentie naar leeftijdsgroep bij seksueel actieve mannen (N=696) ($p < .001$).



Figuur 22. Orgasmefrequentie naar leeftijdsgroep bij seksueel actieve vrouwen (N=637) ($p < .01$).

4.4. Ervaring met masturbatie

Van de respondenten in onze bevraging heeft 82.1% ooit wel al eens gemasturbeerd; dat is 94.1% van de mannen tegenover 70.2% van de vrouwen. De lifetimeprevalentie voor masturbatie is in Vlaanderen dus hoger bij mannen dan bij vrouwen (Tabel 29).

Tabel 29. Aantal respondenten dat ooit heeft gemasturbeerd en aantal dat de voorbije zes maanden heeft gemasturbeerd, naar geslacht, voor de volledige steekproef (N=1825).

	N	% Ooit gemasturbeerd	% Gemasturbeerd in de afgelopen zes maanden (% van diegenen die ooit masturbeerden)
Totaal	1825	82.1%	59.8% (72.9%)
Mannen	909	94.1%***	72.2% (76.7%)***
Vrouwen	916	70.2%***	47.5% (67.6%)***

*** $p < .001$

In onze bevraging heeft 72% van de mannen (77% van diegenen die ooit hebben gemasturbeerd) en 48% van de vrouwen (68% van diegenen die ooit hebben gemasturbeerd) de afgelopen zes maanden minstens één keer gemasturbeerd (Tabel 29). Deze cijfers bevestigen Nederlandse, Britse en Amerikaanse populatiestudies, die systematisch een geslachtsverschil vaststellen in de ervaring met masturbatie (de Graaf, 2012; Gerressu et al., 2008; Laumann et al., 1994).

Ook tussen verschillende leeftijdsgroepen zijn er verschillen (Tabel 30). Zowel bij mannen als bij vrouwen heeft de grote meerderheid van de 14- tot 17-jarigen (althans binnen de groep die al ervaring heeft met masturbatie) de afgelopen zes maanden gemasturbeerd. Dit aandeel ligt zowel bij mannen als bij vrouwen lager in de oudere leeftijdsgroepen, en het aandeel is overal iets groter bij mannen dan bij vrouwen, met als uitzondering op deze regel de oudste groep (65- tot 80-jarigen). In die laatste groep heeft 34% van de mannen en 42% van de vrouwen met ervaring met masturbatie, tijdens het voorbije half jaar ook effectief gemasturbeerd.

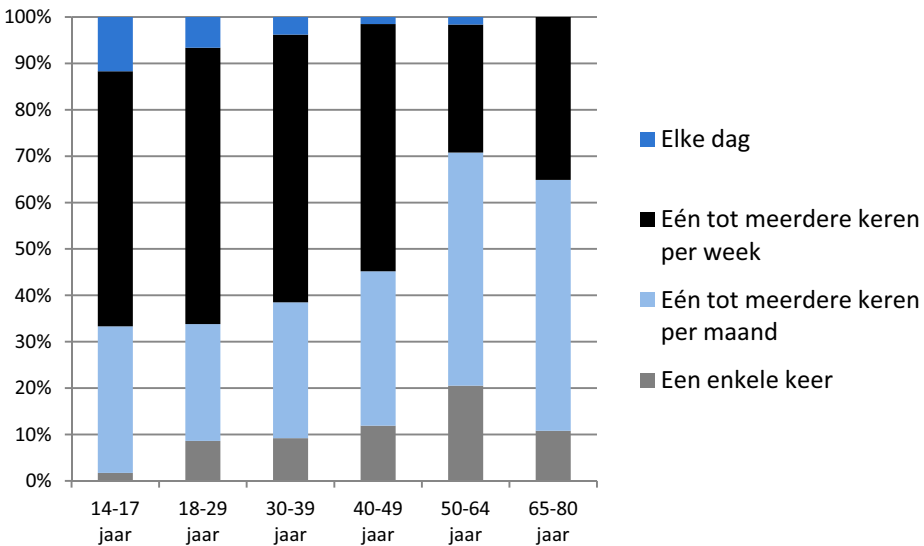
Tabel 30. Percentage respondenten dat de afgelopen zes maanden heeft gemasturbeerd naar leeftijd en geslacht, bij respondenten met ervaring met masturbatie (N=1498).

	N	Totaal	14-17	18-29	30-39	40-49	50-64	65-80
Totaal***	1498	72.9%	90.8%	83.2%	83.1%	75.3%	68.5%	38.8%
Mannen***	854	76.7%	96.8%	90.7%	91.00%	80.7%	70.2%	35.4%
Vrouwen**	643	67.6%	80.0%	74.7%	74.1%	68.3%	66.5%	44.8%

** $p < .01$, *** $p < .001$

We bekijken ook de masturbatiefrequentie. De cijfers zijn enkel gebaseerd op respondenten die de voorbije zes maanden minstens één keer masturbeerden.

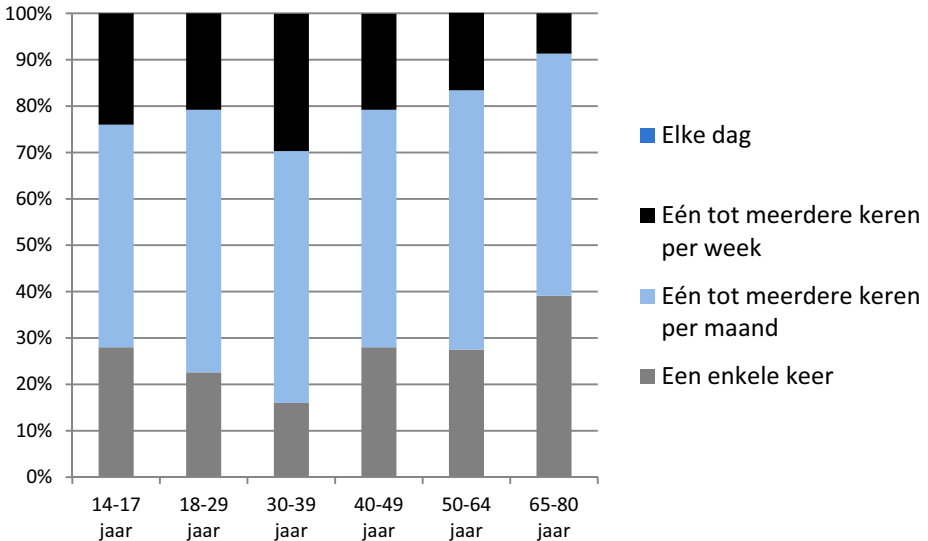
Bij mannen is de vaakst voorkomende frequentie één tot meerdere keren per week (Figuur 23). Bij vrouwen ligt de frequentie beduidend lager: hier doet de grootste groep (ongeveer één op de drie vrouwen in totaal) dit één tot meerdere keren per maand (Figuur 24). Wanneer we de opsplitsing naar leeftijd maken, blijken er tussen vrouwen van verschillende leeftijden geen verschillen te bestaan. Tussen mannen zijn er wel verschillen: oudere mannen (vooral vanaf de leeftijd van 50 jaar) masturberen minder frequent dan jongere mannen. Ook in recent Nederlands onderzoek (de Graaf, 2012) komt naar voren dat geslacht een rol speelt in het verband tussen leeftijd en masturbatiefrequentie: terwijl de masturbatiefrequentie bij vrouwen tussen 15 en 54 jaar min of meer stabiel blijft, ligt de masturbatiefrequentie bij mannen tussen 15 en 24 jaar hoger dan bij mannen tussen 25 en 54 jaar.



Figuur 23. Leeftijdsv verschillen in frequentie van masturbatie de voorbije zes maanden (mannen) bij mannen die in de voorbije zes maanden minstens één keer hebben gemasturbeerd ($N=641$) ($p<.001$).

In Sexpert hebben mannen en vrouwen zonder partner vaker gemasturbeerd tijdens de voorbije zes maanden, vergeleken met de groep met een (vaste) partner (Tabel 31). Zowel bij mannen als bij vrouwen is het aandeel respondenten dat wel heeft gemasturbeerd, ongeveer 17% groter in de groep zonder partner.

Toch verschilt dit effect van de partner naargelang de leeftijdsgroep waarin de respondent zich bevindt (Figuren 25 en 26). In de groep zonder partner, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen, kunnen we stellen dat jongere groepen systematisch vaker hebben gemasturbeerd dan oudere groepen. Dit leeftijdseffect geldt ook voor mannen met een partner, maar is minder duidelijk bij vrouwen met een partner. Wanneer we de laatste groep onder de loep nemen, merken we een veel grilliger patroon op. Enkel bij vrouwelijke 65-plussers met een partner vinden we een lager percentage terug.



Figuur 24. Leeftijdsverschillen in frequentie van masturbatie in de voorbije zes maanden (vrouwen) bij vrouwen die de voorbije zes maanden minstens één keer hebben gemasturbeerd ($N=419$) ($p=.63$).

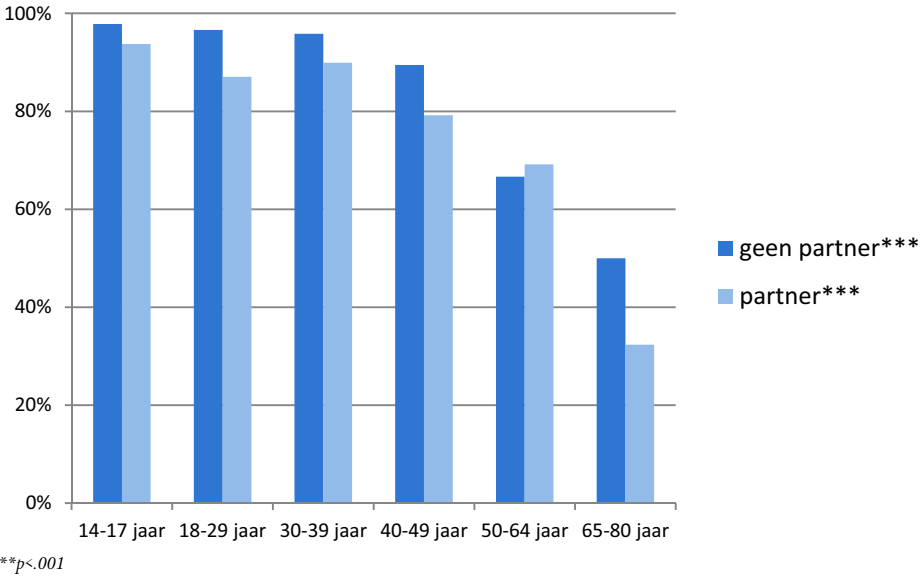
Tabel 31. Al dan niet gemasturbeerd in de voorbije zes maanden, volgens geslacht en volgens het al dan niet hebben van een partner, bij respondenten met ervaring met masturbatie ($N=1498$).

	<i>N</i>	Totaal
Mannen***	836	76.7%
♦ Zonder partner	183	90.2%
♦ Met partner	653	73.0%
Vrouwen***	618	67.6%
♦ Zonder partner	129	81.4%
♦ Met partner	489	64.0%

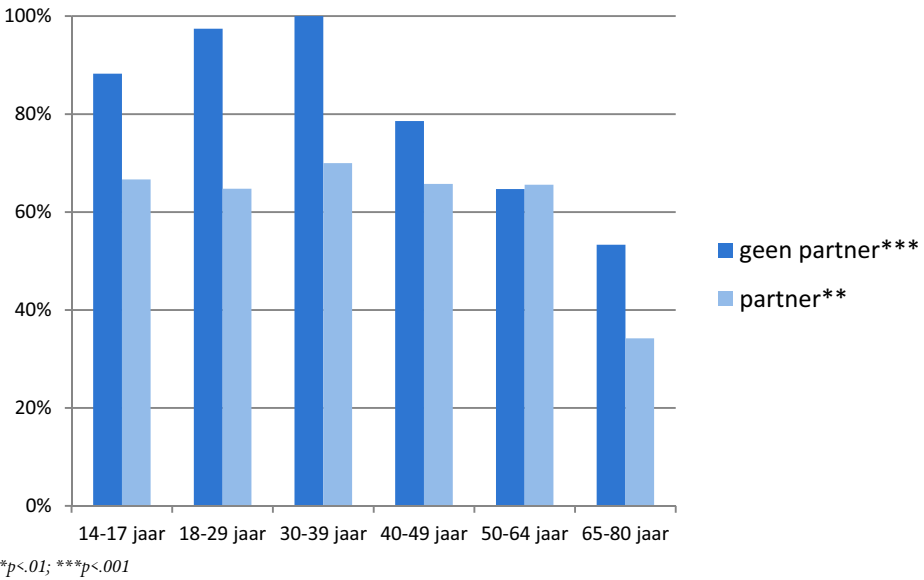
*** $p<.001$

Anderzijds merken we hoe, zowel bij mannelijke als bij vrouwelijke respondenten, tot de leeftijd van 50 jaar geldt dat de aanwezigheid van een partner zorgt voor een lagere kans om te masturberen. Dit is ook zo voor alle 65-plussers, maar niet voor 50- tot 64-jarigen. In deze laatste leeftijdsgroep is er geen verschil tussen respondenten zonder en respondenten met een partner.

Tot slot tonen Figuren 25 en 26 aan hoe het partnereffect sterker speelt bij vrouwen dan bij mannen: de verschillen tussen vrouwen met een partner en vrouwen zonder een partner zijn in alle leeftijdsgroepen sterker. Dit patroon bevestigt eerdere studies, die stellen dat masturbatie kan compenseren voor de afwezigheid van seks met een partner. Dit lijkt in onze bevraging sterker door te wegen voor vrouwen dan voor



Figuur 25. Al dan niet gemasturbeerd in de voorbije zes maanden, naargelang het al dan niet hebben van een partner en naargelang leeftijdsgroep, bij mannen met ervaring met masturbatie (N=854).



Figuur 26. Al dan niet gemasturbeerd in de voorbije zes maanden, naargelang het al dan niet hebben van een partner en naargelang leeftijdsgroep, bij vrouwen met ervaring met masturbatie (N=643).

mannen. Ook de veranderbaarheid van dit ‘compensatiemechanisme’ over de leeftijdsgroepen heen wordt bevestigd: de jongere leeftijdsgroepen lijken masturbatie vaker als een autonome bron voor seksueel plezier op te vatten (Dekker & Schmidt, 2002). Dit leeftijdseffect is in het bijzonder van toepassing bij mannen.

4.5. Besluit ‘Seksueel gedrag’

- Mannen en vrouwen hebben gemiddeld genomen 1.21 keer per week seks. In Brits populatieonderzoek wordt een analoge frequentie gevonden (McManus et al., 2002).
- Hierbij zijn het de jongvolwassenen (18-29), de dertigers en veertigers die een hogere seksfrequentie rapporteren dan de jongste (14-17) en de oudste groep (65-80). Dit vinden we ook in Nederlands populatieonderzoek (de Graaf, 2012).
- De meeste seksueel actieve mannen en vrouwen hebben de afgelopen zes maanden vóór het interview verschillende seksuele handelingen beoefend, zoals knuffelen, naakt/onder/boven de kledij strelen en naakt bij elkaar liggen. Verder zijn vaginale seks (82.4%) en manuele stimulatie van de genitalia (82.6%) de meest voorkomende seksuele handelingen.
- Ongeveer de helft van de respondenten heeft de afgelopen zes maanden orale seks gehad. In Frans populatieonderzoek (Bozon, 2008) wordt een analoog percentage gerapporteerd. In Brits onderzoek, daarentegen, ligt het percentage hoger (Johnson et al., 2001). Mannen en vrouwen lijken te verschillen in hun rapportage van het geven van orale seks van man aan vrouw (56% van de mannen rapporteert te hebben gegeven, terwijl 47% van de vrouwen zegt te hebben ontvangen). Dit kan zowel om een onderrapportage bij vrouwen als een overrapportage bij mannen gaan. Wat het geven van orale seks van vrouw aan man betreft, vullen de antwoorden van mannen en vrouwen elkaar wel aan.
- Mannen ervaren vaker dan vrouwen (bijna) altijd een orgasme tijdens seks (90.2% versus 47.7%). Ook in Amerikaans populatieonderzoek (Laumann et al., 1994) vinden we dit gendersverschil, maar de percentages liggen daar lager. Wat leeftijdsverschillen betreft, zien we dat vooral oudere mannen (vanaf 50 jaar) en de jongste (14-17) en oudste vrouwen (65-80) tijdens hun seksuele contacten het minst frequent een orgasme beleven. Deze leeftijdsverschillen worden ook in Amerikaans populatieonderzoek gerapporteerd (Laumann et al., 1994).
- Mannen en vrouwen die frequenter seks hebben, rapporteren tijdens deze seksuele contacten ook vaker een orgasme te ervaren. Verder stellen mannen en vrouwen die vaker een orgasme beleven, dat ze meer tevreden zijn over hun seksleven.

- Zeven op tien mannen en vijf op tien vrouwen heeft de afgelopen zes maanden minstens één keer gemasturbeerd. Mannen masturberen meestal één tot meerdere keren per week, terwijl dit bij vrouwen één tot meerdere keren per maand is. In internationale populatiestudies vinden we dit genderverschil eveneens (de Graaf, 2012; Laumann et al., 1994; Johnson et al., 2001). Verder zijn er, analoog aan bevindingen uit recent Nederlands onderzoek (de Graaf, 2012), tevens verschillen tussen de leeftijdsgroepen, waarbij de jongste groepen (14-17, 18-29 en 30-39) het meest frequent ervaring met masturbatie de afgelopen zes maanden rapporteren en de oudste groep (65-80) het minst frequent.
- Tot slot verschilt het verband tussen al dan niet masturberen en het hebben van een partner naar leeftijd en geslacht. Mannen, vooral die uit de jongere leeftijdsgroepen, masturberen het meest frequent, los van de aanwezigheid van een partner. Vrouwen zonder partner masturberen ook vaak, maar het aandeel vrouwen met een partner dat masturbeert, is kleiner.

5. De partnerrelatie

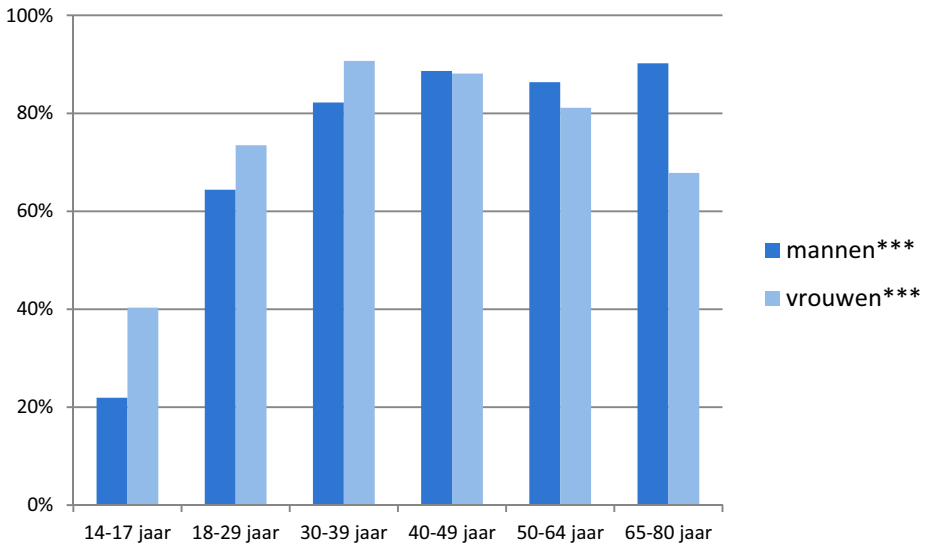
Vele aspecten van seksuele gezondheid hangen samen met de aanwezigheid van een vaste partner. We zouden kunnen stellen dat het nogal voor de hand ligt dat mensen met een partner vaker seks hebben dan mensen zonder partner, of dat mensen in een partnerrelatie seksueel meer tevreden zijn. In deze paragraaf gaan we na of dit in onze bevraging ook werkelijk het geval is.

5.1. De partnerrelatie naar geslacht en leeftijd

Ongeveer driekwart van de respondenten in Sexpert heeft een vaste partner (Tabel 32). In de recentste Nederlandse studie naar seksuele gezondheid bedraagt dit 72% (de Graaf, 2012). Zowel bij mannen als bij vrouwen bestaat een verband met de leeftijdsgroep. Figuur 27 toont dat vooral 14- tot 17-jarigen (22% met een partner bij jongens, 40% bij meisjes), jongvolwassenen (64% bij mannen, 73% bij vrouwen) en vrouwelijke 65-plussers (68%) minder vaak een partner hebben.

Tabel 32. Aantal respondenten met een vaste partner naar geslacht.

	N	Aantal met partner
Totaal	1825	77.4%
Mannen	909	77.3%
Vrouwen	916	77.5%



*** $p < .001$

Figuur 27. Aantal respondenten met een vaste partner, naar leeftijdsgroep en geslacht.

5.2. Factoren die verband houden met de partnerrelatie

Vervolgens gaan we na of respondenten mét een partner inderdaad vaker seks hebben én of ze ook seksueel meer tevreden zijn. De onderstaande tabel (Tabel 33) toont dat mannen en vrouwen met een partner inderdaad vaker seks hebben dan respondenten zonder partner. Ook zijn zowel mannen als vrouwen met een partner seksueel meer tevreden dan respondenten zonder een partner (Tabel 34). Ook in Nederlands populatieonderzoek (de Graaf, 2012) wordt deze bevinding gerapporteerd. Het valt verder op hoe, binnen de groep met een partner, er wat tevredenheid en frequentie betreft, geen verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen. In de groep zonder partner rapporteren mannen een hogere seksfrequentie en een grotere seksuele tevredenheid.

Tabel 33. Seksfrequentie (aantal keer seks per week), naargelang het al dan niet hebben van een partner en geslacht bij seksueel ervaren respondenten ($N=1687$).

Seksfrequentie (aantal keer seks per week)		
	<i>N</i>	Gemiddelde (<i>SD</i>)
Met partner***	1371	1.4 (1.5)
♦ man	689	1.4 (1.3)
♦ vrouw	682	1.4 (1.6)
Zonder partner***	316	0.4 (0.8)
♦ man**	150	0.5 (1.0)
♦ vrouw**	166	0.3 (0.6)

***Vergelijking groep met-zonder partner $t(866)=-12.30$; $p < .001$

**Vergelijking man-vrouw zonder partner: $t(243)=2.86$; $p < .01$

Vergelijking man-vrouw met partner: $t(1326)=0.46$; $p=.65$

Tabel 34. Seksuele tevredenheid, naargelang het al dan niet hebben van een partner en geslacht bij seksueel ervaren respondenten (N=1685).

Seksuele tevredenheid (schaal 1-5)		
	N	Gemiddelde (SD)
Met partner***	1363	3.7 (1.1)
♦ man	690	3.7 (1.1)
♦ vrouw	673	3.7 (1.1)
Zonder partner***	312	3.0 (1.1)
♦ man**	148	3.2 (1.1)
♦ vrouw**	164	2.8 (1.1)

***Vergelijking groep met-zonder partner $t(866)=-12.30$; $p<.001$

**Vergelijking man-vrouw zonder partner: $t(306)=3.07$; $p<.01$

Vergelijking man-vrouw met partner: $t(1361)=.01$; $p=.99$

5.3. Seks buiten de relatie

In onze bevraging hebben meer mannen (25.9%) dan vrouwen (21.9%) tijdens een relatie reeds seks gehad met iemand naast hun vaste partner (Tabel 35). Het percentage vrouwen dat ooit vreemdging, ligt opvallend hoger dan in Amerikaans populatieonderzoek (Laumann et al., 1994; Wiederman, 1997), waar slechts 10-15% van de vrouwen en 20-25% van de mannen aangeven ooit in hun leven seks te hebben gehad buiten de partnerrelatie.

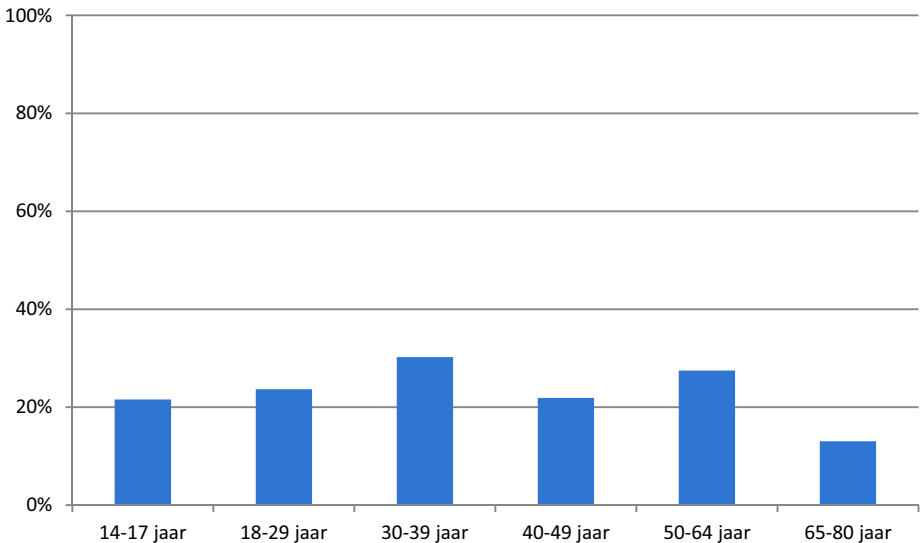
Tabel 35. Aantal mannen en vrouwen bij de seksueel ervaren populatie dat ooit tijdens een vaste relatie vreemdging (N=1637).

Tijdens vaste relatie seks met iemand anders dan vaste partner	
N	1637
Totaal	23.7%
Mannen	25.9%*
Vrouwen	21.6%*

* $p<.05$

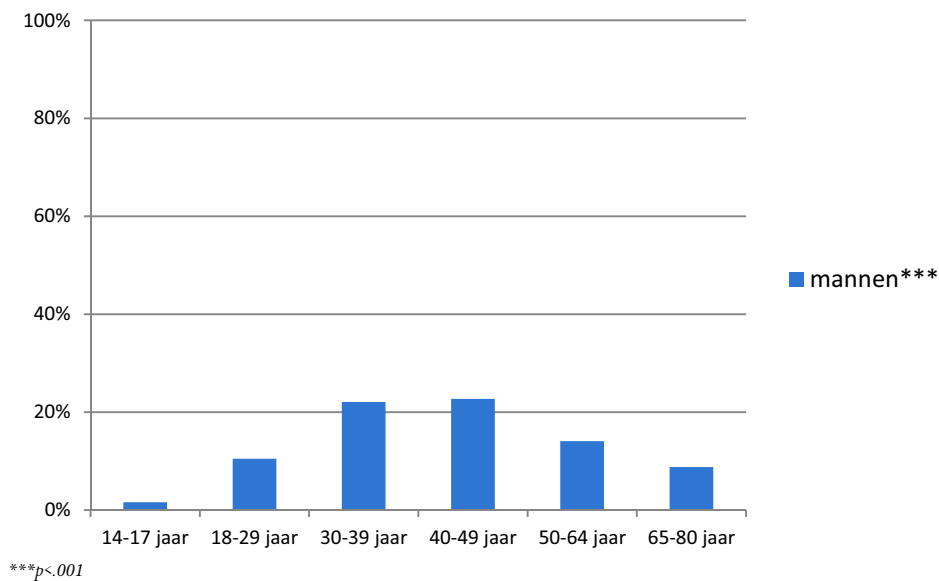
Voor zowel mannen als vrouwen geldt dat 65-plussers minder vaak aangeven tijdens de relatie ooit seks te hebben gehad met iemand anders dan hun partner (13%). De hoogste percentages vinden we terug bij de dertigers (één op drie ging ooit vreemd) en bij de 50- tot 64-jarigen (27%). Dit sluit aan bij bevindingen uit een Amerikaanse populatiestudie (Wiederman, 1997).

We peilden eveneens naar het aantal respondenten dat reeds een prostitué(e) bezocht. Aangezien de lifetimeprevalentiecijfers erg laag liggen, geven we enkel die cijfers en niet de cijfers voor prostitutiebezoek tijdens de voorbije zes maanden in de onderstaande figuur (Figuur 29) weer. Van alle mannen bezocht ongeveer 14% ooit een prostitué(e), een kwart daarvan deed dit tijdens het afgelopen half jaar. Dit percentage ligt iets hoger dan wat wordt gevonden in Brits onderzoek, waar 8.9%



Figuur 28. Aantal respondenten dat ooit seks had tijdens een vaste relatie met iemand anders dan de partner, naar leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren populatie (N=1637).

aangeeft ooit een prostitué(e) te hebben bezocht (Johnson et al., 2001). In Frans populatieonderzoek wordt dan weer een percentage van 18% gerapporteerd (Bozon, 2008). Mannelijke dertigers en veertigers bezochten tijdens hun leven reeds het vaakst een prostitué(e). Binnen deze twee leeftijdsgroepen rapporteert 23% deze ervaring. Johnson en collega's (2001) rapporteren dat de prevalentie van prostitutiebezoek toeneemt met de leeftijd. Mannen zonder partner bezochten tijdens hun leven niet vaker een prostitué(e) dan mannen met een partner. Verder vonden we in onze bevraging precies één vrouw terug die reeds een prostitué(e) heeft bezocht.



Figuur 29. Aantal respondenten dat ooit een prostitué(e) bezocht, naar leeftijdsgroep, bij de seksueel ervaren populatie – uitsluitend mannen (N=909).

5.4. Besluit ‘De partnerrelatie’

- Meer dan drie vierde (77.4%) van de respondenten geeft aan een vaste partner te hebben op het moment van de bevraging. In Nederlands populatieonderzoek (de Graaf, 2012) vinden we een soortgelijk percentage.
- Mannen en vrouwen met een partner rapporteren een hogere frequentie van seks én een hogere seksuele tevredenheid. Dit wordt tevens in Nederlands populatieonderzoek (de Graaf, 2012) gerapporteerd. Wel rapporteren mannen zonder partner een hogere seksfrequentie en een grotere seksuele tevredenheid dan vrouwen zonder partner.
- Eén op vier mannen en iets meer dan één op vijf vrouwen heeft tijdens een partnerrelatie ooit seks gehad met iemand anders. In Amerikaans populatieonderzoek ligt het percentage vrouwen dat ooit vreemdging, een stuk lager, voor mannen vinden we analoge resultaten (Laumann et al., 1995; Wiederman, 1997).
- De percentages seks buiten de relatie liggen het hoogst bij dertigers en de groep 50-64 jaar en het laagst in de oudste groep (65-80 jaar). Deze leeftijdsverschillen worden ook in Amerikaans populatieonderzoek (Wiederman, 1997) gerapporteerd.

- 14% van de mannen en precies één vrouw heeft ooit een prostitué(e) bezocht. Dit percentage is analoog aan wat Frans populatieonderzoek weergeeft (Bozon, 2008), maar ligt hoger dan wat in Brits populatieonderzoek wordt gevonden (Johnson et al., 2001). Verder zijn het vooral mannelijke dertigers en veertigers die ervaring hebben met prostituébezoek. Ook deze leeftijdsverschillen worden in Brits populatieonderzoek gerapporteerd (Johnson et al., 2001).

6. Soa, hiv, testgedrag en anticonceptiegebruik

6.1. Soa en hiv

Van de seksueel ervaren respondenten in onze bevraging heeft 13.1% ($N=221$) zich ooit op soa's en 29.9% ($N=506$) zich ooit op hiv laten testen. Hierbij zijn de percentages wat testgedrag voor soa's én hiv betreft, vergelijkbaar tussen mannen en vrouwen (Tabel 36). Een recente Nederlandse populatiestudie (Goenee et al., 2012) vermeldt verschillende cijfers voor mannen en vrouwen. Van de seksueel actieve Nederlanders heeft 18.9% van de mannen en 23.6% van de vrouwen zich ooit op soa's laten testen, voor hiv zijn de respectievelijke cijfers 27.5 en 32.1%.

Tabel 36. Aantal seksueel ervaren respondenten dat ooit is getest op soa/hiv, naar geslacht ($N=1690$).

	<i>N</i>	% ooit getest op soa	% ooit getest op hiv
Totaal	1690	13.10%	29.90%
Mannen	840	12.20%	28.20%
Vrouwen	850	13.90%	31.60%

De onderstaande tabel toont de prevalenties voor de verschillende soa's bij de 221 respondenten die zich ooit lieten testen; van alle respondenten duidt 3.6% ($N= 65$) aan ooit wel eens met minstens één soa te zijn gediagnosticeerd. De soa's die het meest worden gediagnosticeerd, zijn candida, chlamydia en genitale wratten. Hier moeten we verder opmerken dat een bevraging als de Sexpert-studie uiterst geschikt is om grote lijnen in de populatie te schetsen, maar minder geschikt om conclusies te trekken over prevalentiecijfers die in de populatie heel klein zijn, zoals die van soa en hiv. Aangezien het aantal respondenten (30 mannen en 35 vrouwen) dat in de Sexpert-studie de vraag naar een gediagnosticeerde soa heeft ingevuld, te klein is voor een rapportage naar geslacht²³, kan slechts een beperkte vergelijking worden gemaakt met internationale prevalentiecijfers van soa's. Een recente Franse populatiestudie (Bajos & Bozon, 2008) schrijft over soa-prevalenties (tijdens de voorbije vijf jaar) van 2.1% bij mannen en 2.8% bij vrouwen. De Vlaamse (en de minder vergelijkbare Franse) cijfers liggen lager dan de lifetime soa-prevalenties uit een

23. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

Britse populatiestudie (Fenton et al., 2001), die meldt dat 10.8% van de Britse mannen en 12.6% van de Britse vrouwen ooit een soadiagnose hebben gekregen.

Tabel 37. Percentage dat ooit de diagnose gekregen heeft van een soa (bij respondenten die zich ooit op een of meerdere soa's lieten testen).

	Totaal
<i>N</i>	65
chlamydia	2.6%
gonorroe	1.2%
genitale herpes	1.2%
genitale wratten	1.8%
candida	2.9%
niet-specifieke urethritis	0.3%
schaamluis	1.3%
schurft	0.3%
andere	0.3%

Ook trichomonas, syfilis, bacteriële vaginose, hepatitis A, hepatitis B en hepatitis C werden bevraagd. Die zijn niet in de tabel opgenomen omdat geen enkele respondent deze opties heeft aangeduid.

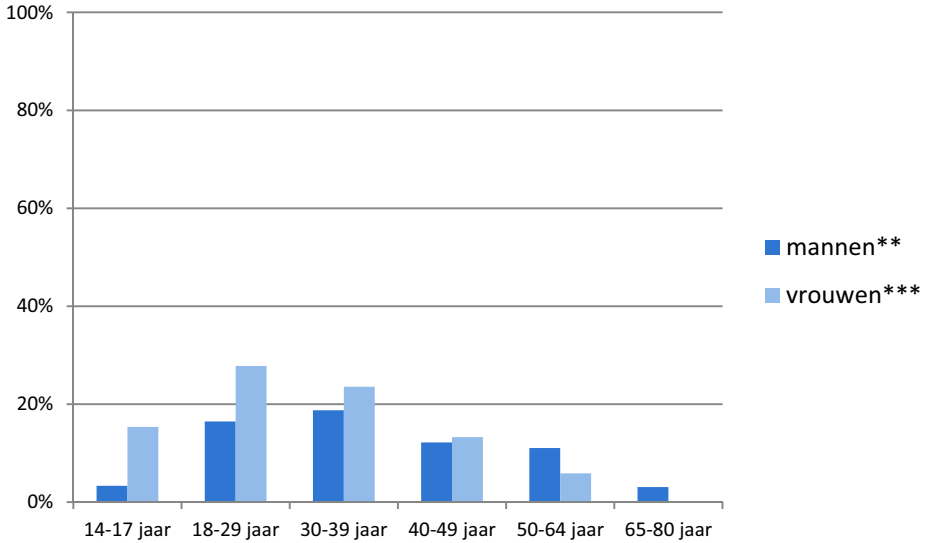
Van de hiv-geteste respondenten zegt verder 1.5% niet te weten of ze momenteel hiv-positief zijn; er zitten geen hiv-positieven in onze bevraging.

6.2. Verband tussen testgedrag en seksueel gedrag

Tabel 38 vergelijkt – op basis van een aantal paramaters – de seksuele ervaring en activiteit van respondenten die zich ooit op een soa lieten testen en diegenen die dit nog niet deden. Er zijn een aantal opmerkelijke verschillen. De groep die zich ooit liet testen, heeft niet alleen tijdens het leven beduidend meer sekspartners gehad, maar had de voorbije zes maanden ook vaker seks. Bij vrouwen vinden we ook een hoger aantal recente sekspartners. Hierbij moeten we echter rekening houden met sterke leeftijdsverschillen in testgedrag: bij mannen zijn het vooral respondenten tussen 18 en 40 die zich ooit al lieten testen, bij vrouwen gaat het voornamelijk om de drie jongste leeftijdsgroepen. Dit zijn precies de leeftijdsgroepen die, zoals we eerder toonden, meer seksuele activiteit en een hoger aantal sekspartners rapporteren.

Ook als we binnen verschillende leeftijdsgroepen afzonderlijk de vergelijking maken tussen individuen die zich ooit lieten testen en de groep die dit nog nooit deed, dan blijven we verschillen waarnemen. Bij jongvolwassen mannen, bij mannelijke veertigers en bij vrouwen binnen alle onderzochte leeftijdsgroepen hebben geteste personen gemiddeld genomen een hoger aantal sekspartners (het hele leven door) gehad (Tabellen 39, p. 98 en 40, p. 99).

De verschillen in recent seksueel gedrag (seksfrequentie en aantal partners tijdens de afgelopen zes maanden) zijn wel terug te brengen op leeftijdsverschillen tussen geteste en niet-geteste respondenten, met name op het jongere leeftijdsprofiel van de op soa's geteste groep.



** $p < .01$; *** $p < .001$

Figuur 30. Aantal respondenten dat zich ooit op een of meerdere soa's liet testen, naar leeftijdsgroep en geslacht, bij de seksueel ervaren groep ($N=1690$).

Tabel 38. Verschil in seksueel gedrag tussen de groep die zich ooit op een of meerdere soa's liet testen en de groep die zich nooit liet testen, naar geslacht, bij seksueel ervaren respondenten ($N=1690$).

	Gemiddeld aantal sekspartners ooit (<i>SD</i>)	Gemiddeld aantal sekspartners laatste zes maanden (<i>SD</i>)	Gemiddelde frequentie seks (per week) (<i>SD</i>)
Mannen			
♦ Ooit laten testen ($N=103$)	19.8 (31.2)***	1.4 (1.1)	1.63 (1.43)**
♦ Nooit laten testen ($N=736$)	8.0 (18.2)***	1.0 (1.7)	1.20 (1.28)**
Vrouwen			
♦ Ooit laten testen ($N=118$)	8.7 (7.7)***	1.0 (0.9)***	1.5 (1.5)**
♦ Nooit laten testen ($N=732$)	4.5 (11.8)***	0.8 (0.5)***	1.1 (1.5)**

** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel 39. Verschil in seksueel gedrag tussen de groep die zich ooit op één of meerdere soa's liet testen en de groep die zich nooit liet testen, naar leeftijdsgroep, bij vrouwen tussen 18 en 64 jaar oud^a (N=688).

	Gemiddeld aantal sekspartners ooit (SD)	Gemiddeld aantal sekspartners laatste zes maanden (SD)	Gemiddelde frequentie seks (per week) (SD)
Vrouwen			
18-29			
♦ Ooit laten testen (N=47)	7.3 (6.4)***	1.2 (0.9)	1.7 (1.4)
♦ Nooit laten testen (N=122)	3.7 (2.8)***	1.0 (0.6)	1.6 (1.5)
30-39			
♦ Ooit laten testen (N=33)	9.2 (8.1)*	1.1 (1.1)	1.4 (1.4)
♦ Nooit laten testen (N=107)	5.3 (5.0)*	1.0 (0.3)	1.6 (1.5)
40-49			
♦ Ooit laten testen (N=21)	11.1 (10.4)*	0.9 (0.3)	1.9 (2.0)
♦ Nooit laten testen (N=137)	5.1 (6.3)*	0.9 (0.5)	1.4 (2.0)
50-64			
♦ Ooit laten testen (N=13)	10.5 (6.5)**	0.6 (0.5)	0.9 (1.5)
♦ Nooit laten testen (N=208)	3.4 (4.1)**	0.7 (0.5)	0.8 (1.1)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

- a. In de groep jonger dan 18 jaar oud en in de groep 65-plussers waren er onvoldoende vrouwen die zich ooit op een soa lieten testen (respectievelijk $N=4$ en $N=0$) om een vergelijking mogelijk te maken.

6.3. Anticonceptiegebruik

In de Sexpert-studie bekijken we het anticonceptiegebruik op het moment van bevraging. Deze vraag is enkel gesteld aan heteroseksueel actieve, niet-gesteriliseerde vrouwen van reproductieve leeftijd (14-49 jaar) die niet zwanger zijn of proberen zwanger te worden. Het voorkómen van een zwangerschap is alleen nodig als een zwangerschap fysiek nog mogelijk is. Omdat aangenomen wordt dat de vruchtbaarheid van een vrouw vanaf haar 50ste zo is afgenomen, dat anticonceptie niet meer nodig is, is in de onderstaande tabel geen rekening gehouden met de leeftijdscategorie 50-80-jarigen. Vanwege de zeer kleine aantallen²⁴ zijn verder enkele antwoordcategorieën (priepil, $N=4$; staafje, $N=3$; periodieke onthouding, $N=3$; anticonceptiepleister, $N=1$ en coïtus interruptus, $N=1$) in Tabel 41 en Tabel 42 niet weergegeven. Voor de categorieën geen anticonceptie, minipil, ring, koperspiraaltje, condoom, condoom en hormonale methode en anders zijn noch percentages noch significantietoetsen weergegeven wegens te kleine aantallen.

24. Zie ook 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

Tabel 40. Verschil in seksueel gedrag tussen de groep die zich ooit op één of meerdere soa's liet testen en de groep die zich nooit liet testen, naar leeftijdsgroep, bij mannen tussen 18 en 64 jaar oud^a (N=677).

	Gemiddeld aantal sekspartners ooit (SD)	Gemiddeld aantal sekspartners laatste zes maanden (SD)	Gemiddelde frequentie seks (per week) (SD)
Mannen			
18-29			
♦ Ooit laten testen (N=27)	16.1 (15.5)**	1.7 (1.6)	1.9 (1.4)
♦ Nooit laten testen (N=137)	5.7 (5.4)**	1.4 (3.3)	1.6 (1.7)
30-39			
♦ Ooit laten testen (N=27)	19.3 (30.9)	1.3 (0.8)	1.7 (1.2)
♦ Nooit laten testen (N=117)	11.3 (22.4)	1.0 (0.7)	1.4 (1.0)
40-49			
♦ Ooit laten testen (N=21)	20.6 (25.3)*	1.4 (1.0)	2.0 (1.4)
♦ Nooit laten testen (N=151)	8.0 (8.1)	1.1 (1.0)	1.5 (1.2)
50-64			
♦ Ooit laten testen (N=22)	27.6 (49.3)	1.1 (0.9)	1.2 (1.6)
♦ Nooit laten testen (N=177)	10.9 (30.1)	1.0 (1.0)	1.0 (1.0)

* $p < .05$; ** $p < .01$

a. In de groep jonger dan 18 jaar oud en in de groep 65-plussers waren er onvoldoende mannen die zich ooit op een soa lieten testen (respectievelijk $N=1$ en $N=4$) om een vergelijking mogelijk te maken.

De onderstaande tabel toont dat, over alle leeftijdsgroepen heen, de pil en het hormonale spiraaltje de meest gebruikte anticonceptie zijn. De helft (49.9%) van de seksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd kiest voor de pil. Dit resultaat bevestigt recente cijfers op basis van de Belgische Gezondheidsenquête van 2004 (Bayinga et al., 2006). Ook recente Nederlandse cijfers wijzen in dezelfde richting van de pil als meest gekozen methode in alle leeftijdsgroepen (30.6%) (Picavet, 2012). De laatste Britse populatiestudie (NATSAL2000) rapporteert tevens de pil als vaakst gebruikte anticonceptie tijdens het voorbije jaar onder mannen en vrouwen tussen 16 en 44 jaar (38.2%) (Erens et al., 2003).

Voor de pil en het hormonaal spiraaltje bestaan bovendien leeftijdsverschillen. De pil is vooral onder vrouwen van 14 tot 29 jaar het meest populair. Zo kiezen jongeren van 14-17 jaar bijna uitsluitend voor de pil (64%). Dit cijfer daalt sterk in de leeftijdsgroepen van 30-39 jaar (35.7%) en 40-49 jaar (34.1%). Een soortgelijke trend wordt vermeld door de laatste Britse populatiestudie (NATSAL2000), waar twee op drie (62.2%) van de 16-24-jarige vrouwen het laatste jaar vooral de pil gebruikten, tegenover 16.8% onder 35-44-jarige vrouwen (Erens et al., 2003).

Vanaf de leeftijd van dertig jaar kiezen vrouwen vaker voor het hormonaal spiraaltje. Een toenemende populariteit van deze anticonceptiemethode bij de oudere groepen is analoog aan de Britse cijfers, waar slechts 1.7% van de 16-24-jarige vrouwen een spiraaltje gebruikt, tegenover 7.9% van de 26-44-jarigen (Erens et al., 2003). Daarbij blijkt het spiraaltje vaker gebruikt te worden in Vlaanderen dan in het Verenigd Koninkrijk.

Tabel 41. Percentage huidig anticonceptiegebruik bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd, naar leeftijdsgroep.

	N 324	totaal vrouwen	14-17	18-29	30-39	40-49
geen	16					
pil***	162	49.90%	64.0%	67.4%	35.7%	34.1%
minipil	8					
ring	16					
hormonaal spiraaltje***	59	18.30%	1.4%	2.8%	34.3%	28.7%
koperspiraaltje	6					
condoom	18					
condoom en hormonale methode	13					
anders ^a	13					

*** $p < .001$

- a. In de categorie 'anders' bevinden zich een aantal vrouwen die een combinatie van twee of drie verschillende methoden aanduiden; ook enkele vrouwen met een gesteriliseerde partner bevinden zich hier.

Het blijkt dus dat de meerderheid van de seksueel actieve vrouwen op reproductieve leeftijd anticonceptie gebruikt. Er is een kleine groep ($N=16$) die mogelijk risico loopt op een ongewenste zwangerschap. Een percentage kan niet worden berekend wegens het te kleine aantal.

In tegenstelling tot andere populatiestudies stelt de Sexpert-studie vrouwen ook de vraag naar de ervaren moeilijkheidsgraad van hun methode. Ook hier worden geen verdere percentages weergegeven voor de minipil, de ring, het koperspiraaltje, het condoom en het condoom en de hormonale methode wegens te kleine aantallen. De ervaren moeilijkheidsgraad verschilt volgens de methode. Vooral het hormonaal spiraaltje wordt als een heel makkelijke methode ervaren. Vrouwen die de pil gebruiken, ervaren dit vaker als een vrij moeilijke methode. Wanneer de onderstaande vijf-puntenschaal wordt herberekend naar gemiddelden, rapporteren vrouwen de moeilijkheidsgraad van de pil als gemiddeld 4.36 ($SD=1.01$) en dat van het hormonale spiraaltje gemiddeld als 4.90 ($SD=0.10$).

Tabel 42. Moeilijkheidsgraad van de huidige anticonceptie in de afgelopen zes maanden.

	<i>N</i> 306	heel moeilijk	eerder moeilijk	noch moeilijk, noch gemakkelijk	eerder gemakkelijk	heel gemakkelijk
pil	162	0.6%	10.5%	8.0%	17.9%	63.0%
minipil	8					
ring	16					
hormoonspiraaltje	59	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
koperspiraaltje	6					
condoom	17					
condoom en hormo- nale methode	14					

$\chi^2(80)=113.44; p<.01$

Aan alle vrouwen tussen 14 en 49 jaar is gevraagd of ze weten wat de morning-afterpil is. Van deze vrouwen zegt 95.6% van de vrouwen te weten wat de morning-afterpil is.²⁵ Onder de 14- tot 17-jarigen is de kennis beperkter (87.3%).

Aan heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd mét kennis van de morning-afterpil is tevens gevraagd hoe vaak ze deze methode reeds hebben gebruikt. De onderstaande tabel toont dat een kwart (24%) van deze vrouwen die reeds heeft gebruikt (dat komt met andere woorden neer op 23% van alle vrouwen). Verder toont de tabel hoe vrouwen die de morning-afterpil reeds hebben gebruikt, dit meestal (63.8%) één keer deden.

Tabel 43. Frequentie van gebruik van de morning-afterpil bij heteroseksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd met kennis van de morning-afterpil (*N*=457).

	Ooit morning-afterpil (% van vrouwen met kennis MAP°)	Ooit morning-afterpil (% vrouwen ooit MAP° gebruikt)
<i>N</i>	457	130
Gemiddelde (<i>SD</i>)	0.42 (1.01)***	1.71 (1.34)***
0	76.0%	/
1	14.5%	63.8%
2	5.1%	19.6%
3	2.4%	9.0%
4 keer of meer	1.8%	7.5%

****p*<.001

°MAP: morning-afterpil

25. $\chi^2(3)=13.88; p<.01$ voor het verband tussen leeftijdsgroep en al dan niet kennis morning-afterpil.

6.4. Besluit ‘Soa, hiv, testgedrag en anticonceptiegebruik’

- Op basis van een recente Nederlandse populatiestudie (Goenee et al., 2012), waar cijfers voor mannen en vrouwen voor soa-testing 18.9% respectievelijk 23.6% bedragen, en voor hiv-testing 27.5% respectievelijk 32.1%, verwachten we soortgelijke cijfers voor Vlaanderen. Hoewel de Sexpert-data voor hiv-testing (29.9%) bij seksueel ervaren respondenten in dezelfde lijn liggen als de Nederlandse cijfers, laten Vlaamse mannen en vrouwen zich minder vaak testen op soa's naast hiv (13.1%).
- In de Sexpert-studie is 3.6% ($N=65$) van de respondenten ooit minstens éénmaal met een soa gediagnosticeerd geworden. De Vlaamse cijfers liggen lager dan de lifetime soa-prevalenties uit een Britse populatiestudie (Fenton et al., 2001), die meldt dat 10.8% van de Britse mannen en 12.6% van de Britse vrouwen ooit een soa-diagnose hebben gekregen.
- Van alle Vlaamse mannen en vrouwen die ooit op soa zijn getest, is bij één op drie ook een soa vastgesteld. De meest frequente diagnoses zijn candida (2.9%), chlamydia (2.6%) en genitale wratten (1.8%). Gezien de verschillende manier van bevraging in het peilnetwerk van medici rond soa (Jaarrapport soa 2010; Verbrugge & Sasse, WIV, 2011), is een vergelijking van deze prevalenties helaas onmogelijk. Dit peilnetwerk vindt als meest frequent gerapporteerde soa's chlamydia, genitale wratten, syfilis en gonorrhoe terug.
- Zelfs wanneer we rekening houden met leeftijdsverschillen, vinden we een verschil in aantal sekspartners (het hele leven door) tussen de op soa's geteste en de niet-geteste groep. Ook wat het seksueel gedrag tijdens de voorbije zes maanden betreft, verschilt de geteste groep van de niet-geteste groep, maar deze verschillen in recent seksueel gedrag zijn volledig toe te schrijven aan de leeftijdsverschillen, meer concreet het jongere leeftijdsprofiel, van de geteste groep.
- Wat anticonceptie bij seksueel actieve vrouwen van reproductieve leeftijd betreft, is tussen 14 en 49 jaar de pil de meest gebruikte methode (49.9%). Dit resultaat bevestigt recente cijfers op basis van de Belgische Gezondheidsenquête van 2004 (Bayinga et al., 2006). Ook recente Nederlandse cijfers wijzen in dezelfde richting van de pil als meest gekozen methode in alle leeftijdsgroepen (30.6%) (Picavet, 2012). De laatste Britse populatiestudie (NATSAL2000) rapporteert tevens de pil als vaakst gebruikte anticonceptie tijdens het voorbije jaar onder mannen en vrouwen tussen 16 en 44 jaar (38.2%) (Erens et al., 2003).
- Voor de pil en het hormonaal spiraaltje bestaan bovendien leeftijdsverschillen: met toenemende leeftijd daalt het pilgebruik en neemt de populariteit van het hormonaal spiraaltje toe. Een soortgelijke trend wordt vermeld door de laatste Britse populatiestudie (NATSAL2000), waar twee op drie (62.2%) van de 16-24-jarige vrouwen het laatste jaar vooral de pil gebruikten, tegenover 16.8% onder

35-44-jarige vrouwen (Erens et al., 2003). Vanaf de leeftijd van 30 jaar wordt het hormonale spiraaltje vaker gebruikt. Een toenemende populariteit van deze anti-conceptiemethode bij de oudere groepen, is analoog aan de Britse cijfers, waar slechts 1.7% van de 16-24-jarige vrouwen een spiraaltje gebruikt, tegenover 7.9% van de 26-44-jarigen (Erens et al., 2003). Daarbij blijkt het spiraaltje vaker gebruikt te worden in Vlaanderen dan in het Verenigd Koninkrijk.

- De Sexpert-studie is – in vergelijking met internationale populatiestudies – uniek in het opnemen van een vraag naar de ervaren moeilijkheidsgraad van de gebruikte anticonceptiemethode. Internationale vergelijkingen zijn dus moeilijk. In de Sexpert-studie wordt het hormoonspiraaltje in gebruik het vaakst als heel gemakkelijk ervaren. Eén op tien vrouwen die de pil gebruiken, ervaart deze methode als eerder moeilijk.
- Bijna alle bevroegde vrouwen (95.6%) zeggen te weten wat de morning-afterpil is. Ongeveer een kwart van de vrouwen die deze noodanticonceptie kennen, heeft ze al minstens één keer gebruikt. Dit cijfer (24%) is in overeenstemming met een recente Nederlandse bevraging (Bakker et al., 2009). De NATSAL2000-studie rapporteert dat 15.2% van de 16-44-jarige Britse vrouwen ooit de morning-afterpil gebruikte (Erens et al., 2003). Van de vrouwen die de morning-afterpil al eens hebben ingenomen, heeft twee op drie (63.8%) deze methode één keer gebruikt.

7. Karakteristieken van seksuele contacten

In totaal waren 1332 respondenten (73.0% van de totale steekproef, of 78.8% van de seksueel ervaren steekproef) tijdens de afgelopen zes maanden seksueel actief. Bij deze groep peilen we naar de karakteristieken van een ‘typisch’ seksueel contact. Om tot een dergelijke steekproef van seksuele contacten te komen, nemen we, zoals dit ook in andere studies gebeurt (o.a. Laumann et al., 1994), meer concreet bij alle seksueel actieve respondenten het laatste seksueel contact dat ze hadden, in beschouwing. Vanwege de kleine aantallen seksueel ervaren respondenten in de jongste groep²⁶ wordt de jongste groep echter in de verdere bespreking van de resultaten niet meer meegenomen.

26. In de jongste leeftijdsgroep (14-17 jaar) had 41,5% (of $N=56$) reeds seks, ten opzichte van 93% tot 99% in de oudere leeftijdsgroepen. $N=48$ of 35% van de jongeren tussen 14 en 17 jaar was ook seksueel actief tijdens de voorbije zes maanden. Deze groep is te klein om verder in detail te worden besproken. Zie ook ‘Achtergrond van de studie’, paragraaf 5.3, p. 35.

7.1. Met wie?

Binnen de groep met een partner, de grote meerderheid van de steekproef, vinden we dat 98% seks had met de (huidige) partner. Ook in Frans populatieonderzoek (Bajos & Bozon, 2008) wordt de eigen partner het vaakst als laatste sekspartner gerapporteerd.

Binnen de groep zonder partner was dit het meest frequent ‘met iemand waarmee ik geen relatie heb, maar wel af en toe seks heb’ (47%), op de tweede plaats gevolgd door de toenmalige partner (nu ex-partner) (33%). 18% van de respondenten zonder partner maakt melding van een *one-night stand*, terwijl *one-night stands* door minder dan 1% van de respondenten in een partnerrelatie worden gerapporteerd.

De persoon waarmee men seks had, verschilt verder naar gelang van het geslacht en naargelang de leeftijdsgroep. Mannen hebben iets vaker seks met ‘iemand waarmee ik geen relatie heb, maar wel af en toe seks heb’. Na controle blijken de leeftijdsverschillen echter te kunnen worden verklaard door het al dan niet hebben van een partner: 18- tot en met 29-jarigen hebben minder vaak een vaste partner, wat zich manifesteert in het feit dat ze vaker dan anderen ook seks hadden met hun toenmalige partner (huidige ex-partner) (7%) of met iemand waarmee ze af en toe seks hebben, maar geen relatie hebben (10%).

Tabel 44. Persoon waarmee men de laatste keer seks had, naargelang het al dan niet hebben van een partner (N=1272).

	Persoon waarmee laatste keer seks						
	N	Huidige vaste partner	Toenmalige partner, nu ex-partner	Iemand waarmee geen relatie, maar af en toe seks	One-night stand	Escorte of prostituee	Buitenechtelijke relatie
Totaal	1272	89.8%	3.4%	4.8%	1.6%	0.2%	0.2%
Met partner	1165	98.1%	0.6%	0.9%	0.1%	0.1%	0.2%
Zonder partner	107	0.9%	32.7%	46.7%	17.8%	0.9%	0.9%

$$\chi^2(5)=1038.81; p<.001$$

Tabel 45. Persoon waarmee men de laatste keer seks had, naar geslacht (N=1274).

	Persoon waarmee laatste keer seks						
	N	Huidige vaste partner	Toenmalige partner, nu ex-partner	Iemand waarmee geen relatie, maar af en toe seks	One-night stand	Escorte of prostituee	Buitenechtelijke relatie
Totaal	1274	89.8%	3.4%	4.8%	1.6%	0.2%	0.2%
Mannen	665	88.0%	3.6%	5.7%	2.3%	0.5%	0.0%
Vrouwen	609	91.8%	3.1%	3.8%	0.8%	0.0%	0.5%

$$\chi^2(5)=13.43; p<.05$$

Tabel 46. Persoon waarmee men de laatste keer seks had, naar leeftijdsgroep (N=1273).

	Persoon waarmee laatste keer seks						
	N	Huidige vaste partner	Toenmalige partner, nu ex-partner	Iemand waarmee geen relatie, maar af en toe seks	One-night stand	Escorte of prostituee	Buitenechtelijke relatie
18-29	289	79.6%	6.9%	10.0%	3.5%	0.0%	0.0%
30-39	258	88.4%	3.1%	5.8%	2.3%	0.4%	0.0%
40-49	291	93.1%	2.7%	2.4%	0.7%	0.3%	0.7%
50-64	311	94.9%	1.6%	2.9%	0.3%	0.0%	0.3%
65-80	124	96.8%	1.6%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%

$\chi^2(20)=67.14; p<.001$

7.2. Context

De meerderheid van de onderzochte seksuele contacten (85.9%) waren **niet gepland**. Het plannen van het laatste seksueel contact verschilt niet volgens geslacht of leeftijdscategorie, maar wel naar gelang het al dan niet hebben van een partner. Respondenten zonder partner plannen hun seksuele contacten vaker dan respondenten met een partner.

Tabel 47. Al dan niet gepland zijn van een seksueel contact, naargelang het al dan niet hebben van een partner (N=1273).

	N	Ja, op voorhand gepland	Nee, niet op voorhand gepland	Weet ik niet
Totaal	1273	10.5%	85.9%	3.6%
Met partner***	1161	8.8%	87.5%	3.7%
Zonder partner***	112	28.6%	68.8%	2.7%

*** $\chi^2(2)=42.47; p<.001$

De eigen woning of de woning van de partner is zonder twijfel de meest populaire **locatie** om seks te hebben (Tabel 48), een bevinding die tevens in Frans onderzoek wordt gerapporteerd (Bajos & Bozon, 2008). Tussen mannen en vrouwen zijn er geen statistisch significante verschillen, naar leeftijd en naargelang partnerstatus wel (Tabellen 48 en 49). De jongste groep (18- tot 29-jarigen) heeft zijn of haar seksueel contact vaker beleefd in het huis van iemand anders (vriend, familielid). Daarnaast heeft de jongste groep ook vaker seks op een openbare plaats dan de andere leeftijdsgroepen.

Tabel 48. Locatie van het seksueel contact, naargelang het al dan niet hebben van een partner (N=1280).

	N	Mijn of ons eigen huis/kot	Ander huis (ouders, vrienden, familie, ...)	Fuif, café, bos, park, strand, toiletten, auto, ...	Hotelkamer	Vakantie, kamp, festival, ...	Andere
Totaal	1280	91.3%	3.2%	0.9%	0.6%	2.7%	1.3%
Met partner	1168	93.2%	2.5%	0.4%	0.4%	2.7%	0.8%
Zonder partner	112	70.5%	10.7%	6.3%	2.7%	3.6%	6.3%

$\chi^2(5)=97.48; p<.001$

Tabel 49. Locatie van het seksueel contact, naar leeftijdsgroep (N=1280).

	N	Mijn of ons eigen huis/kot	Ander huis (ouders, vrienden, familie, ...)	Fuif, café, bos, park, strand, toiletten, auto, ...	Hotelkamer	Vakantie, kamp, festival, ...	Andere
18-29	294	83.0%	11.6%	2.4%	0.3%	1.4%	1.4%
30-39	260	93.5%	0.8%	0.8%	0.0%	3.8%	1.2%
40-49	291	94.5%	0.3%	1.0%	1.0%	2.7%	0.3%
50-64	311	94.5%	0.6%	0.0%	1.3%	1.6%	1.9%
65-80	123	91.9%	0.8%	0.0%	0.0%	5.7%	1.6%

$\chi^2(20)=118.49; p<.001$

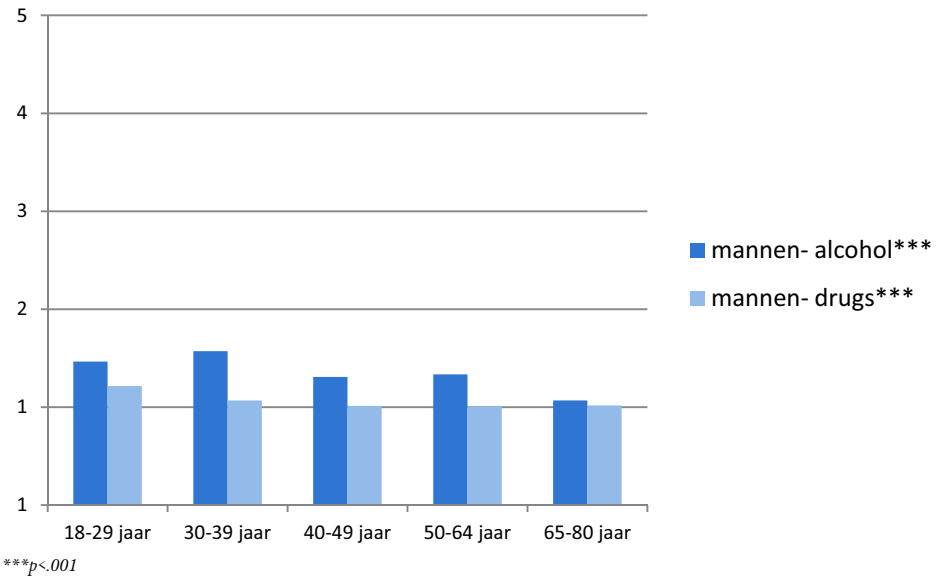
Seks vindt meestal niet plaats onder **invloed van alcohol of drugs**, een bevinding die ook wordt gerapporteerd door Laumann en collega's (1994). Respectievelijk 83.7% en 97.8% van alle respondenten zegt niet onder invloed te zijn van alcohol en drugs tijdens het seksueel contact. Er is daarbij echter een verschil volgens het geslacht. Mannen geven (op een vijfpunteschaal) aan meer onder invloed geweest te zijn dan vrouwen (Tabel 50).

Enkel bij mannen vinden we tevens verschillen volgens leeftijd: mannelijke 18- tot 29-jarigen en mannelijke dertigers rapporteren vaker onder invloed te zijn geweest van alcohol dan oudere mannen, en de oudste groep (65-plussers) geeft dit minder vaak aan dan alle andere mannen. De jongste groep mannen (18- tot 29-jarigen) rapporteert vaker onder invloed te zijn geweest van drugs.

Tabel 50. Mate waarin men onder invloed is van alcohol en drugs bij een seksueel contact, naar geslacht (N=1282).

	Onder invloed van alcohol		Onder invloed van drugs	
	N	Gemiddelde (SD) (1=helemaal niet; 5=zeer sterk)	N	Gemiddelde (SD) (1=helemaal niet; 5=zeer sterk)
Totaal	1283	1.3 (0.8)	1281	1.1 (0.4)
Mannen	670	1.4 (0.8)**	670	1.1 (0.4)*
Vrouwen	613	1.2 (0.7)**	610	1.0 (0.3)*

* $p<.05$; ** $p<.01$



Figuur 31. Mate waarin men onder invloed is van alcohol en drugs bij een seksueel contact, bij seksueel actieve mannen ($N=670$).

7.3. Beleving

Naast de context is ook de beleving van een seksueel contact belangrijk om in kaart te brengen.

Aan de respondenten werd gevraagd om aan te geven hoe ze hun seksueel contact beleefd hebben aan de hand van een vijfpuntenschaal gaande van heel negatief (één) tot heel positief (vijf).

Met een gemiddelde score van 4.4 beleven respondenten hun seksuele contacten eerder positief tot heel positief, met een net iets hogere score voor mannen. Enkel in de jongste leeftijdsgroep vinden we dit verschil tussen mannen en vrouwen niet terug. Daarnaast blijkt dat seksuele contacten door 50- tot 64-jarigen en 65-plussers als iets minder positief worden ervaren. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen vanaf 50 jaar.

Tabel 51. Algemene beleving van het seksueel contact, naar geslacht ($N=1281$).

	Algemene beleving seksueel contact	
	<i>N</i>	Gemiddelde (<i>SD</i>) (1=heel negatief; 5=heel positief)
Totaal	1281	4.4 (0.8)
Mannen	670	4.4 (0.8)*
Vrouwen	611	4.3 (0.8)*

* $p < .05$

Tabel 52. Algemene beleving van het seksueel contact, naar leeftijdsgroep (N=1281).

	Algemene beleving seksueel contact	
	N	Gemiddelde (SD)
Totaal	1281	4.4 (0.8)
18-29	294	4.5 (0.7)
30-39	260	4.4 (0.8)
40-49	292	4.4 (0.7)
50-64	311	4.2 (0.9)***
65-80	124	4.2 (0.9)***

*** $p < .001$

Naast de algemene beleving worden de respondenten gevraagd om vijf extra belevingsitems te beantwoorden aan de hand van een vijfpuntschaal gaande van 'voor mij helemaal niet van toepassing' tot 'helemaal wel van toepassing'.

Zowel naar geslacht als naar leeftijd vinden we verschillen. De onderstaande tabellen (Tabellen 53 en 54) bevatten uitsluitend de scores op die items waarvoor we verschillen vonden.

Mannen in onze steekproef scoren hoger op 'zich toen goed in mijn vel voelen' dan vrouwen. Vrouwen hebben meer het gevoel dat ze het waard zijn geliefd te worden dan mannen. Daarnaast zijn er naar leeftijd kleine verschillen in 'het zich in de war voelen' (een iets hogere score in de jongste groep) en 'het zich aantrekkelijk voelen' (een iets lagere score bij respondenten vanaf 40 jaar).

Tabel 53. Gemiddelde score op belevingsitems bij het laatste seksueel contact (1=helemaal niet van toepassing; 5=helemaal van toepassing).

	N	Gemiddelde (SD)
Ik was op dat moment erg in de war	1275	1.2 (0.7)
Ik voelde me toen goed in mijn vel	1279	4.3 (1.1)
Ik voelde me toen een aantrekkelijk persoon	1272	3.8 (1.1)
Ik had toen het gevoel dat ik het waard was geliefd te worden	1272	4.0 (1.1)
Ik voelde me toen waardeloos	1276	1.2 (0.7)

Tabel 54. Gemiddelde score op belevingsitems bij het laatste seksueel contact, naar geslacht (1=helemaal niet van toepassing; 5=helemaal van toepassing).

	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)
Ik voelde me toen goed in mijn vel	1279	4.3 (1.1)	670	4.4 (1.1)*	609	4.2 (1.0)*
Ik had toen het gevoel dat ik het waard was om geliefd te worden	1272	4.0 (1.1)	664	3.8 (1.1)***	608	4.1 (1.0)***

* $p < .05$; *** $p < .001$

Tabel 55. Gemiddelde score op belevingsitems bij het laatste seksueel contact, naar leeftijdsgroep (1=helemaal niet van toepassing; 5=helemaal van toepassing).

	Ik was op dat ogenblik erg in de war		Ik voelde me toen aantrekkelijk persoon	
	N	Gemiddelde (SD)**	N	Gemiddelde (SD)**
18-29	294	1.3 (0.8)	295	4.0 (1.0)
30-39	260	1.2 (0.6)	258	3.9 (1.0)
40-49	292	1.1 (0.5)	291	3.7 (1.0)
50-64	307	1.3 (0.8)	307	3.6 (1.2)
65-80	121	1.2 (0.7)	121	3.7 (1.3)

** $p < .01$

7.4. Veilig/onveilig

7.4.1. Condoomgebruik

Of het laatste contact al dan niet veilig verliep, is bevraagd aan de hand van twee vragen: werd er een condoom gebruikt en indien er geen condoom werd gebruikt, hoe zeker was men dan dat er geen risico op besmetting was. Op basis van deze twee vragen splitsen we op tussen veilige en onveilige seksuele contacten. We bekijken eerst en vooral het condoomgebruik.

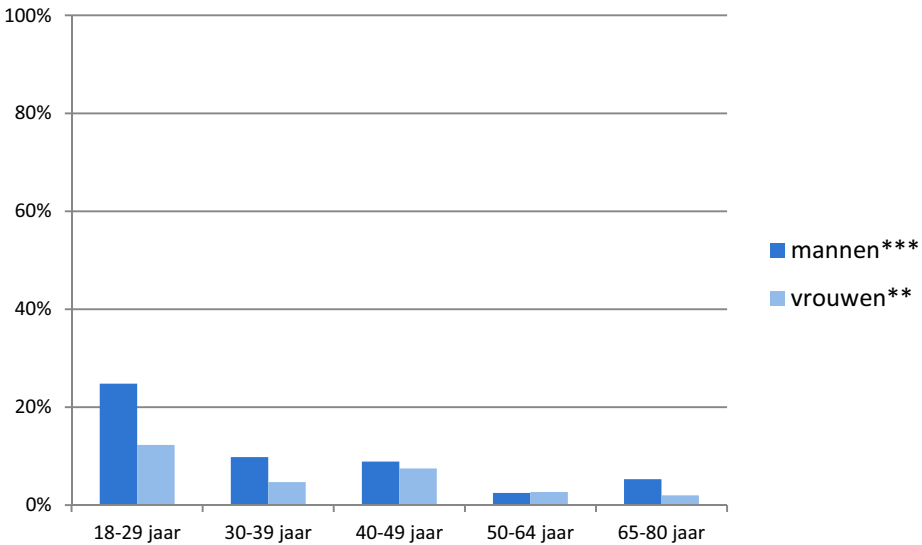
Tijdens 8.6% van de onderzochte contacten werd een condoom gebruikt. De jongste groep (18% van de 18- tot 29-jarigen) gebruikte beduidend vaker een condoom dan oudere respondenten. Ook een relatief grote groep veertigers (8.6%) heeft een condoom gebruikt.

Globaal gezien gebruikten mannen vaker een condoom dan vrouwen, maar dit verschil tussen mannen en vrouwen blijkt enkel binnen de jongste groep statistisch significant te zijn (18-29) (Figuur 32).

Laumann en collega's (1994) rapporteren dat 16.3% van de respondenten in een Amerikaans populatieonderzoek tijdens het laatste contact een condoom gebruikte. De leeftijdsrange is in dit Amerikaanse onderzoek wel verschillend (18-59). Ook in dit Amerikaanse onderzoek zijn de percentages voor condoomgebruik het hoogst voor de jongste leeftijdsgroepen.

Respondenten zonder partner hebben daarnaast vaker een condoom gebruikt bij het laatste contact (33% van de contacten tegenover 6% van de seksuele contacten met de partner) (Tabel 56).

Aangezien een heel kleine minderheid van de hier gerapporteerde laatste seksuele contacten tussen twee mannen (1% van alle 1327 gerapporteerde contacten, $N=13$) of tussen twee vrouwen (1%, $N=11$) plaatsvond, en 98% van alle contacten dus heteroseksueel van aard was, is het niet mogelijk om verschillen in condoomgebruik statistisch te toetsen volgens het geslacht van de partner.



** $p < .01$; *** $p < .001$

Figuur 32. Percentage seksuele contacten waarbij een condoom werd gebruikt, naar leeftijd en geslacht van de respondent ($N=1282$).

Tabel 56. Percentage seksuele contacten waarbij een condoom werd gebruikt, naargelang het al dan niet hebben van een partner ($N=1281$).

	<i>N</i>	Condoom gebruikt
Totaal	1281	8.6%
Met partner	1169	6.3%***
Zonder partner	112	32.7%***

*** $p < .001$

7.4.2. Risico op besmetting met soa/hiv

Niet alle contacten waarbij door de partners geen condoom werd gebruikt, zijn even risicovol in termen van een mogelijke besmetting met een seksueel overdraagbare aandoening.

Volgens de **brede definitie** is een veilig contact een contact waarbij een condoom werd gebruikt OF de respondent was zeker of helemaal zeker dat er geen risico op besmetting was. Volgens deze brede definitie valt 4% van de contacten onder de noemer 'onveilig'.

Het percentage onveilige contacten verschilt daarbij volgens de leeftijd en naargelang het al dan niet hebben van een partner, maar niet volgens het geslacht van de respondent.

Hoewel ze vaker een condoom hebben gebruikt (zie eerder), rapporteren jongeren het vaakst een onveilig seksueel contact. De twee oudste groepen rapporteren het minst vaak onveilige contacten (ongeacht het geslacht). In het reeds vermelde Amerikaanse populatieonderzoek (Laumann et al., 1994) wordt de onveiligheid van een seksueel contact louter aan de hand van condoomgebruik gemeten. Dit leidt ertoe dat in deze Amerikaanse studie, in tegenstelling tot de Sexpert-resultaten, jongeren het meest veilige contacten rapporteren.

Tabel 57. Percentage onveilige seksuele contacten (brede definitie), naar geslacht (N=1282).

	N	Onveilig (brede definitie)
Totaal	1282	4.0%
Mannen	670	3.4%
Vrouwen	612	4.6%

Tabel 58. Percentage onveilige seksuele contacten (brede definitie), naar leeftijdsgroep (N=1282).

	N	Onveilig
Totaal	1282	4.0%
18-29	295	7.5%
30-39	260	4.6%
40-49	292	3.4%
50-64	311	1.9%
65-80	124	0.8%

$\chi^2(4)=16.54; p<.01$

Tabel 59. Percentage onveilige seksuele contacten (brede definitie), naargelang het al dan niet hebben van een partner.

	N	Onveilig
Totaal	1281	4.0%
Met partner	1169	2.6%***
Zonder partner	112	18.8%***

*** $p<.001$

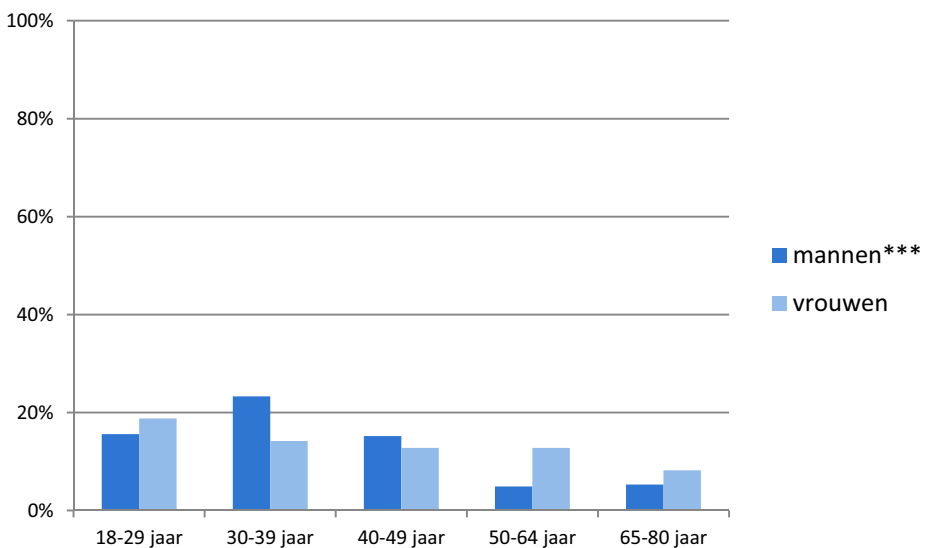
Volgens de **enge definitie** is een veilig contact een contact waarbij een condoom werd gebruikt OF een contact waarbij geen condoom werd gebruikt, maar de respondent was 'helemaal zeker' dat er geen risico op besmetting met soa/hiv bestond ('zeker' volstaat dus niet meer om het een veilig contact te noemen). Volgens deze definitie was 14% van de seksuele contacten onveilig. Dat is 10% meer vergeleken met de brede invulling.

Wanneer we veiligheid/onveiligheid vanuit een enge definitie bekijken, vinden we geen statistisch significante verschillen tussen vrouwen van verschillende leeftijden, maar wel tussen mannen onderling (Figuur 33). Mannen in de jongste leeftijdsgroe-

pen (18- tot 29-jarigen en vooral dertigers) rapporten volgens deze definitie vaker een onveilig contact. Verder zijn er opnieuw verschillen tussen respondenten met of zonder partner, ongeacht het geslacht.

Tabel 60. Percentage onveilige seksuele contacten (enge definitie), naar geslacht (N=1282).

	N	Onveilig (enge definitie)
Totaal	1282	13.9%
Mannen	670	13.5%
Vrouwen	612	14.4%



*** $p < .001$

Figuur 33. Percentage onveilige seksuele contacten (enge definitie), naar geslacht en leeftijdsgroep (N=1282).

Tabel 61. Percentage onveilige seksuele contacten (enge definitie), naargelang het al dan niet hebben van een partner (N=1281).

	N	Onveilig
Totaal	1281	13.9%
Met partner	1169	11.5%***
Zonder partner	112	40.2%***

*** $p < .001$

In de onderstaande tabel (Tabel 62) zien we dat de meerderheid van de respondenten in onze bevraging die aangeven dat ze 'zeker' of 'helemaal zeker' waren dat er geen risico op besmetting met soa/hiv was, als reden vooropstelt dat 'ze al lang een koppel waren met degene waarmee ze de laatste keer seks hadden (en geen onveilige

seks buiten de relatie hebben gehad)’. Vrouwen geven dit nog iets vaker aan dan mannen. Mannen geven dan weer iets vaker als argument aan dat men ‘elkaars eerste (seks)partner’ is/was.

Er zijn ook leeftijdsverschillen: de jongste groep heeft zich naar eigen zeggen vaker laten testen of heeft met hun sekspartner vaker in detail over het risico op een soa/hiv gesproken, terwijl elkaars enige of eerste partner zijn vaker als argument voor veiligheid van een contact wordt aangegeven bij respondenten vanaf 30 jaar (Tabel 63).

Tabel 62. Reden waarom zeker dat er geen risico op besmetting soa/hiv was, naar geslacht (N=1098).

	N	Laten testen	Er uitgebreid over gesproken	Elkaars eerste partner	Al lange tijd een relatie (en geen onveilige seks buiten de relatie)	Al lange tijd een relatie + nog een andere reden
Totaal	1098	5.2%	8.9%	15.5%	59.1%	11.3%
Mannen	562	6.2%	7.3%	19.6%	56.2%	10.7%
Vrouwen	536	4.1%	10.6%	11.2%	62.1%	11.9%

$\chi^2(4)=20.25; p<.001$

Tabel 63. Reden waarom zeker dat er geen risico op besmetting soa/hiv was, naar leeftijdsgroep (N=1098).

	N	Laten testen	Er uitgebreid over gesproken	Elkaars eerste partner	Al lange tijd een relatie (en geen onveilige seks buiten de relatie)	Al lange tijd een relatie + nog een andere reden
18-29	204	9.3%	18.6%	12.3%	45.1%	14.7%
30-39	229	4.4%	9.6%	10.0%	65.9%	10.0%
40-49	253	5.5%	8.3%	15.0%	60.5%	10.7%
50-64	295	3.7%	4.7%	17.3%	65.8%	8.5%
65-80	117	3.4%	2.6%	27.4%	50.4%	16.2%

$\chi^2(16)=78.23; p<.001$

7.4.3. Risico op ongewenste zwangerschap

Het risico op ongewenste zwangerschap werd alleen bevestigd bij de respondenten die aangaven dat ze bij het laatste seksueel contact geen condoom gebruikten, maar wel zeker/helemaal zeker waren dat er geen risico op besmetting met soa/hiv was. Bij 5% van alle heteroseksuele seksuele contacten was er zo sprake van een risico op een niet-bedoelde zwangerschap. Die vinden we iets vaker terug bij jongvolwassenen (18-29) en dertigers (Tabel 65). Er zijn geen verschillen naargelang het al dan niet hebben van een partner en naargelang het geslacht van de respondent.

De voornaamste reden waarom respondenten aangeven zeker te zijn dat er geen risico was op ongewenste zwangerschap, is het gebruik van een andere contraceptie-

methode (bij respondenten jonger dan 40 jaar) of de onvruchtbaarheid of sterilisatie van één van beide partners (bij oudere respondenten) (Tabel 66).

Tabel 64. Percentage onveilige contacten in termen van risico op ongewenste zwangerschap bij het laatste seksueel contact (beknopt), naar geslacht (N=1156).

	N	Onveilig
Totaal	1156	4.8%
Mannen	606	4.0%
Vrouwen	550	5.6%

Tabel 65. Aantal onveilige contacten in termen van risico op ongewenste zwangerschap bij het laatste seksueel contact (beknopt), naar leeftijdsgroep (N=1156).

	N	Onveilig
Totaal	1156	4.8%
18-29	249	7.2%
30-39	231	8.7%
40-49	266	2.6%
50-64	290	1.7%
65-80	119	4.2%

$\chi^2(4)=19.72; p<.01$

Tabel 66. Reden waarom zeker dat er geen risico op zwangerschap was, naar leeftijdsgroep (N=924).

	N	Het was een veilige periode	Andere contraceptie methode gebruikt	Coïtus interruptus	Eén van beide partners was onvruchtbaar/gesteriliseerd	Er was geen vaginale penetratie
Totaal	922	9.6%	37.4%	2.3%	41.4%	3.4%
18-29	156	10.3%	68.6%	1.9%	2.6%	2.6%
30-39	171	5.8%	69.6%	1.2%	19.3%	0.6%
40-49	221	4.5%	40.7%	2.7%	43.4%	2.7%
50-64	267	12.0%	10.5%	2.2%	67.4%	3.7%
65-80	107	18.7%	0.0%	3.7%	63.6%	10.3%

$\chi^2(20)=376.44; p<.001$

7.4.4. Risico op soa/hiv of ongewenste zwangerschap gecombineerd

Indien het risico op besmetting met soa/hiv wordt gecombineerd met het risico op een ongewenste zwangerschap, wordt het globale percentage 'risicovolle contacten' verkregen. Vanuit de brede definitie (over elk van de elementen heel zeker of zeker zijn) kunnen we stellen dat de grote meerderheid van de seksuele contacten (91.2%) veilig was (Tabel 67). In een enge definitie (over elk van de elementen heel zeker zijn) gebeurt 82% van de contacten op een veilige manier. Jongeren (14-17 en 18-

29) rapporteren meer risicovolle contacten dan alle oudere leeftijdsgroepen (Tabel 68), maar er zijn geen verschillen tussen mannen en vrouwen.

Tabel 67. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (brede definitie), naar geslacht (N=1207).

	N	Onveilig (brede definitie)
Totaal	1207	8.8%
Mannen	628	7.3%
Vrouwen	579	10.4%

Tabel 68. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (brede definitie), naar leeftijdsgroep (N=1207).

	N	Onveilig (brede definitie)
Totaal	1207	8.8%
18-29	271	14.8%
30-39	243	13.2%
40-49	276	6.2%
50-64	296	3.7%
65-80	120	5.0%

$\chi^2(4)=31.90; p<.001$

Indien de enge definitie van een risicovol contact voor besmetting met soa/hiv in deze gecombineerde variabele wordt gebruikt, ziet de verdeling er ongeveer hetzelfde uit (Tabel 69). Ongeveer één op de vijf (18%) van de onderzochte seksuele contacten is in dat geval een risicovol contact. Ook hier vinden we geen significant geslachtsverschil, maar wel een verschil tussen de leeftijdscategorieën (Tabel 70).

Tabel 69. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (enge definitie), naar geslacht (N=1207).

	N	Onveilig (enge definitie)
Totaal	1207	17.7%
Mannen	628	16.5%
Vrouwen	579	19.2%

Tabel 70. Aantal risicovolle laatste seksuele contacten (enge definitie), naar leeftijdsgroep (N=1207).

	N	Onveilig (enge definitie)
Totaal	1207	17.7%
18-29	271	23.1%
30-39	243	24.3%
40-49	276	16.9%
50-64	296	10.3%
65-80	120	10.8%

$\chi^2(4)=28.51; p<.001$

7.5. Besluit ‘Laatste seksueel contact’

- Driekwart van onze respondenten is in de afgelopen zes maanden seksueel actief geweest.
- Respondenten met een partner beleefden hun laatste contact vrijwel allemaal met hun partner. Respondenten zonder partner hebben voornamelijk seks met ‘iemand waarmee ze geen relatie, maar wel af en toe seks hebben’ of met hun ex-partner.
- De meerderheid van de seksuele contacten is niet gepland. Dit verschilt tussen respondenten met en zonder partner: 88% van de onderzochte seksuele contacten van respondenten met een partner is ongepland. Bij respondenten zonder partner is dit 69%.
- De eigen woning of die van de partner is de meest populaire locatie voor het laatste seksueel contact.
- De meerderheid van de onderzochte seksuele contacten gebeurde niet onder invloed van alcohol of drugs. Mannen uit de twee jongste groepen (18-29 jaar en 30-39 jaar) zijn vaker onder invloed van alcohol geweest. Jonge mannen (tussen 18-29 jaar) zijn vaker onder invloed geweest van drugs dan mannen uit oudere leeftijdsgroepen.
- De meeste respondenten hebben hun seksuele contacten eerder positief tot heel positief beleefd.
- Het percentage onderzochte seksuele contacten dat onveilig was met betrekking tot het risico op besmetting met hiv of een soa, bedraagt 4%, bekeken vanuit een brede definitie van veiligheid. Hierbij rapporteren de jongvolwassenen (18-29) en dertigers meer onveilige contacten. Vanuit een enge definitie van veiligheid was 14% van de contacten onveilig. Tussen mannen onderling vinden we daarbij leeftijdsverschillen: mannelijke dertigers rapporteren hierbij het meest onveilige contacten.
- De meerderheid van de respondenten beoordeelde hun contact als veilig, aangezien het plaatsvond binnen de context van een langdurige partnerrelatie. Een minderheid (5%) van de seksuele contacten bleek onveilig te zijn met betrekking tot het risico op een ongewenste zwangerschap.

Referenties

- Bajos, N. & Beltzer, N. (2008). Les sexualités homo-bisexuelles: D’une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. In N. Bajos & M. Bozon (eds.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé* (pp. 243-266). Paris: La Découverte.

- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris, France: La Découverte.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijjer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête door Interview, België, 2004*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Afdeling Epidemiologie.
- Bozon, M. (2002). Pratiques et rencontres sexuelles: un répertoire qui s'élargit. In N. Bajos & M. Bozon (eds.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: Editions la Découverte.
- Carton, A., Vander Molen, T. & Pickery, J. (2006). *Basisdocumentatie Survey naar Sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen 2006*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- de Graaf, H., Kruijjer, H., van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25^{ste}. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Utrecht: RutgersWPF.
- de Graaf, H. (2012). Seksueel gedrag en seksuele beleving in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 87-97.
- Dekker, A. & Schmidt, G. (2002). Patterns of masturbatory behavior: changes between the sixties and the nineties. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 14(2-3), 35-48.
- Erens, B., McManus, S., Prescott, A. & Field, J. (2003). *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II. Reference tables and summary report*. Beschikbaar op: <http://www.natsal.ac.uk/natsal/results.htm>.
- Fenton, K.A., Johnson, A.M., McManus, S. & Erens, B. (2001). Measuring sexual behavior: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*, 77, 84-92.
- Fenton, K.A., Korovessis, C., Johnson, A.M., McCadden, A., McManus, S., Wellings, K. & Erens, B. (2001). Sexual Behavior in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent genital Chlamydia trachomatis infection. *Lancet*, 358, 1851-1854.
- 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 sample. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 266-278.
- 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. *The Journal of Sex Research*, 40(4), 325-332.
- Goenee, M., Kedde, H. & Picavet, C. (2012). Condoomgebruik en testgedrag in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 109-120.
- Haning, R.V., O'Keefe, S.L., Randall, E.J., Kommor, M.J., Baker, E. & Wilson, R. (2007). Intimacy, orgasm likelihood and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 33(2), 93-113.
- 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.

- Kerker B.D., Mostashari F. & Thorpe L. (2006). Health care access and utilization among women who have sex with women: Sexual behavior and identity. *Journal of Urban Health*, 83(5), 970-979.
- 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. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia/London: W.B. Saunders Company.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Leridon, H. (2002). Le nombre de partenaires: un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais des comportements encore très différents. In N. Bajos & M. Bozon (eds.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: Editions la Découverte.
- Le Van, C., Ferrand, M. & Levinson, S. (2002). L'absence d'activité sexuelle: une singularité plurielle. In N. Bajos & M. Bozon (eds.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: Editions la Découverte.
- McManus, S., Field, J., Prescott, A. & Erens, B. on behalf of the Natsal II team (2002). *Topic report one: sexual behavior: National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II. Report to Department of Health, 2002*. London: National Centre for Social Research.
- Mercer, C.H., Bailey, J.V., Johnson, A.M., Erens, B., Wellings, K., Fenton, K.A. & Copas, A.J. (2007). Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1126-1133.
- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121-128.
- van Kesteren, N.M.C., Hospers, H. & Kok, G. (2007). Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 65(1), 5-20.
- Verbrugge, R. & Sasse, A. (2011). *Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen bij de algemene bevolking in België en de regio's. Gegevens van 2010*. Brussel: Volksgezondheid en Surveillance, ISP-WIV.
- Vincke, J. & Stevens, P. (1999). *Een beleidsgerichte algemene survey van Vlaamse homoseksuele mannen en vrouwen. Basisrapport*. Brussel/Gent: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap – Cel Gelijke Kansen / Universiteit Gent – Vakgroep Sociologie.
- Wiederman, M.W. (1997). Extramarital sex: prevalence and correlates in a national survey. *Journal of Sex Research*, 34(2), 167-174.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health – report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO.

Hoofdstuk 2

De seksuele start

Katrien Symons, Mieke Van Houtte en Hans Vermeersch

In wat volgt, wordt de seksuele start van de respondenten in onze steekproef in kaart gebracht. In feite is ‘seksuele start’ een misleidende term, aangezien ieder mens als seksueel wezen geboren wordt. Door het gebruik van de term ‘seksuele start’ willen we daar uiteraard niet aan voorbijgaan, maar in deze context wordt de term gebruikt om te verwijzen naar de eerste ervaringen met fysieke handelingen die duidelijk seksueel van aard zijn (wat dit verschillend maakt van seksueel ‘speelgedrag’ bij kinderen). Vanuit een levensloopperspectief kunnen er zich verschillende cruciale gebeurtenissen voordoen die een impact hebben op de individuele seksualiteit, bijvoorbeeld ziekte, een relatie die op de klippen loopt of het ontmoeten van een nieuwe partner (Delamater & Carpenter, 2012). De seksuele intrede is vanuit dat opzicht slechts één van de vele momenten die een cruciale fase binnen de seksuele levensloop markeren. De specifieke focus op de seksuele intrede kan echter vanuit verschillende invalshoeken gemotiveerd worden.

Ten eerste kunnen we niet voorbijgegaan aan de culturele fascinatie voor het verlies van de maagdelijkheid en alles wat daar rond hangt. Zowel de leeftijd waarop de eerste keer zou moeten plaatsvinden als de manier waarop dit zou moeten gebeuren (in een langdurende, ‘liefdevolle’ relatie), is voorwerp van sociaal-cultureel bepaalde normen (Shoveller, Johnson, Langille & Mitchell, 2004). Het doorbreken van deze normen gaat gepaard met sociale (en soms ook wettelijke) sancties. Bovendien zijn deze sociale voorschriften genderspecifiek, wat op zijn beurt impliceert dat het doorbreken van deze normen andere consequenties heeft voor meisjes dan voor jongens (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau & Gabhainn, 2010). Verder wijzigen de gangbare normen rond seksuele intrede ook over de tijd heen en kunnen ze verschillen naargelang de sociaaleconomische en culturele achtergrond.

Ten tweede bestaat er een continuïteit in seksueel gedrag in de zin dat seksueel gedrag doorheen de levensloop geen opeenvolging is van individuele feiten, maar dat eerdere ervaringen net fundamenteel gerelateerd zijn aan latere ervaringen (Delamater & Carpenter, 2012). Dit werd reeds voornamelijk bestudeerd voor patronen van seksueel risicogedrag gedurende de levensloop, waarbij onder andere een vroege timing van de eerste geslachtsgemeenschap in verband wordt gebracht met seksueel risicogedrag later in de seksuele levensloop (O’Donnell, O’Donnell & Stueve, 2001; Edgardh, 2002). Vroeg starten met geslachtsgemeenschap werd door HBSC²⁷ offi-

27. Health Behavior in School Aged Children Survey, longitudinaal cross-sectioneel onderzoek in 43 landen in Europa en Noord-Amerika, in samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie.

cieel gedefinieerd als een ‘marker voor de seksuele gezondheid’ vanwege de associatie met ander risicogedrag zoals alcoholgebruik (Currie et al., 2012).

De seksuele start, of ‘de eerste keer’, kreeg in voorgaand onderzoek en grootschalige (populatie)studies uit vergelijkbare westerse landen reeds heel wat aandacht. Vaak gaat het daarbij om studies die uitsluitend bij jongeren of adolescenten werden afgenomen, zoals ‘Seks onder je 25^{ste}’ in Nederland (de Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012) en ‘The National Longitudinal Study of Adolescent Health’ (Add Health) in de Verenigde Staten (uitgevoerd door de University of North-Carolina – Carolina Population Center).²⁸ Maar de seksuele start werd ook bevraagd in enkele grote algemene populatiestudies, zoals ‘Seksuele gezondheid in Nederland’ (als deel van de ‘Monitor seksuele en reproductieve gezondheid, zorgbehoefte en zorggebruik’) (Bakker, de Graaf, de Haas, Kedde, Kruijer & Wijsen, 2009), ‘the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles’ (Natsal) in het Verenigd Koninkrijk (Johnson et al., 2001) en ‘Enquête sur la sexualité en France’ in Frankrijk (Bajos & Bozon, 2008), waarbij zowel jongeren als volwassenen en ouderen werden bevraagd.

De thema’s die met betrekking tot de seksuele start meestal aan bod komen, zijn de volgende: de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond, de leeftijd van de eerste partner, contraceptiegebruik bij de eerste keer en belevingsaspecten van de eerste keer. Zowel de Nederlandse als de Franse en Engelse populatiestudie tonen dat de gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap had, over de generaties heen is afgenomen. Maar daarbij moet worden opgemerkt dat deze dalende trend lijkt te zijn afgenomen of gestopt. Deze populatiestudies tonen ook aan dat de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvindt, beïnvloedt wordt door sociaaldemografische achtergrondfactoren, zoals sociaaleconomische status, opleidingsniveau en religie. Zo starten jongeren uit de lagere opleidingsniveaus gemiddeld sneller met geslachtsgemeenschap dan jongeren uit de hogere opleidingsniveaus (Wellings et al., 2001; Bajos & Bozon, 2008; de Graaf et al., 2012).

De eerste keer wordt meestal op een positieve manier ervaren, zij het dat dit voor jongens nog iets meer het geval is dan voor meisjes. Ook gebeurt de eerste keer gewoonlijk op een veilige manier, waarbij er een condoom of een ander betrouwbaar contraceptiemiddel wordt gebruikt. De Engelse populatiestudie toont aan dat het gebruik van een condoom of een andere betrouwbare contraceptiemethode over de afgelopen decennia gestaag is toegenomen (Wellings et al., 2001).

De leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond en ook het leeftijdsverschil met de eerste partner, zijn twee aspecten die in verband werden gebracht met zowel de beleving van de eerste keer als het contraceptiegebruik bij de eerste keer. Zo werd de eerste keer minder goed beleefd en gebeurde het vaker onder dwang of na overhalen wanneer dit op jonge leeftijd plaatsvond (de Graaf et al., 2012; Wellings et al., 2006). De eerste keer wordt meestal ervaren met iemand die ongeveer even oud is, maar het

28. De resultaten van deze studie zijn niet in één rapport gebundeld, maar werden in talrijke publicaties in wetenschappelijke tijdschriften gerapporteerd.

hebben van een relatief (veel) oudere zowel als een relatief (veel) jongere partner houdt risico's in. De Engelse studie toont aan dat een groter leeftijdsverschil samen gaat met minder condoomgebruik of het gebruik van andere betrouwbare contraceptie bij de eerste keer (Wellings et al., 2001). Ander onderzoek toont ook aan dat het hebben van een oudere partner voor meisjes vaker samen gaat met de ervaring van druk om voor het eerst geslachtsgemeenschap te hebben. Jongens met een (veel) jongere partner rapporteren er vaker spijt over nadien (Mercer et al., 2006). Ook het Nederlandse onderzoek bevestigt deze bevindingen (de Graaf et al., 2012).

De leeftijd bij de eerste keer werd ook in verband gebracht met kenmerken van de seksuele gezondheid in de latere seksuele carrière. De Engelse Natsalstudie toont aan dat meisjes die voor hun zestiende geslachtsgemeenschap hebben gehad, meer risico lopen om voor hun achttiende moeder te worden of voor hun achttiende een abortus te ondergaan dan meisjes die pas na hun zestiende geslachtsgemeenschap hebben gehad (Wellings et al., 2001). Het Amerikaanse grootschalige onderzoek Add Health legt ook een verband tussen vroeg starten met seks en het risico op besmetting met een soa later tijdens de adolescentie. Dit verband is groter bij jongere dan bij oudere adolescenten, dus het langeretermijneffect van vroeg starten met geslachtsgemeenschap neemt af (Kaestle, Halpern, Miller & Ford, 2005).

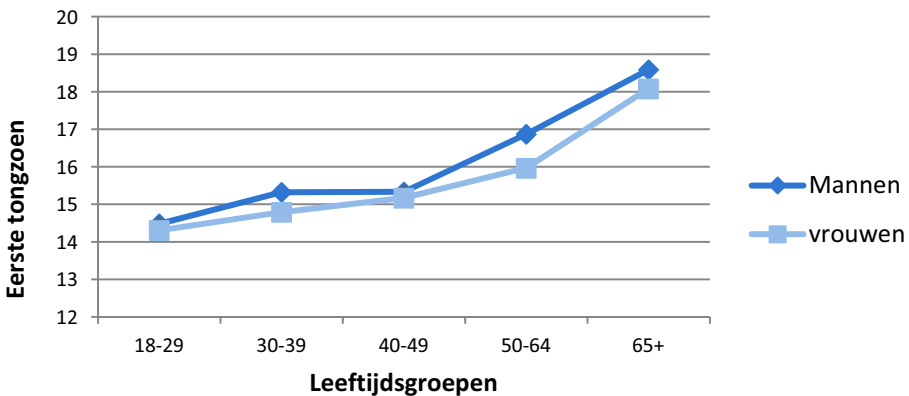
In dit hoofdstuk wordt eerst de timing van de seksuele intrede in kaart gebracht, met aandacht voor de leeftijd bij zowel de eerste tongzoen als bij de eerste geslachtsgemeenschap. Vervolgens wordt ingegaan op enkele specifieke kenmerken van de eerste geslachtsgemeenschap en wordt er nagegaan of en hoe deze kenmerken verschillen naargelang de leeftijd bij de eerste keer. Ten slotte wordt onderzocht of er een verband is tussen de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap enerzijds en kenmerken van de seksuele gezondheid later tijdens de seksuele loopbaan anderzijds. Vanwege het genderspecifieke karakter van seksualiteit en de te verwachten intergenerationele verschillen, wordt voortdurende aandacht besteed aan verschillen tussen mannen en vrouwen enerzijds en tussen de generaties anderzijds (daarbij gebruikmakend van de zes leeftijdsgroepen die ook in de voorgaande hoofdstukken gehanteerd werden).

1. Op welke leeftijd worden de eerste seksuele ervaringen opgedaan?

Om de timing van de seksuele intrede in kaart te brengen, wordt gekeken naar de timing van de eerste tongzoen, de timing van de eerste geslachtsgemeenschap en de tijdsspanne tussen deze beide gebeurtenissen (met andere woorden, de tijd die men laat verstrijken na de eerste tongzoen voordat wordt overgegaan tot geslachtsgemeenschap). Ten slotte wordt nagegaan of en in welke mate de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap verschilt naargelang het opleidingsniveau.

1.1. De eerste tongzoen

De eerste tongzoen kan worden gezien als de start met seksueel gedrag waarbij een andere persoon betrokken is. De Sexpert-studie toont dat vrouwen gemiddeld iets vroeger hun eerste tongzoen hebben ervaren dan mannen, al is dit verschil tussen beide seksen zeer klein²⁹: de gemiddelde leeftijd voor de eerste tongzoen bedraagt 15.9 jaar voor mannen en 15.5 jaar voor vrouwen. Bij de berekening van de gemiddelde leeftijd wordt enkel rekening gehouden met degenen die *ooit al eens getongzoend hebben*. Gemiddeld heeft 4.2% van de respondenten nog nooit getongzoend, maar binnen de groep -18-jarigen loopt dit op tot 23.7%. Daarom wordt in de onderstaande figuur, met de gemiddelde leeftijd voor de eerste tongzoen per leeftijdsgroep en per geslacht, de groep -18-jarigen niet mee opgenomen.



Figuur 1. Gemiddelde leeftijd bij de eerste tongzoen volgens leeftijdsgroepen en geslacht.

De figuur toont een trend, waarbij de jongere leeftijdsgroepen systematisch vroeger met tongzoenen zijn gestart dan de oudere leeftijdsgroepen. De jongvolwassenen (van 18 tot 29 jaar) waren gemiddeld iets ouder dan 14 jaar bij hun eerste tongzoen, terwijl de 65-plussers iets ouder waren dan 18 jaar. Verder valt ook op dat het leeftijdsverschil bij de eerste tongzoen tussen mannen en vrouwen binnen iedere leeftijdsgroep zeer klein is.

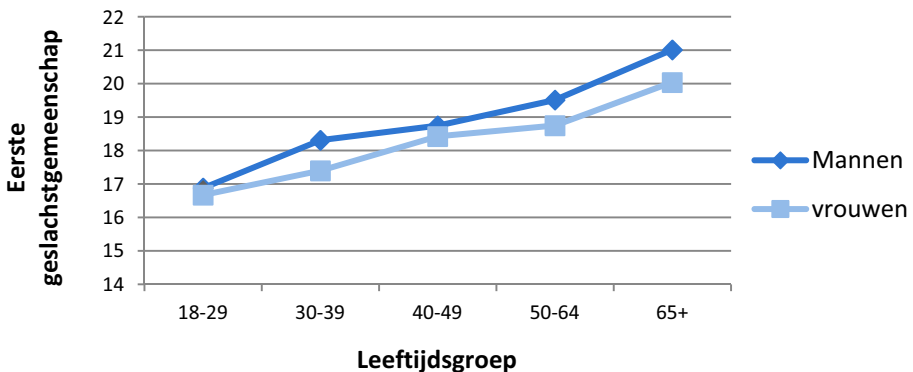
De -18-jarigen die ooit al eens getongzoend hebben, waren iets ouder dan 13 jaar toen ze dit voor het eerst deden (13.13 jaar voor de jongens en 13.73 jaar voor de meisjes). De berekening van dit gemiddelde heeft echter enkel betrekking op de 86.3% van de -18-jarigen die ooit al eens getongzoend hebben, en de gemiddelde leeftijd bij de eerste tongzoen zal voor deze leeftijdsgroep dus in werkelijkheid iets hoger liggen.

29. De leeftijd bij de eerste tongzoen werd bevestigd aan de hand van een open vraag.

1.2. De eerste geslachtsgemeenschap

De Sexpert-studie toont dat vrouwen significant vroeger zijn gestart met geslachtsgemeenschap dan mannen, al bedraagt het verschil tussen beide seksen slechts enkele maanden³⁰: mannen zijn bij hun eerste geslachtsgemeenschap gemiddeld 18.7 jaar oud, terwijl vrouwen gemiddeld 18.2 jaar oud zijn. Naast een genderverschil tonen de Sexpert-data ook een generatie-effect: de jongere leeftijdsgroepen zijn gemiddeld systematisch vroeger met geslachtsgemeenschap gestart dan de oudere leeftijdsgroepen.

Net als bij de berekening van de gemiddelde leeftijd bij de eerste tongzoen, wordt er ook hier alleen rekening gehouden met degenen die *ooit al eens geslachtsgemeenschap hebben gehad*. Binnen de groep -18-jarigen heeft 63.7% nog nooit geslachtsgemeenschap gehad. De feitelijke gemiddelde leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap zal voor deze groep dan ook een stuk hoger liggen dan wanneer er alleen rekening wordt gehouden met degenen die al eens geslachtsgemeenschap hebben gehad.³¹ Daarom worden de minderjarigen opnieuw niet weergegeven in de onderstaande figuur, waarin de gemiddelde leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap wordt weergegeven per leeftijdsgroep en per geslacht.



Figuur 2. Gemiddelde leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens leeftijdsgroepen en geslacht.

De trend waarbij de jongere leeftijdsgroepen gemiddeld vroeger zijn gestart met geslachtsgemeenschap dan de oudere leeftijdsgroepen, komt in de figuur duidelijk naar voren. Bijvoorbeeld, binnen de groep 65-plussers bedroeg de gemiddelde leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap 20 jaar voor de vrouwen en 21 jaar voor de mannen. Voor de jongvolwassenen bedroeg de gemiddelde leeftijd bij de eerste keer

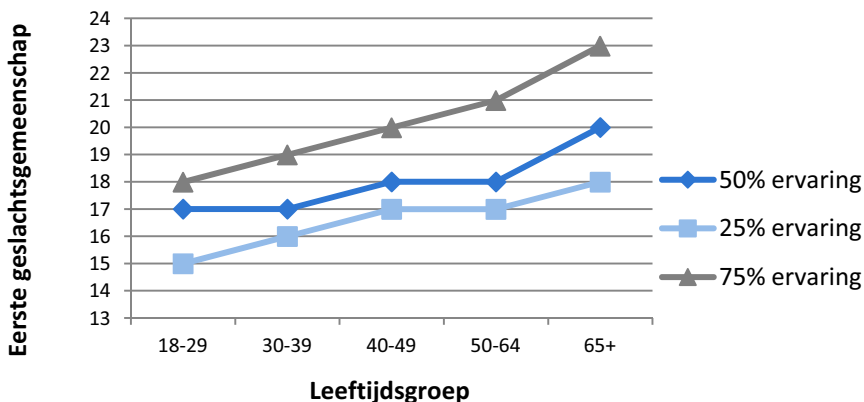
30. De leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap werd bevestigd aan de hand van een open vraag.

31. Indien alleen rekening wordt gehouden met de groep van 34% -18-jarigen die al eens geslachtsgemeenschap gehad hebben, is de gemiddelde leeftijd waarop ze dit voor het eerst deden, ongeveer 15 jaar (15.35 jaar voor jongens en 14.95 jaar voor meisjes).

daarentegen 16.7 jaar voor de vrouwen en 16.9 jaar voor de mannen. Verder valt opnieuw op dat het leeftijdsverschil tussen beide geslachten binnen iedere leeftijdsgroep erg klein is.

Er kan dus ondubbelzinnig worden gesteld dat de jongere generaties gemiddeld vroeger gestart zijn met geslachtsgemeenschap dan de oudere generaties. Daarmee zijn de resultaten van de Sexpert-studie ook in lijn met wat werd vastgesteld in vergelijkbaar internationaal onderzoek. Zo werd de daling van de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap over de afgelopen decennia heen, voor verschillende westerse landen vastgesteld (Teitler, 2002). In de meeste westerse landen starten jongens gemiddeld iets vroeger met seks dan meisjes, maar het leeftijdsverschil tussen mannen en vrouwen is erg cultuur- en plaatsafhankelijk. In Scandinavische landen, maar ook in België en Nederland, starten meisjes gemiddeld iets vroeger dan jongens (Häggstrom-Nordin, Borneskog, Eriksson & Tydén, 2011; de Graaf, Vanwesenbeeck, Meijer, Woertman & Meeus, 2009; Beyers, 2010).

Men kan daarbij de vraag stellen of en in welke mate deze trend tot vroeger starten te wijten is aan een grotere vertegenwoordiging van 'vroeg starters' onder de jongere cohorten. Het is immers mogelijk dat de gemiddelde leeftijd bij de eerste keer niet zozeer afneemt over de generaties heen, maar dat er onder de jongere generaties wel systematisch meer 'extreem vroeg starters' zijn die het gemiddelde naar omlaag brengen. Omgekeerd is het ook mogelijk dat er zich onder de jongere leeftijdsgroepen systematisch minder 'late starters' bevinden dan in de oudere leeftijdsgroepen. Daarom werd er ook gekeken naar de leeftijd waarop reeds een vierde, de helft en drie vierde van de respondenten ervaring heeft met geslachtsgemeenschap, en dit per leeftijdsgroep (opnieuw met uitsluiting van de groep -18-jarigen). De onderstaande figuur geeft daarvan de resultaten weer.



Figuur 3. Leeftijd waarop 25%, 50% en 75% ervaring heeft met de eerste geslachtsgemeenschap, volgens leeftijdsgroepen.

De figuur toont dat de mediaanleeftijd³² is afgenomen van 20 jaar voor de 65-plussers naar 17 jaar voor de jongvolwassenen. De jongvolwassenen verschillen echter niet van de dertigers en beide groepen waren gemiddeld slechts één jaar jonger dan de veertigers en 50- tot 64-jarigen op het ogenblik dat de helft van hen ervaring had met geslachtsgemeenschap. De mediaanleeftijd voor de eerste geslachtsgemeenschap is dus wel afgenomen over de generaties heen, maar niet sterk en continue genoeg om de vastgestelde continue daling van de gemiddelde leeftijd bij de eerste keer te kunnen verklaren.

De leeftijd waarop 25% en 75% van de respondenten ervaring heeft met geslachtsgemeenschap, geeft meer aanwijzingen over de precieze verschuivingen die zich over de generaties hebben voorgedaan. Ten eerste is de leeftijd waarop 75% van de mensen ervaring heeft met geslachtsgemeenschap over de generaties heen op een sterke en continue manier gedaald: van 23 jaar voor de 65-plussers naar 18 jaar voor de jongvolwassenen. Daarnaast blijkt ook dat onder de oudere leeftijdsgroepen de relatief late starters veel later zijn gestart dan de gemiddelde starters, omdat het leeftijdsverschil tussen de 50%-lijn en de 75%-lijn voor deze leeftijdsgroepen groter is dan voor de jongere leeftijdsgroepen. De relatief late starters onder de oudere leeftijdsgroepen brengen de gemiddelde leeftijd bij de eerste keer voor hun leeftijdsgroep dus sterk naar omhoog.

Ten tweede blijkt ook dat de leeftijd waarop een kwart van de respondenten ervaring heeft met geslachtsgemeenschap over de generaties heen op een continue manier is gedaald. Onder de jongvolwassenen had op 15 jaar reeds één op de vier ervaring met geslachtsgemeenschap, terwijl dit bij de 65-plussers pas op 18 jaar het geval was, en er vindt bijna voor elke generatie een daling van deze leeftijd plaats. Bovendien is er voor de groep jongvolwassenen een groter leeftijdsverschil tussen de relatief vroege starters en de rest van hun leeftijdsgenoten met betrekking tot de leeftijd bij hun eerste keer. Het lijkt er dus op dat de daling van de gemiddelde leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap over de generaties heen kan worden verklaard door drie zaken: de leeftijd bij de eerste keer is voor de gemiddelde persoon licht gedaald, maar niet op een sterke noch continue manier; onder de oudere leeftijdsgroepen zorgen de relatief late starters voor een sterke verhoging van de gemiddelde leeftijd; en onder de jongvolwassenen zorgen de relatief vroege starters voor een sterke verlaging van de gemiddelde leeftijd.

1.3. De tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap

De timing van de eerste keer ten opzichte van eerdere seksuele ervaringen binnen het seksuele traject dat reeds werd afgelegd, kan een indicatie zijn van de mate waarin men toen klaar was om geslachtsgemeenschap te hebben. Seksueel actief

32. De leeftijd waarop 50% van de respondenten ervaring heeft met geslachtsgemeenschap.

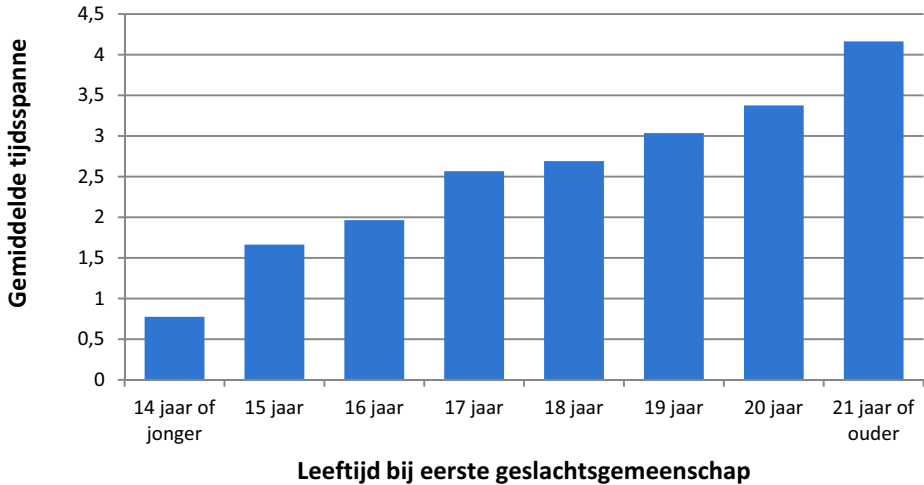
worden is één van de vele ontwikkelingstaken van jongeren waaraan heel wat vaardigheden te pas komen: de jongere moet in staat zijn om te onderhandelen over veilig vrijen, over het al dan niet overgaan tot seks wanneer hij of zij er klaar voor is en over het aangeven van grenzen. Onderzoek rond de seksuele ontwikkeling toont aan dat jongeren verschillende stappen doorlopen waarin ze zich deze vaardigheden eigen maken. Gewoonlijk starten jongeren met ‘veilige’ seksuele handelingen zoals elkaar strelen, en gaan ze stap per stap over naar de meer intieme handelingen zoals het stimuleren van elkaars genitaliën, om uiteindelijk over te gaan tot geslachtsgemeenschap (O’Sullivan, Mantsun Cheng, Mullan Harris & Brooks-Gunn, 2007; de Graaf et al., 2009; Beyers, 2010). De tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap kan worden geïnterpreteerd als een objectieve indicator voor de mate waarin men klaar was voor geslachtsgemeenschap op het ogenblik dat de eerste keer plaatsvond.

De gemiddelde tijdsspanne die de Vlaming tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap laat, bedraagt 2.7 jaar en dit verschilt niet significant naar leeftijd noch naar geslacht. Dit betekent dat men gemiddeld 2.7 jaar ‘experimenteert’ met allerlei vormen van seksueel gedrag voordat men overgaat tot geslachtsgemeenschap. Hoewel de leeftijd waarop de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvindt, over de generaties heen is gedaald, laten de jongere generaties dus wel gemiddeld evenveel tijd tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap als de oudere generaties. Of anders gesteld, jongeren vandaag starten vroeger met seks, maar ze zijn daar niet noodzakelijk minder goed op voorbereid dan dat de oudere generaties dat waren.

Wanneer echter rekening wordt gehouden met de leeftijd waarop de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvond, kunnen wel significante verschillen in de tijdsspanne worden vastgesteld. De onderstaande figuur toont de gemiddelde tijdsspanne die tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap wordt gelaten, volgens de leeftijd waarop de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvond.

Naarmate de eerste keer op een latere leeftijd plaatsvond, wordt de duur van het traject tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap langer.³³ De vroegere starters laten met andere woorden minder tijd tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap dan de latere starters. Bij wijze van illustratie, wie voor het eerst geslachtsgemeenschap had op 14 jaar of jonger, heeft gemiddeld minder dan een jaar ervoor pas de eerste tongzoen ervaren. Wie pas op 21 jaar of ouder voor het eerst geslachtsgemeenschap heeft gehad, heeft iets meer dan vier jaar over het hele traject sinds de eerste tongzoen gedaan.

33. Lineaire regressieanalyse met leeftijd bij de eerste keer als afhankelijke variabele en duur van de tijdsspanne als onafhankelijke variabele: $\beta = 0.35$; $p < .001$; $N = 1375$; $R^2 = .13$.



Figuur 4. Tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap volgens de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap.

1.4. Het effect van opleiding op de timing van de eerste keer

Het opleidingsniveau is een vaak bestudeerd achtergrondkenmerk dat in verband wordt gebracht met de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap. Onderzoek uit Nederland en België toont aan dat jongeren uit de lagere opleidingsniveaus vroeger starten met seks dan jongeren uit de hogere onderwijsrichtingen (Bakker et al., 2009; Beyers, 2010). Een soortgelijk verband wordt er gevonden met betrekking tot het opleidingsniveau van de ouders en de leeftijd bij de seksuele intrede van de jongere: naarmate de ouders lager zijn opgeleid, start de jongere gemiddeld vroeger met geslachtsgemeenschap (Valle, Roysamb, Sundby & Knepp, 2009). In wat volgt, wordt nagegaan of en in welke mate we deze verbanden ook bij de respondenten uit de Sexpert-studie terugvinden.

1.4.1. *Individueel opleidingsniveau*

Het effect van het individuele opleidingsniveau wordt afzonderlijk nagegaan voor de groep jongeren die nog naar de middelbare school gaan enerzijds en de groep respondenten die hun middelbare schoolloopbaan reeds beëindigd hebben anderzijds.³⁴ Voor de respondenten die nog naar de middelbare school gaan, wordt er nagegaan of het volgen van een bepaalde onderwijsstroming een effect heeft op de kans dat ze ooit al eens geslachtsgemeenschap hebben gehad. Voor de respondenten die de middelbare school reeds beëindigd hebben (samen met degenen die na het

34. Het opleidingsniveau werd bevraagd aan de hand van gesloten antwoordcategorieën, en dit afzonderlijk voor degenen die wel en degenen die geen voltijds dagonderwijs volgen.

middelbaar verder studeren), wordt nagegaan of het opleidingsniveau een effect heeft op de leeftijd waarop ze voor het eerst geslachtsgemeenschap hadden.

Bij de respondenten die nog naar de middelbare school gaan, wordt uitsluitend onderscheid gemaakt tussen de drie grote stromingen: ASO ($N=88$), TSO ($N=75$) en BSO ($N=62$).³⁵ Aangezien de totale aantallen vrij laag zijn, wordt er verder geen onderscheid gemaakt tussen jongens en meisjes. Aan de hand van een logistische regressieanalyse wordt er nagegaan of het volgen van één van deze drie onderwijsstromen de kans verhoogt dat men ooit al eens geslachtsgemeenschap heeft gehad, en dit onder controle van de huidige leeftijd van de respondent. Er wordt gebruikgemaakt van een dummyvariabele voor de drie onderwijsstromingen, met het volgen van de ASO-stroom als referentiecategorie. Er wordt dus gekeken naar hoe de jongeren uit de BSO- en TSO-stroom verschillen van de jongeren uit de ASO-stroom in de kans dat ze ooit al eens geslachtsgemeenschap hebben gehad.

Tabel 1. Resultaten van de logistische regressie voor het effect van de onderwijsstroom op de kans ooit geslachtsgemeenschap te hebben gehad (coëfficiënten= $Exp(B)$) ($N=225$).

Kans om ooit al eens geslachtsgemeenschap te hebben gehad		
	Model 1	Model 2
Huidige leeftijd	1.86***	1.76***
Onderwijsrichting (referentiecategorie is ASO)		
BSO		2.89**
TSO		1.58
Verklaarde variantie (Nagelkerke R^2)	.21	.25

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Het eerste model toont – geheel volgens de verwachting – dat naarmate de jongere ouder is, de kans toeneemt dat hij of zij al eens geslachtsgemeenschap heeft gehad. Onder controle van de huidige leeftijd van de respondent heeft ook de onderwijsrichting als geheel een significante voorspellende waarde op het al dan niet al ervaring hebben met geslachtsgemeenschap. De verdere onderverdeling tussen de verschillende stromingen, met de ASO-stroom als referentiecategorie, toont dat jongeren uit het BSO meer kans hebben om al geslachtsgemeenschap te hebben gehad dan jongeren van dezelfde leeftijd uit het ASO. Een 14-jarige jongere uit het ASO heeft bijvoorbeeld slechts 14% kans om al geslachtsgemeenschap te hebben gehad, terwijl dit bij een 14-jarige jongere uit het BSO 31% is. Een jongere van 16 jaar uit het ASO heeft 33% kans om al geslachtsgemeenschap te hebben gehad tegenover 59% kans voor een jongere uit het BSO. Jongeren uit het TSO bevinden zich tussenin en verschillen niet significant van jongeren uit het ASO, noch van jongeren uit het BSO (dit werd nagegaan in een afzonderlijke analyse met de BSO-stroom als

35. In de vragenlijst werd ook het BuSO en KSO onderscheiden, maar gezien de zeer lage aantallen respondenten die tot deze groepen behoren, werden die niet mee opgenomen in de analyse.

referentiecategorie). Ondanks het relatief lage aantal respondenten per onderwijsstroom, wordt er dus wel een effect gevonden. Bovendien is dit effect in overeenstemming met wat ook in recent onderzoek uit Nederland werd gevonden. Daar werd aangetoond dat jongeren uit de ‘lagere’ onderwijsniveaus vaker ervaring hebben met geslachtsgemeenschap in vergelijking met hun leeftijdsgenoten uit de ‘hogere’ onderwijsniveaus (de Graaf et al., 2012).

Voor degenen die de middelbare school al beëindigd hebben, wordt er nagegaan of het hoogst behaalde opleidingsniveau een effect heeft op de leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap had. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de volgende opleidingsniveaus: geen opleiding of alleen lagere school, lager secundair, hoger secundair en hoger onderwijs.³⁶ Respondenten die nog voortgezet onderwijs volgen (hogeschool of universiteit) worden gelijkgeschakeld met de categorie respondenten die dit niveau reeds behaald hebben. Omdat het gemiddelde opleidingsniveau over de generaties heen is toegenomen (Hirtt, Nicaise & De Zutter, 2007), moet ervoor worden uitgekeken dat niet eerder generatie-effecten dan wel opleidingseffecten worden gemeten. Om dit te vermijden, wordt er gecontroleerd voor de huidige leeftijd van de respondent, wat wil zeggen dat alle effecten die te wijten zijn aan generatieverschillen, uit het uiteindelijke resultaat worden geweerd. Het effect van het opleidingsniveau op de leeftijd bij de eerste keer wordt nagegaan door middel van een lineaire regressieanalyse, met dummyvariabelen voor de verschillende opleidingsniveaus. De groep respondenten die geen opleiding hebben genoten of hoogstens een lagereschooldiploma hebben behaald, wordt gehanteerd als de referentiecategorie waarmee de andere groepen worden vergeleken. De onderstaande tabel geeft de resultaten voor deze regressieanalyse weer.

Tabel 2. Resultaten van de lineaire regressie voor het effect van het individuele opleidingsniveau op de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap – voor degenen die hun middelbare schoolloopbaan beëindigd hebben (coëfficiënten= β) (N=1370).

Leeftijd eerste geslachtsgemeenschap		
	Model 1	Model 2
Leeftijd	0.39***	0.46***
Opleidingsniveau (ref.: geen opleiding/alleen lagere school)		
Lager secundair		0.01
Hoger secundair		0.09*
Hoger onderwijs		0.24***
<i>Verklaarde variantie</i>	.15	.19

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

36. De respondenten met een diploma lager secundair BSO werden gelijkgeschakeld met het niveau lager onderwijs. De respondenten met een diploma hoger secundair BSO of BuSO werden gelijkgeschakeld met het niveau lager secundair.

Het eerste model bevat uitsluitend het effect van de huidige leeftijd van de respondent omdat daar, zoals gezegd, voor gecontroleerd werd voordat het effect van het opleidingsniveau werd nagegaan. Het tweede model toont dat degenen die maximaal het lager secundair onderwijsniveau hebben behaald, op dezelfde leeftijd hun eerste keer hebben beleefd als degenen die geen opleiding of alleen lager onderwijs hebben genoten. Degenen die maximaal hoger secundair onderwijs hebben behaald, waren ouder bij hun eerste keer dan degenen zonder opleiding of alleen een lagere schoolopleiding. Dit verschil is nog groter en sterker voor degenen met een opleiding hoger onderwijs (al dan niet reeds beëindigd). Hoewel de gevonden effecten significant zijn, moet hierbij wel worden opgemerkt dat deze effecten slechts zeer klein zijn. Ter illustratie, iemand die geen opleiding of maximaal lager onderwijs heeft genoten, was gemiddeld 17.95 jaar oud bij zijn of haar eerste keer, terwijl iemand met een diploma hoger onderwijs (al dan niet reeds beëindigd) gemiddeld 18.32 jaar oud was.

Er werd ook nagegaan of dit effect van opleidingsniveau anders is voor mannen dan voor vrouwen en naargelang de generatie waartoe men behoort, maar dit bleek niet het geval te zijn³⁷: een hoger opleidingsniveau gaat in dezelfde mate samen met een latere seksuele intrede voor mannen als voor vrouwen en voor de verschillende generaties.

1.4.2. *Opleidingsniveau van de ouders*

Om het effect van het opleidingsniveau van de ouders op de timing van de eerste keer na te gaan, wordt onderscheid gemaakt tussen de groep -18-jarigen en de +18-jarigen. Voor de -18-jarigen wordt er nagegaan of het opleidingsniveau van de ouders een effect heeft op de kans dat ze ooit al eens geslachtsgemeenschap hebben gehad. Voor de +18-jarigen wordt er nagegaan of het opleidingsniveau van de ouders een effect heeft op de leeftijd waarop ze voor het eerst geslachtsgemeenschap hadden. Om het effect van het opleidingsniveau van de ouders na te gaan, wordt opnieuw gebruikgemaakt van dezelfde categorieën als in de voorgaande paragraaf.³⁸ De verdeling ziet er als volgt uit:

Zoals we konden verwachten, hangt het opleidingsniveau van de ouders onderling sterk samen.³⁹ Dit betekent dat het niet mogelijk is om het effect van beide in één regressiemodel na te gaan. Wel kan er telkens worden nagegaan welke van de twee de grootste voorspellende kracht heeft.

37. Dit gebeurde door de toevoeging van interactietermen voor leeftijd en geslacht aan het lineaire regressiemodel.

38. Het opleidingsniveau van de ouders werd bevraagd aan de hand van gesloten antwoordcategorieën. Opnieuw werd bij de operationalisering het niveau 'lager secundair BSO' tot de categorie 'lager onderwijs' gerekend en het niveau 'hoger secundair BSO of BuSO' werd tot de groep 'lager secundair' gerekend.

39. Correlatiecoëfficiënt=.73; $p < .001$.

Tabel 3. Verdeling van het opleidingsniveau van de vader en de moeder.

	Opleidingsniveau vader		Opleidingsniveau moeder	
	N	(%)	N	(%)
Geen diploma of diploma lager onderwijs	602	(35.1%)	666	(38.1%)
Lager secundair	308	(17.9%)	307	(17.6%)
Hoger secundair	375	(21.8%)	379	(21.7%)
Hoger onderwijs	432	(25.2%)	396	(22.7%)
Totaal	1717	1748		

Voor de -18-jarigen wordt aan de hand van een logistische regressieanalyse nagegaan of het opleidingsniveau van de ouders een effect heeft op de kans dat de jongere ooit al eens geslachtsgemeenschap heeft gehad. Noch het opleidingsniveau van de vader, noch het opleidingsniveau van de moeder blijkt echter een significant effect te hebben. Daarom worden de resultaten van deze analyse verder niet gepresenteerd.

Voor de respondenten ouder dan 18 jaar wordt er gebruikgemaakt van een lineaire regressieanalyse om na te gaan of en in welke mate het opleidingsniveau van de ouders een effect heeft op de leeftijd bij de eerste keer. Daartoe worden dummyvariabelen van de verschillende opleidingsniveaus aangemaakt en wordt het effect van ieder opleidingsniveau ten opzichte van het laagste opleidingsniveau nagegaan (geen opleiding of alleen lagere school). Het opleidingsniveau van de moeder blijkt een groter en sterker effect te hebben dan dat van de vader. Gezien de sterke correlatie tussen beide, volstaat het met andere woorden om te kijken naar het effect van het opleidingsniveau van de moeder om meer te weten over het effect van het opleidingsniveau van de ouders in het algemeen. De onderstaande tabel geeft de resultaten van de lineaire regressieanalyse weer.

Tabel 4. Resultaten van de lineaire regressie voor het effect van het opleidingsniveau van de moeder op de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap (coëfficiënten= β) (N=1334).

	Leeftijd eerste geslachtsgemeenschap	
	Model 1	Model 2
Leeftijd	0.40***	0.45***
Opleidingsniveau (ref. geen opleiding/alleen lagere school)		
Lager secundair		0.04
Hoger secundair		0.07*
Hoger onderwijs		0.11***
Verklaarde variantie	.15	.16

* $p < .05$; *** $p < .001$

Opnieuw werd het eerste model toegevoegd om te controleren voor de huidige leeftijd van de respondent. Op basis van het tweede model kunnen conclusies getrokken worden met betrekking tot het effect van het opleidingsniveau van de moeder op de leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap had. Er is geen verschil tussen de respondenten waarvan de moeder geen opleiding of alleen lagereschoolniveau heeft gehaald enerzijds en de respondenten waarvan de moeder het lager secundair niveau heeft behaald anderzijds. Wanneer de moeder hoger secundair heeft behaald, is men pas later gestart met geslachtsgemeenschap dan wanneer de moeder geen opleiding of alleen het lagereschoolniveau heeft behaald. En dit verschil is nog groter en sterker indien de moeder hoger onderwijs heeft behaald. Opnieuw zijn de gevonden effecten echter klein. Ter illustratie, een respondent waarvan de moeder geen opleiding of hoogstens lagereschoolniveau heeft behaald, was gemiddeld 18 jaar bij zijn of haar eerste keer, terwijl een respondent waarvan de moeder hoger opgeleid is, gemiddeld 18.34 jaar oud was.

Bij de interpretatie van deze effecten van opleidingsniveau dient een kanttekening te worden gemaakt. Indien verschillen in seksueel gedrag naargelang opleidingsniveau worden gevonden, ligt dat niet op de eerste plaats aan het verschillende lessenpakket dat iemand (of iemands ouders) heeft (hebben) gekregen. Het opleidingsniveau doet daarbij eerder dienst als een indicator van de ruimere sociologische leefomgeving waarin jongeren opgroeien en waarin bepaalde gedragingen meer courant of normatief zijn. Bovendien is de sociale ongelijkheid in het Vlaamse onderwijs zeer groot en stromen jongeren met een lagere sociaaleconomische achtergrond disproportioneel vaak door naar de lagere opleidingsniveaus (Boone & Van Houtte, 2012). Kortom, het verschil in seksueel gedrag dat we kunnen vaststellen naargelang het opleidingsniveau is slechts een uiting van verschillen in de sociale omgeving eerder dan dat het opleidingsniveau een ‘oorzaak’ is van het verschil in seksueel gedrag.

2. Kenmerken en ervaring van de eerste keer

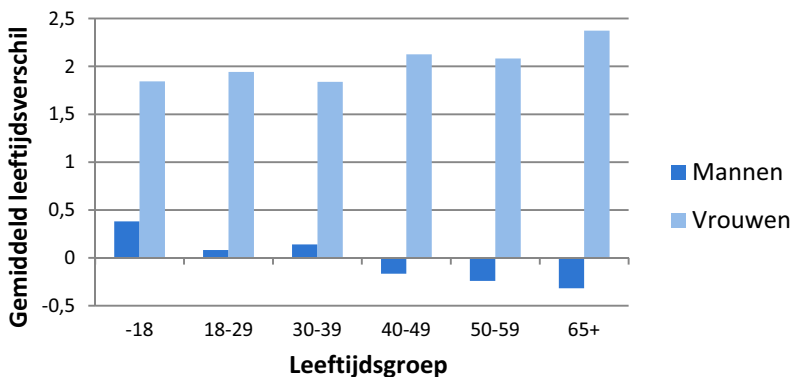
In de Sexpert-studie werden enkele kenmerken van de eerste geslachtsgemeenschap bevraagd: het leeftijdsverschil met de eerste partner, het gebruik van contraceptie en enkele fysieke en emotionele belevingsaspecten. Aan de hand van deze kenmerken kan een beter beeld gekregen worden van de context waarin de eerste keer plaatsvond en de mate waarin de respondenten uit de Sexpert-studie in staat zijn om hun seksuele gezondheid te vrijwaren vanaf het ogenblik van de seksuele intrede. Naast een algemene schets van deze kenmerken wordt in dit deel ook nagegaan of en in welke mate deze kenmerken van de eerste keer samenhangen met de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond.

2.1. Leeftijdsverschil met de eerste seksuele partner

Het leeftijdsverschil met de eerste seksuele partner blijkt op basis van onderzoek een relevant aspect van de seksuele intrede te zijn. Een groter leeftijdsverschil (in termen van het hebben van een *oudere* partner) zou de machtsbalans in de relatie uit evenwicht kunnen brengen, waardoor het bijvoorbeeld moeilijker wordt om de timing van de eerste keer of veilig vrijgedrag te onderhandelen. Het hebben van een oudere partner wordt geassocieerd met een lagere kans op contraceptiegebruik bij de eerste keer, een seksuele intrede op jongere leeftijd, meer druk om seks te hebben (vooral bij meisjes) en nadien meer rapportering van spijt (Hawes, Wellings & Stephenson, 2010; Mercer et al., 2006; Abma, Driscoll & Moore, 1998). In wat volgt, wordt eerst het leeftijdsverschil met de eerste partner in kaart gebracht. Vervolgens wordt nagegaan of er een verband is tussen het leeftijdsverschil enerzijds en de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap anderzijds.⁴⁰

2.1.1. Rapportering volgens leeftijd en geslacht

De mannelijke respondenten uit de Sexpert-studie beleefden hun eerste keer met iemand die ongeveer even oud was als zichzelf, terwijl de vrouwelijke respondenten gemiddeld twee jaar jonger waren dan hun eerste partner. Met betrekking tot de generatie waartoe men behoort, kunnen geen verschillen worden vastgesteld. De onderstaande figuur toont de leeftijdsverschillen met de eerste partner per geslacht en voor de verschillende leeftijdsgroepen afzonderlijk.



Figuur 5. Leeftijdsverschil met de eerste partner, volgens leeftijdsgroepen en geslacht.

De figuur toont dat voor mannen het leeftijdsverschil met de eerste partner varieert van een half jaar ouder tot een half jaar jonger dan zichzelf. Vrouwen waren gemiddeld tussen 1,9 en 2,5 jaar jonger dan hun eerste partner. Deze resultaten komen

40. De leeftijd van de eerste partner waarmee men geslachtsgemeenschap had, werd bevraagd aan de hand van een open vraag.

overeen met wat er ook in recent Nederlands onderzoek werd gevonden: bij meisjes was de eerste partner vaker ouder dan bij jongens. En terwijl driekwart van de jongens even oud was als hun eerste partner, was dit bij meisjes slechts in de helft van de gevallen zo (de Graaf et al., 2012).

2.1.2. *Verschillen naargelang de timing van de eerste keer*

Het leeftijdsverschil met de eerste partner kan in verband gebracht worden met de timing van de eerste geslachtsgemeenschap: naarmate de partner ouder was dan de respondent zelf, vond de eerste keer op een jongere leeftijd plaats. Met behulp van een lineaire regressieanalyse werd nagegaan hoe groot dit effect van het leeftijdsverschil precies is. Daarbij verschilt het gevonden verband voor mannen en vrouwen, wat betekent dat het hebben van een oudere partner voor beide geslachten een ander effect heeft op de leeftijd bij de eerste keer. Het verband verschilt echter niet naargelang de generatie waartoe men behoort.⁴¹ De onderstaande tabel geeft de resultaten van de lineaire regressieanalyse weer, en dit voor mannen en vrouwen apart.

Tabel 5. Resultaten van de regressieanalyse voor het effect van het leeftijdsverschil met de eerste partner op de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap (coëfficiënten= β) (N voor mannen=706; N voor vrouwen=743).

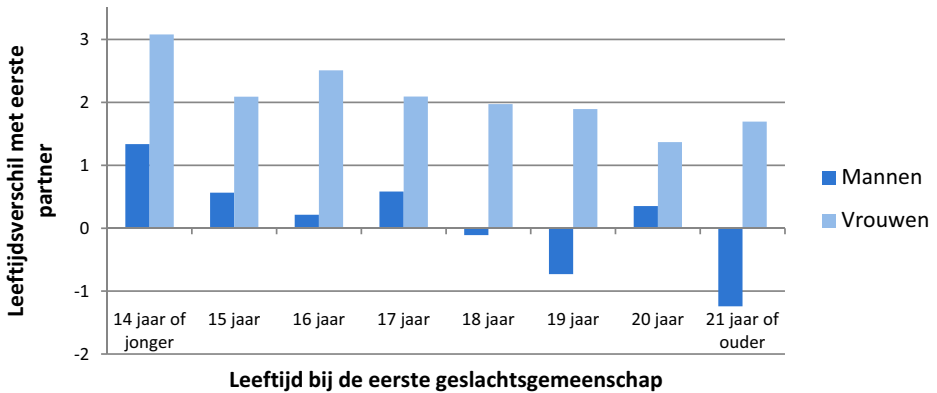
	Leeftijd eerste geslachtsgemeenschap	Verklaarde variantie
Leeftijdsverschil partner – mannen	-0.22***	.05
Leeftijdsverschil partner – vrouwen	-0.14***	.02

*** $p < .001$

De tabel toont dat het hebben van een oudere partner er voor mannen meer toe leidt dat de eerste keer op een jonge leeftijd plaatsvond dan voor vrouwen. Niettemin blijft de verklaringswaarde van het leeftijdsverschil met de eerste partner voor de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond, erg klein. De onderstaande figuur visualiseert het gemiddelde leeftijdsverschil met de eerste partner volgens de leeftijd waarop de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvond, en dit voor mannen en vrouwen apart.

De figuur toont dat het negatieve verband tussen het leeftijdsverschil met de eerste partner enerzijds en de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap anderzijds voor beide geslachten voornamelijk wordt gecreëerd door het relatief grote leeftijdsverschil met de eerste partner bij degenen die vroeg zijn gestart met seks. Bij mannen wordt de richting van het verband ook duidelijk versterkt door de latere starters die hun eerste keer hebben ervaren met een partner die relatief jonger was dan zichzelf in vergelijking met de mannen die vroeger zijn gestart.

41. Dit werd nagegaan aan de hand van de toevoeging van interactietermen voor leeftijd en geslacht aan het lineaire regressiemodel.



Figuur 6. Leeftijdsverschil met de eerste partner volgens de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en volgens geslacht.

2.2. Gebruik van contraceptie bij de eerste keer

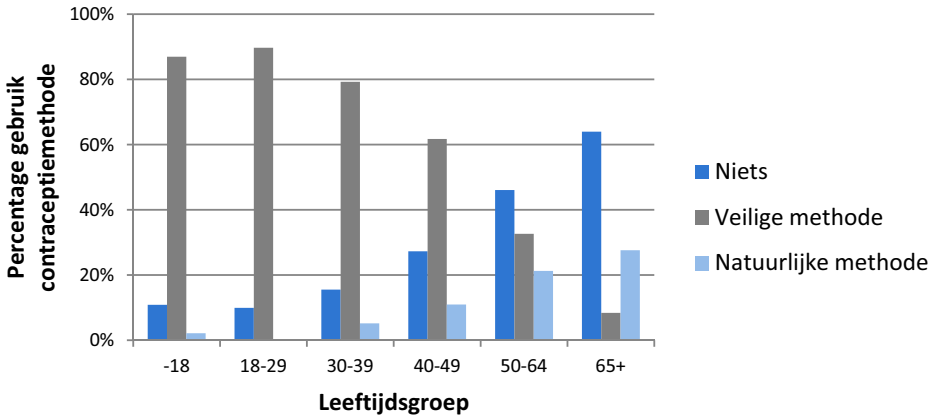
Het gebruik van contraceptie bij de eerste geslachtsgemeenschap is een voor de hand liggend aspect van de seksuele gezondheid op het ogenblik van de eerste keer. In wat volgt, wordt het contraceptiegebruik bij de eerste keer in kaart gebracht volgens de leeftijdsgroep waartoe men behoort en volgens geslacht. Vervolgens wordt nagegaan of er een verband is tussen het contraceptiegebruik enerzijds en de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond anderzijds.⁴²

2.2.1. Rapportering volgens leeftijd en geslacht

Er zijn sterke intergenerationele verschillen in contraceptiegebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap: voor de oudere leeftijdsgroepen was het duidelijk veel minder gebruikelijk om bij de eerste keer contraceptie te gebruiken dan voor de jongere leeftijdsgroepen. De onderstaande figuur toont het verschil tussen de leeftijdsgroepen in de mate waarin er helemaal niets werd gebruikt, er een ‘veilige’ contraceptiemethode werd gebruikt (de pil⁴³, het condoom of een combinatie van beide), of er een natuurlijke methode werd gebruikt (het terugtrekken van de penis voor het klaarkomen of een ritmemethode waarbij er geen coïtus plaatsvindt tijdens een vruchtbare periode van de vrouw).

De figuur toont dat binnen de vier jongste leeftijdsgroepen de overgrote meerderheid bij de eerste geslachtsgemeenschap een ‘veilige’ contraceptiemethode gebruikte. Bij de 65-plussers is dit slechts voor een minderheid het geval; zij gebruikten meestal

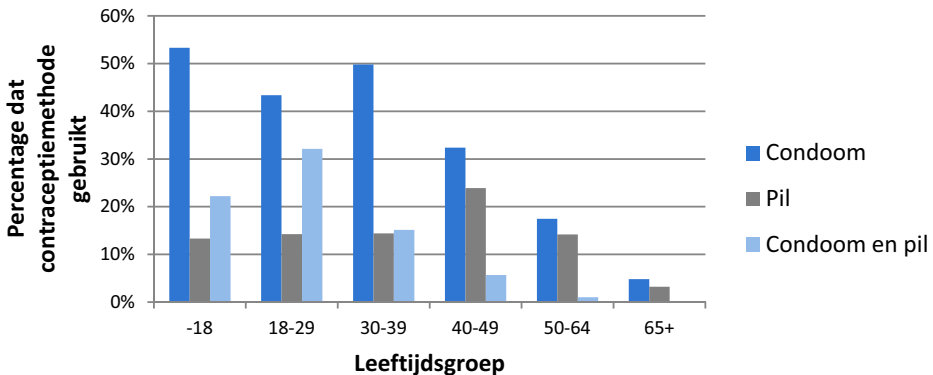
-
42. Het contraceptiegebruik bij de eerste keer werd bevraagd aan de hand van een gesloten vraag. Er kon worden gekozen tussen de volgende categorieën: een condoom, hormonale contraceptie, periodieke onthouding of andere ritmemethode, coïtus interruptus, geen van deze.
43. In principe kan dit ook verwijzen naar een andere hormonale contraceptiemethode, maar er kan worden aangenomen dat dit vooral over de pil gaat.



Figuur 7. Contraceptiegebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens leeftijdsgroepen en geslacht.

helemaal niets of vielen terug op een natuurlijke methode. Dit hoeft natuurlijk niet geïnterpreteerd te worden als zouden de oudere leeftijdsgroepen een onveiligere seksuele intrede hebben gekend. Het is aannemelijk dat voor deze leeftijdsgroep het gewoon vaker de bedoeling was om zwanger te worden of de partner zwanger te maken.

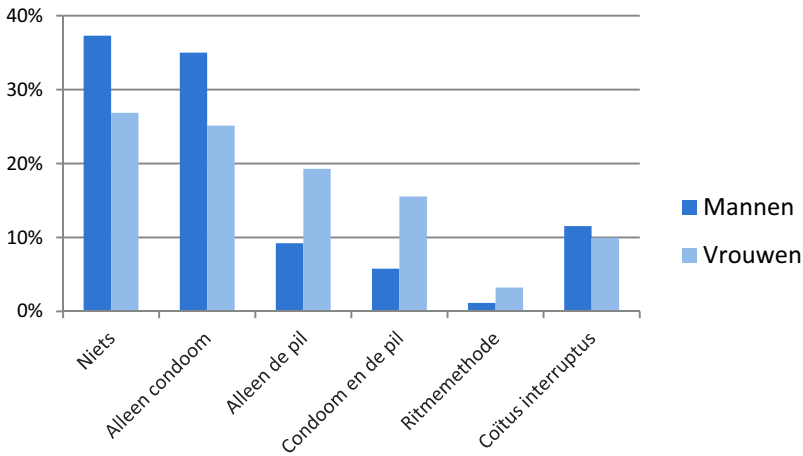
Indien er bij de eerste keer een veilige contraceptiemethode werd gebruikt, zijn er ook sterke intergenerationele verschillen in de methode die dan precies werd toegepast. De onderstaande figuur toont het verschil tussen de leeftijdsgroepen in de mate waarin bij de eerste geslachtsgemeenschap werd gebruikgemaakt van het condoom, de pil, of een combinatie van beide.



Figuur 8. Het gebruik van veilige contraceptiemethoden bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens leeftijdsgroepen en geslacht.

Indien er bij de eerste keer een veilige contraceptiemethode werd gebruikt, dan is dat in de overgrote meerderheid van de gevallen een condoom en het condoomgebruik bij de eerste keer is ook groter bij de jongere generaties. De pil wordt meestal (nog) niet genomen op het moment van de eerste geslachtsgemeenschap.

Er zijn ook sekseverschillen met betrekking tot de rapportering van contraceptiegebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap, voornamelijk wat het pilgebruik betreft. De onderstaande figuur toont de rapportering van de contraceptiemethode bij de eerste keer voor mannen en vrouwen apart.



Figuur 9. Rapportering van contraceptiemethode bij de eerste geslachtsgemeenschap volgens geslacht.

De figuur toont dat mannen vaker aangeven dat ze bij de eerste keer niets hebben gebruikt, of alleen een condoom hebben gebruikt. Vrouwen geven op hun beurt vaker aan dat ze de pil hebben gebruikt of een combinatie van de pil met een condoom. Dit kan erop wijzen dat mannen niet altijd goed op de hoogte zijn van het pilgebruik van hun partner. Bij de rapportage van natuurlijke contraceptiemethoden is er geen sekseverschil.

2.2.2. *Contraceptiegebruik naargelang de timing en de context van de eerste keer*

De leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond, blijkt amper een effect te hebben op het gebruik van een veilige contraceptiemethode bij die eerste keer (dus een condoom, de pil of beide). Zoals boven beschreven, was het condoom- en pilgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap veel minder gebruikelijk voor de oudere leeftijdsgroepen, terwijl zij wel gemiddeld later hun eerste geslachtsgemeenschap hebben ervaren. Indien daarom het effect van de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap

op het gebruik van een veilige methode wordt getoetst, gebeurt dit onder controle van de huidige leeftijd, zodat er rekening gehouden kan worden met dit generatieverschil. Aan de hand van een logistische regressieanalyse werd het effect nagegaan van de leeftijd bij de eerste keer op de kans dat er een veilige contraceptiemethode werd gebruikt en dit onder controle van de huidige leeftijd.

Tabel 6. Resultaten van de logistische regressie voor het effect van de leeftijd bij de eerste keer op de kans dat er een veilige contraceptiemethode werd gebruikt (coëfficiënten= $Exp(B)$) ($N=1400$).

Kans dat er een veilige contraceptiemethode werd gebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap		
	Model 1	Model 2
Huidige leeftijd	0.91***	0.91***
Leeftijd bij de eerste keer		1.06*
<i>Verklaarde variantie (Nagelkerke R²)</i>	.42	.43

* $p < .05$, *** $p < .001$

Na toevoeging van de huidige leeftijd blijkt de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap amper iets toe te voegen aan de kans dat er een veilige contraceptiemethode werd gebruikt. Het gevonden effect van de leeftijd bij de eerste keer is wel significant, maar niet sterk. Daarnaast werd ook nagegaan of er interactie-effecten bestaan voor geslacht, maar dit bleek niet het geval te zijn. Ter illustratie, voor een respondent van 30 jaar die zijn of haar eerste keer heeft ervaren op 20 jaar, is er 87% kans dat er een veilige contraceptiemethode werd gebruikt, tegenover 84% kans voor een 30-jarige respondent die slechts 15 jaar was bij zijn of haar eerste keer. Voor een respondent van 50 jaar is de kans dat er bij de eerste keer een veilige contraceptiemethode werd gebruikt 50% indien dit plaatsvond op 20-jarige leeftijd, tegenover 43% indien dit plaatsvond op 15-jarige leeftijd. De generatie waartoe men behoort, voorspelt dus in veel grotere mate de kans dat er een veilige contraceptiemethode werd gebruikt dan de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond.

Naast de leeftijd waarop het gebeurde, werd er ook voor twee andere contextfactoren van de eerste keer nagegaan of die het gebruik van een (veilige) contraceptiemethode kunnen voorspellen: het leeftijdsverschil met de eerste partner en de tijdsduur tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap. Er blijkt alleen voor vrouwen een significant effect te bestaan voor het leeftijdsverschil met de eerste partner. Bijvoorbeeld, een vrouw van 30 jaar waarvan de partner slechts één jaar ouder was dan zijzelf, heeft 74% kans dat er bij de eerste keer een veilige contraceptiemethode werd gebruikt, terwijl een vrouw van 30 jaar waarbij de partner zes jaar ouder was dan zijzelf, daar slechts 62% kans op heeft. Dit resultaat is een sterke ondersteuning van wat er in eerdere onderzoeken gevonden werd met betrekking tot het risico van een oudere partner bij de eerste keer.

2.3. Pijn en bloedverlies

Alle respondenten – zowel mannen als vrouwen – werd gevraagd of ze pijn hadden bij hun eerste geslachtsgemeenschap en of ze gebleed hebben. Op beide vragen kon uitsluitend worden geantwoord met ‘ja’ of ‘nee’. Pijn en bloedverlies bij de ontmaagding kenmerken de eerste keer van vele vrouwen, maar wordt amper door mannen gerapporteerd (slechts 6% van de mannelijke respondenten geeft aan dat ze pijn hadden bij de eerste geslachtsgemeenschap). Daarom worden deze aspecten van de eerste keer in wat volgt, uitsluitend voor de vrouwelijke respondenten uit onze steekproef besproken.

2.3.1. Pijn en bloedverlies bij vrouwen over de generaties heen

Iets meer dan de helft van de vrouwen (54%) geeft aan dat ze bij de eerste keer pijn hebben ervaren. Daarbij is er geen generatieverschil: oudere vrouwen geven even vaak als jongere vrouwen aan dat ze bij de eerste keer pijn of geen pijn hadden. Anders dan voor mannen, lijkt pijn bij de eerste geslachtsgemeenschap dus een ‘normale’ ervaring te zijn voor vrouwen.

Ook iets meer dan de helft van de vrouwen (59%) geeft aan te hebben gebleed bij de ontmaagding. Opnieuw is er geen verschil tussen de leeftijdsgroepen. Hoewel bloedverlies door heel wat vrouwen bij de eerste keer ervaren wordt, is dit dus zeker geen vast gegeven. De idee dat een vrouw bij de ontmaagding moet bloeden, is veel meer cultureel dan wetenschappelijk van aard. Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat het hymen bij geslachtsgemeenschap niet noodzakelijk scheurt en ook kan scheuren bij sportactiviteiten, tampongebruik of gynaecologisch onderzoek. Indien er bij de eerste geslachtsgemeenschap bloedverlies optreedt, dan zou dit ook vaak veroorzaakt worden door het optreden van kleine wondjes in de vaginawand ten gevolge van onvoorzichtige penetratie, eerder dan door het scheuren van het hymen. Het hymen zelf is een membraan zonder bloed en de kans is klein dat het een significante hoeveelheid bloed produceert (Raveenthiran, 2009). Hoewel er dus maar weinig wetenschappelijke basis bestaat voor de idee van bloedverlies als een ‘bewijs van maagdelijkheid’, kan deze overtuiging wel tot heel wat stress, misverstanden en teleurstelling leiden.

De ervaring van pijn bij de eerste keer hangt ook positief samen met de ervaring van bloedverlies: vrouwen die aangeven dat ze bij de eerste keer pijn hebben gehad, geven ook vaker aan dat ze gebleed hebben.⁴⁴ Ter illustratie, van degenen die bij de eerste keer pijn hadden, heeft 75% ook gebleed; van degenen die bij de eerste keer geen pijn hadden, heeft slechts 41% gebleed. Er is zeer weinig onderzoek met betrekking tot het verband tussen pijn en bloedverlies. Één Nederlands onderzoek werd gevonden waarin er ook een relatie tussen pijn en bloedverlies werd gevonden, maar dit verband bleek erg cultureel afhankelijk te zijn. Dit wil zeggen dat bij vrou-

44. Correlatiecoëfficiënt = 0.28; $p < .001$.

wen uit de ene etnisch-culturele subgroep er een verband tussen pijn en bloedverlies kon worden vastgesteld, maar dat dit verband er bij vrouwen uit een andere etnisch-culturele subgroep helemaal niet was (Loeber, 2008).

Het zou kunnen dat de structuur van het hymen bepaalt of er pijn en bloedverlies is opgetreden. Een stugger hymen zou de eerste penetratie niet alleen pijnlijker kunnen maken, maar ook voor meer bloedverlies zorgen. Alleen een anatomisch onderzoek voor de eerste geslachtsgemeenschap zou deze hypothese echter kunnen ophelderen. Een andere mogelijke verklaring voor het verband tussen pijn en bloedverlies zou kunnen te maken hebben met het feit dat een deel van het gerapporteerde bloedverlies bij de ontmaagding in feite veroorzaakt wordt door kleine wondjes in de vaginawand. Het is aannemelijk dat dit ook gepaard gaat met meer pijn. De relatie tussen pijn en bloedverlies heeft dan eerder te maken met pijn ten gevolge van onvoorzichtige penetratie en niet met pijn ten gevolge van een stug maagdenvlies.

2.3.2. Pijn en bloedverlies bij vrouwen naargelang de timing van de eerste keer

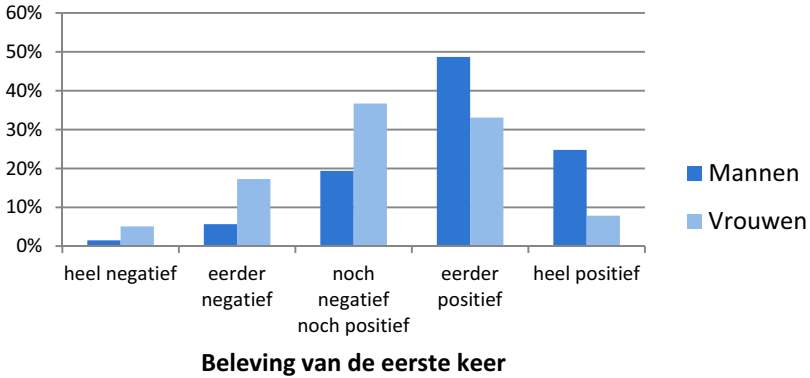
Er is geen verschil in de rapportering van pijn of bloedverlies naargelang de leeftijd waarop de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvond. Pijn en bloedverlies zijn dus zeker geen risicovolle aspecten van de eerste geslachtsgemeenschap, maar kunnen voor vrouwen eerder gezien worden als inherente kenmerken van de eerste keer die wel de emotionele beleving ervan kunnen kleuren.

2.4. De emotionele beleving en het gevoel er toen klaar voor te zijn

De emotionele beleving van de eerste keer werd op twee manieren bevestigd. Ten eerste werd er gevraagd hoe de eerste keer in het algemeen beleefd werd, gaande van 'heel positief' tot 'heel negatief'. Ten tweede werd gevraagd om aan te geven in welke mate men het gevoel heeft dat men er toen klaar voor was, gaande van 'er helemaal niet klaar voor' tot 'er helemaal wel klaar voor'. Telkens kon worden geantwoord op een vijfpuntenschaal met een neutraal middenpunt.

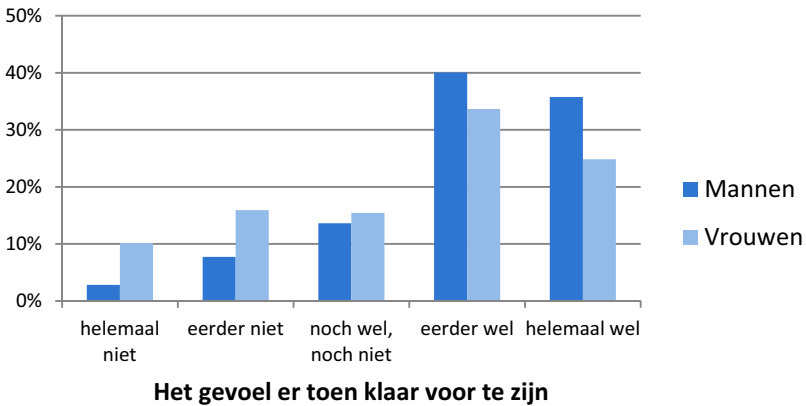
2.4.1. Rapportering volgens leeftijd en geslacht

Zowel op basis van de algemene belevingsvraag als op basis van de vraag naar het gevoel er toen klaar voor te zijn, lijkt de eerste geslachtsgemeenschap voor de mannelijke respondenten een betere ervaring te zijn geweest dan voor de vrouwelijke respondenten. Met betrekking tot beide belevingsvragen geven de mannelijke respondenten immers een positiever antwoord dan de vrouwelijke respondenten. De onderstaande figuur toont de 'algemene beleving' van de eerste keer voor mannen en vrouwen apart.



Figuur 10. De algemene beleving van de eerste keer volgens geslacht.

De figuur toont duidelijk dat vrouwen vaker aangeduid hebben dat de eerste keer door hen negatief of neutraal werd beleefd, terwijl mannen vaker aangeven dat de eerste keer (heel) positief werd beleefd. De onderstaande figuur toont een soortgelijk patroon met betrekking tot de vraag in welke mate men het gevoel heeft dat men er toen klaar voor was.



Figuur 11. Het gevoel er toen klaar voor te zijn volgens geslacht.

Ook hier toont de figuur duidelijk dat vrouwen minder vaak aangeven dan mannen dat ze er toen (helemaal) klaar voor waren. Noch voor de algemene beleving van de eerste keer noch voor het gevoel er toen klaar voor te zijn, werden er generatieverschillen vastgesteld. De beleving van de eerste keer en het gevoel dat men er toen klaar voor was, hangen onderling ook sterk samen.⁴⁵ Naarmate men aangeeft dat

45. Correlatiecoëfficiënt = .57; $p < .001$.

men er toen meer klaar voor was, geeft men dus ook aan dat de eerste keer positiever beleefd werd.

De vaststelling dat de eerste keer voor mannen een betere ervaring lijkt te zijn dan voor vrouwen, komt overeen met wat er in de literatuur terug te vinden is (Sprecher, Barbee & Schwartz, 1995). De reden waarom de eerste keer positiever beleefd wordt door mannen dan door vrouwen, wordt in verschillende richtingen gezocht. Een hypothese luidt dat het voor mannen gemakkelijker is om bij de eerste keer fysiek genot te beleven en om een orgasme te bereiken. Zo blijkt uit een onderzoek dat, indien er gecontroleerd wordt voor de ervaring van pijn en de beleving van een orgasme, het verschil in beleving van de eerste keer tussen mannen en vrouwen kleiner wordt (Sprecher et al., 1995). Op basis van de Sexpert-data kan worden nagegaan of de beleving van de eerste keer inderdaad anders is wanneer er rekening wordt gehouden met de ervaring van pijn. Een correlatietest bevestigt dat voor vrouwen de ervaring van pijn negatief samenhangt met de algemene beleving van de eerste keer: vrouwen die pijn rapporteren, hebben hun eerste keer aanzienlijk minder goed beleefd.⁴⁶ Vrouwen die pijn rapporteren, geven ook aan dat ze er toen minder klaar voor waren, al is het verband kleiner en minder sterk dan met de algemene belevingsvraag.⁴⁷ Er is geen verband tussen de ervaring van bloedverlies enerzijds en de algemene beleving of het gevoel er toen klaar voor te zijn anderzijds.

Een andere hypothese waarom de eerste keer voor mannen een betere ervaring lijkt te zijn dan voor vrouwen, luidt dat vrouwen meer eisen hebben met betrekking tot de eerste keer, die gewoonweg moeilijker te verwezenlijken zijn dan de eisen die mannen stellen. Voor vrouwen is het zogenaamde ‘liefdesmotief’ om seks te hebben, belangrijker dan voor mannen, terwijl voor mannen het ‘genotsmotief’ belangrijker is (Taris & Semin, 1997).

2.4.2. *De beleving van de eerste keer naargelang de timing en context van de eerste keer*

Er kan worden verwacht dat de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en de omstandigheden waaronder die plaatsvond, een effect hebben op de emotionele belevingsaspecten ervan. Op basis van de Sexpert-data zien we dat de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond, voornamelijk een effect heeft op het gevoel dat men er toen klaar voor was en minder op de algemene beleving ervan. Aan de hand van een lineaire regressieanalyse werd de grootte van dit effect nagegaan. De mate waarin de leeftijd een effect uitoefent op deze twee belevingsaspecten, blijkt verschillend te zijn voor mannen en vrouwen, maar niet voor de leeftijdsgroepen.⁴⁸ De onderstaande tabel geeft een overzicht van het effect van de leeftijd bij de eerste keer op de bele-

46. Correlatiecoëfficiënt = $-.26$; $p < .001$.

47. Correlatiecoëfficiënt = $.10$; $p < .01$.

48. Dit werd nagegaan aan de hand van de toevoeging van interactietermen voor leeftijd en geslacht aan het lineaire regressiemodel.

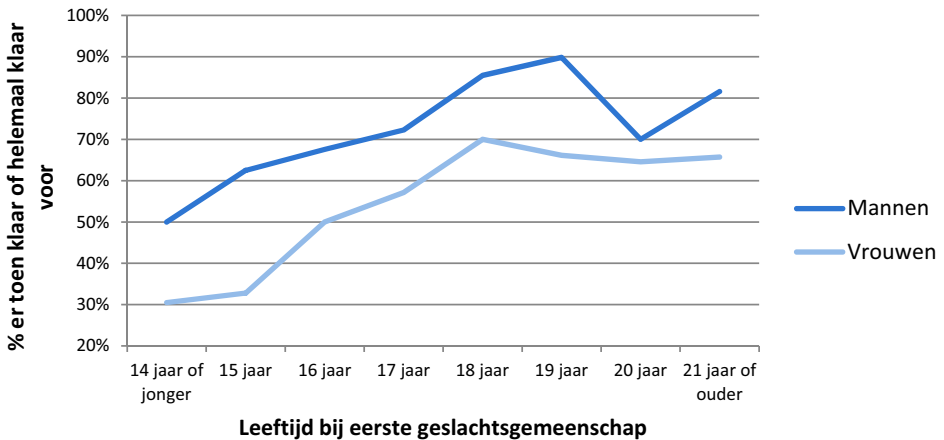
ving ervan en het gevoel er toen klaar voor te zijn, en dit voor mannen en vrouwen apart.

Tabel 7. Resultaten van de regressieanalyse voor het effect van de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap op twee belevingsaspecten van de eerste keer, apart voor mannen en vrouwen (coëfficiënten= β). (Beleving: $N=739$ voor mannen, $N=758$ voor vrouwen; gevoel er toen klaar voor te zijn: $N=740$ voor mannen, $N=759$ voor vrouwen).

	Algemene beleving	Verklaarde variantie	Het gevoel er toen klaar voor te zijn	Verklaarde variantie
Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap – mannen	-0.01	0	0.207***	.04
Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap – vrouwen	0.11**	.01	0.303***	.09

** $p < .01$; *** $p < .001$

De tabel toont dat de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond, alleen een effect heeft op de algemene beleving ervan bij vrouwen: naarmate de eerste keer later plaatsvond, ervaren vrouwen dit als positiever. Bij mannen verschilt de algemene beleving niet naargelang de leeftijd bij de eerste keer. Naarmate de eerste keer op een latere leeftijd plaatsvond, rapporteren zowel mannen als vrouwen dat ze er toen meer klaar voor waren. De onderstaande figuur visualiseert het positieve verband tussen de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en het gevoel er toen klaar voor te zijn, voor mannen en vrouwen apart.



Figuur 12. Het gevoel (helemaal) klaar te zijn voor de eerste geslachtsgemeenschap volgens de leeftijd bij de eerste keer en volgens geslacht.

De figuur toont duidelijk dat een latere leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap samengaat met meer rapportering dat men er toen klaar of helemaal klaar voor was.

Dit positieve effect van het uitstellen van de eerste geslachtsgemeenschap concentreert zich bij de vroege starters en bereikt een saturatiepunt op de leeftijd van 18 jaar bij de eerste keer. Het uitstellen van de eerste keer heeft dus alleen bij de jongere starters een positief effect op het gevoel er toen klaar voor te zijn. Bij mannen die pas op hun twintigste hun eerste keer hebben ervaren, neemt het gevoel er toen klaar voor te zijn even af, om dan terug te stijgen naar het niveau van degenen die bij hun eerste keer 18 of 19 jaar waren.

Naast de leeftijd waarop de eerste keer plaatsvond, werd ook nagegaan of er een effect is van andere contextkenmerken van de eerste keer: het leeftijdsverschil met de eerste partner en de tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap.⁴⁹ Met betrekking tot de algemene beleving van de eerste keer kan er voor mannen noch voor vrouwen een effect van de contextfactoren worden gevonden. Met betrekking tot het gevoel er toen klaar voor te zijn, blijkt er alleen voor mannen een effect te zijn van het leeftijdsverschil met de eerste partner: naarmate de eerste partner ouder was dan zichzelf, geven mannen aan dat ze er toen minder klaar voor waren.⁵⁰

3. Is er een verband tussen de timing van de eerste keer en de latere seksuele loopbaan?

De leeftijd waarop de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvindt, wordt in onderzoek in verband gebracht met kenmerken van de latere seksuele loopbaan en de seksuele gezondheid. Dit betekent niet dat de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap een oorzaak is van later seksueel gedrag, wel dat het een uiting is van onderliggende attitudes en neigingen die zich door de hele latere seksuele carrière blijven manifesteren. In wat volgt, wordt stilgestaan bij het verband tussen de seksuele intrede enerzijds en drie aspecten van de seksuele gezondheid tijdens de latere levensloop anderzijds: het totale aantal seksuele partners dat iemand heeft gehad, ervaring met ongewenste zwangerschap en ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

3.1. Totaal aantal sekspartners

Om het effect van de leeftijd bij de eerste keer op het totale aantal partners na te gaan, wordt er gewerkt met het relatieve aantal partners dat iemand heeft gehad, relatief ten opzichte van de huidige leeftijd.⁵¹ Op die manier wordt vermeden dat het effect van de duur van de seksuele loopbaan wordt nagegaan (het aantal jaren dat men al seksueel actief is) eerder dan dat het effect van de leeftijd bij de eerste

49. Deze effecten van de contextkenmerken van de eerste keer werden nagegaan onder controle van het effect van de leeftijd bij de eerste keer.

50. $N=658$; $\beta=-.11$; $p<.01$, onder controle van de leeftijd bij de eerste keer.

51. Daarvoor wordt het totale aantal partners dat de respondent aangeeft te hebben gehad (bevraagd aan de hand van een open vraag), gedeeld door de huidige leeftijd van de respondent.

geslachtsgemeenschap wordt gemeten. Op basis van de Sexpert-data kan worden besloten dat, naarmate men vroeger met geslachtsgemeenschap is gestart, men over de latere loopbaan relatief meer sekspartners heeft (dus relatief meer ten opzichte van het totale aantal sekspartners van leeftijdsgenoten die pas later met seks zijn gestart). Op basis van een lineaire regressieanalyse werd nagegaan hoe groot dit effect van de leeftijd bij de eerste keer op het totale aantal partners precies is. Omdat dit effect voor mannen en vrouwen verschilt, worden de resultaten van deze regressieanalyse voor beide geslachten apart weergegeven. Er is geen verschil naar gelang van de generatie waartoe de respondent behoort.⁵²

Tabel 8. Resultaten van de regressieanalyse voor het effect van de leeftijd bij de eerste keer op het relatieve aantal partners, apart voor mannen en vrouwen (coëfficiënten= β) (N voor mannen=738; N voor vrouwen=759).

	Relatieve aantal partners tijdens de seksuele loopbaan	Verklaarde variantie
Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap – mannen	-0.28***	.08
Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap – vrouwen	-0.24***	.06

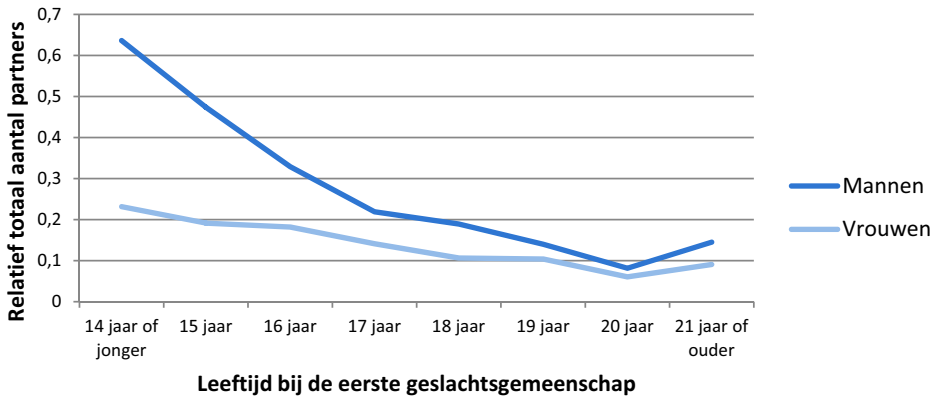
*** $p < .001$

De resultaten van de regressieanalyse voor mannen en vrouwen afzonderlijk tonen dat het effect van de leeftijd bij de eerste keer nog iets groter is voor mannen dan voor vrouwen, al is het verschil tussen beide geslachten verwaarloosbaar klein. In de onderstaande figuur wordt het effect van de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap op het totale aantal partners gevisualiseerd. Merk op dat opnieuw wordt gebruikgemaakt van het relatieve aantal partners en niet van het absolute aantal.

De figuur toont ten eerste dat een jongere leeftijd bij de eerste keer voor mannen veel sterker geassocieerd is met het hebben van een relatief groot aantal partners dan voor vrouwen. Ten tweede valt op dat het negatieve verband tussen de leeftijd bij de eerste keer en het relatieve aantal sekspartners voornamelijk gecreëerd wordt door de vroegere starters, die beduidend meer partners hebben dan de latere starters. Tot 18 jaar gaat ieder jaar dat vroeger met geslachtsgemeenschap gestart werd, duidelijk samen met het hebben van meer partners. Na 18 jaar is het effect van later met geslachtsgemeenschap te starten, veel kleiner.

Er werd ook nagegaan of er naast leeftijd bij de eerste keer ook een effect is van twee andere contextkenmerken van de eerste keer: het leeftijdsverschil met de eerste partner en de tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap. Daaruit kan worden geconcludeerd dat mannen die hun eerste keer ervaren met iemand die ouder is dan zichzelf, later tijdens hun seksuele loopbaan relatief meer

52. Dit werd nagegaan aan de hand van de toevoeging van interactietermen voor leeftijd en geslacht aan het lineaire regressiemodel.



Figuur 13. Relatief aantal partners naargelang de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap, volgens geslacht.

sekspartners hebben. Dit effect van het leeftijdsverschil met de eerste partner is vrij groot en sterk significant⁵³ en werd gemeten onder controle van de leeftijd bij de eerste keer. Voor vrouwen is er geen effect van de contextfactoren van de eerste keer op het relatieve aantal partners dat ze later tijdens de seksuele loopbaan hebben.

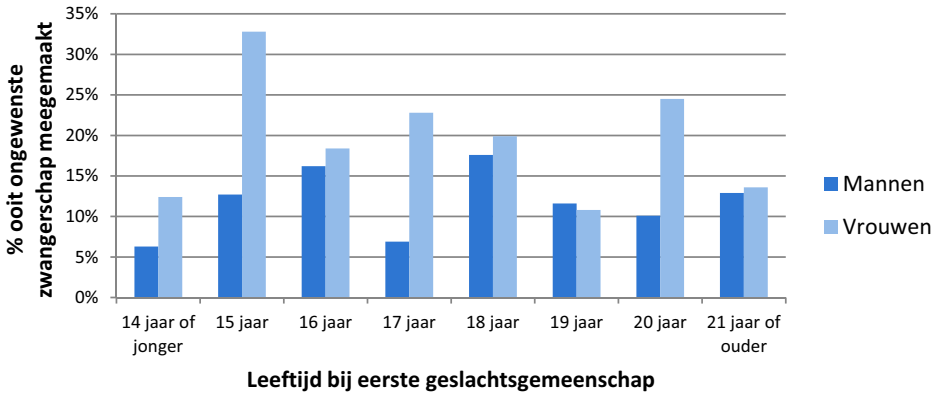
3.2. Ervaring met ongewenste zwangerschap

Omdat het totale aantal respondenten die ooit een abortus hebben meegemaakt (zijzelf voor de vrouwelijke respondenten en een partner voor de mannelijke respondenten) vrij laag is ($N=79$), werd deze groep samen genomen met degenen die aangeven dat ze ooit ongewenst zwanger zijn geweest of iemand ongewenst zwanger hebben gemaakt ($N=268$). In principe verwijzen beide naar hetzelfde: zwanger worden of iemand zwanger maken zonder dat dit gewenst was. Vervolgens werd nagegaan of de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap een goede voorspeller is voor het feit of iemand dit ooit in zijn of haar leven heeft meegemaakt. Dit werd nagegaan aan de hand van een logistische regressieanalyse, waarin er ook gecontroleerd werd voor het effect van de huidige leeftijd van de respondent. Alleen voor vrouwen wordt er een negatief verband gevonden tussen de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap enerzijds en het risico dat er ooit een ongewenste zwangerschap werd meegemaakt anderzijds (dus over de hele seksuele loopbaan en niet alleen bij de eerste geslachtsgemeenschap).⁵⁴ Toch is ook voor vrouwen het patroon tussen de leeftijd bij de eerste keer en de ervaring met een ongewenste zwangerschap erg onduide-

53. Lineair regressiemodel met het relatieve aantal partners als afhankelijke variabele en leeftijd bij de eerste keer en leeftijdsverschil met de eerste partner als onafhankelijke variabele, alleen voor mannen: $N=604$; $\beta(\text{leeftijdsverschil}) = .142$; $p < .001$; Totaal verklaarde variantie = .083.

54. Logistische regressie met de kans om ooit een ongewenste zwangerschap te hebben meegemaakt als afhankelijke variabele en leeftijd bij de eerste keer als onafhankelijke variabele, onder controle van de huidige leeftijd. Voor vrouwen: $N=781$; $\text{Exp}(B) = .78$; $p < .001$; verklaarde variantie (Nagelkerke R^2) = 0.13.

lijk. In de onderstaande figuur wordt het percentage respondenten weergegeven dat ooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt, volgens de leeftijd bij hun eerste geslachtsgemeenschap, en dit voor mannen en vrouwen apart.



Figuur 14. De ervaring van een ongewenste zwangerschap volgens leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en volgens geslacht.

Het sterke statistische verband dat voor vrouwen gevonden werd, lijkt voornamelijk in stand te worden gehouden door de grote vertegenwoordiging van vrouwen die op hun vijftiende hun eerste geslachtsgemeenschap hebben ervaren en ooit een ongewenste zwangerschap hebben meegemaakt. Voor mannen is er geen duidelijk verband tussen leeftijd bij de eerste keer en het meemaken van een ongewenste zwangerschap. Een reden voor de onduidelijkheid in het gevonden verband kan zijn dat het aantal ongewenste zwangerschappen vrij laag wordt indien de opdeling wordt gemaakt naar de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap. Daarom wordt er hier niet verder bij stilgestaan.

3.3. Ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag

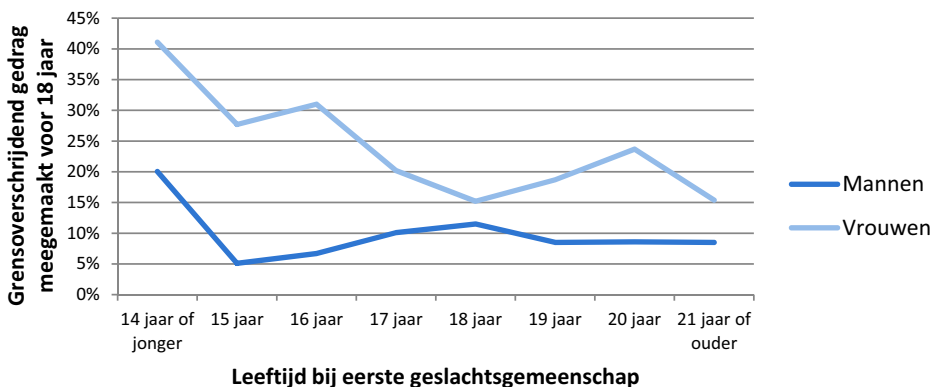
De ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag werd uitsluitend bevestigd bij de respondenten vanaf 18 jaar.⁵⁵ De minderjarigen worden dus uitgesloten bij de bespreking van het effect van de timing en context van de eerste geslachtsgemeenschap op de ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag. De ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag werd afzonderlijk bevestigd voor de periode voor en na 18 jaar. Seksueel grensoverschrijdend gedrag op minderjarige leeftijd heeft niet alleen een grotere impact op de verdere seksuele ontwikkeling, het is ook een goede voorspeller voor het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar (zie daarover meer in hoofdstuk 5). Het verband tussen de timing en de context van de eerste geslachtsgemeenschap enerzijds en de ervaring met seksueel grens-

55. Dit vanwege richtlijnen van het ethisch comité, zie hoofdstuk 5.

overschrijdend gedrag anderzijds, wordt hier dan ook afzonderlijk besproken voor grensoverschrijdend gedrag dat plaatsvond voor en na 18 jaar. Verder wordt er alleen rekening gehouden met fysieke vormen van grensoverschrijdend gedrag.⁵⁶

3.3.1. Seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar

Met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar wordt er alleen voor vrouwen een effect gevonden van de leeftijd waarop de eerste geslachtsgemeenschap plaatsvond: naarmate ze bij hun eerste keer ouder waren, lopen ze minder risico om het slachtoffer te worden van grensoverschrijdend gedrag voor hun achttiende.⁵⁷ Er is daarbij geen verschil met betrekking tot de huidige leeftijd van de respondent (het gevonden verband is dus hetzelfde voor de verschillende generaties). De onderstaande figuur visualiseert het verband tussen leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en de ervaring van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar, en dit voor mannen en vrouwen apart.



Figuur 15. Percentage seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt volgens leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap en volgens geslacht.

De figuur toont dat het percentage vrouwen dat voor hun achttiende grensoverschrijdend gedrag heeft meegemaakt, afneemt per jaar dat ze later met geslachtsgemeenschap zijn begonnen, maar dit alleen bij degenen die voor hun achttiende met geslachtsgemeenschap zijn gestart. Indien de eerste keer na 18 jaar plaatsvond, is er geen verband meer met het risico op grensoverschrijdend gedrag. Ter illustratie, van de vrouwen die op hun achttiende voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben gehad, heeft 15% voor haar achttiende seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt. Bij de vrouwen die op hun veertiende voor het eerst geslachtsgemeenschap

56. Voor de concrete manier van bevragen, zie hoofdstuk 5.

57. Logistische regressieanalyse voor het effect van leeftijd bij de eerste keer op de kans grensoverschrijdend gedrag te hebben meegemaakt voor 18 jaar: voor vrouwen ($N=856$); $\beta=0.87$; $p<.001$; verklaarde variantie (Nagelkerke R^2)=0.03.

hebben gehad, is dit 41%. Voor mannen is het volledige patroon erg onduidelijk. Dit komt waarschijnlijk ook omdat het aantal mannen dat voor hun achttiende fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft meegemaakt, erg laag is, waardoor er geen duidelijke verbanden gevonden kunnen worden (zie meer over het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag in hoofdstuk 5). Het gevonden verband voor vrouwen zou kunnen worden verklaard doordat de vroege eerste keer zelf resulteerde uit een situatie van grensoverschrijdend gedrag. Recent onderzoek in Nederland toont dat meisjes die voor hun dertiende voor het eerst geslachtsgemeenschap hadden, zij daar in één op de drie gevallen toe werden overgehaald of gedwongen. Wanneer de eerste keer plaatsvindt op 14 of 15 jaar, is dit gedaald tot 20% en bij de eerste keer op 16 of 17 jaar is dit nog ‘slechts’ 13% (de Graaf et al., 2012).

Indien ook rekening wordt gehouden met andere contextkenmerken waaronder de eerste keer plaatsvond, komen meer resultaten voor mannelijke respondenten naar boven. Dan blijkt voor mannen het hebben van een eerste seksuele partner die ouder is dan zijzelf een risicofactor te zijn voor de ervaring van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor hun achttiende. Ook voor vrouwen is dit effect van het hebben van een oudere partner aanwezig. De tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap (of dus de objectieve mate waarin men klaar was voor de eerste keer) heeft geen voorspellende waarde op het risico slachtoffer te zijn geworden van grensoverschrijdend gedrag. In de onderstaande tabel worden deze resultaten voor mannen en vrouwen afzonderlijk samengevat.

Tabel 9. Resultaten van de logistische regressie voor het effect van de timing en de context van de eerste geslachtsgemeenschap op het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar, apart voor mannen en vrouwen (coëfficiënten= $Exp(B)$) (N voor mannen=573; N voor vrouwen=705).

Kans op fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar – Mannen		
	Model 1	Model 2
Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap	0.92*	0.95
Leeftijdsverschil met de eerste partner		1.16**
Tijdsspanne		1.05
<i>Verklaarde variantie (Nagelkerke R²)</i>	.01	.05

* $p < .05$; ** $p < .01$

Kans op fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar – Vrouwen		
	Model 1	Model 2
Leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap	0.87***	0.84***
Leeftijdsverschil met de eerste partner		1.07*
Tijdsspanne		1.09
<i>Verklaarde variantie (Nagelkerke R²)</i>	.04	.05

* $p < .05$; *** $p < .001$

3.3.2. *Seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar*

De timing en de contextkenmerken van de eerste geslachtsgemeenschap hebben minder effect op het risico om op volwassen leeftijd het slachtoffer te worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Naarmate vrouwen vroeger met geslachtsgemeenschap zijn gestart, lopen ze een verhoogd risico om na hun achttiende slachtoffer te worden van grensoverschrijdend gedrag, maar dit effect is veel minder sterk dan het effect op het risico op grensoverschrijdend gedrag voor hun achttiende. Voor mannen verhoogt het hebben van een oudere partner bij de eerste geslachtsgemeenschap het risico om op volwassen leeftijd slachtoffer te worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Maar ook hier is dit effect veel minder sterk dan wat werd gevonden voor het risico op grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar.

4. Besluit

In dit hoofdstuk werd uitgebreid ingegaan op de gebeurtenis van de eerste geslachtsgemeenschap, met een bijzondere focus op de timing, de kenmerken en de beleving van de eerste keer en verschuivingen over de generaties heen. Daarnaast werd ook onderzocht of en in welke mate een vroege eerste keer een risico inhoudt voor de seksuele gezondheid op het ogenblik van de eerste keer zelf en samenhangt met indicatoren van de seksuele gezondheid later tijdens de seksuele loopbaan. Hieronder de voornaamste conclusies.

- ♦ De leeftijd waarop de eerste keer ervaren wordt, is over de generaties heen afgenomen, maar deze dalende trend is de afgelopen twee decennia gestagneerd. De dalende trend wordt sterk bepaald door twee gelijktijdige processen: bij de oudere generaties zijn de relatief late starters veel later gestart dan de gemiddelde starters enerzijds en bij de jongere generaties zijn de relatief vroege starters veel vroeger gestart dan de gemiddelde starters anderzijds. Ook in de Franse en Engelse populatiestudie werd vastgesteld dat de proportie vroege starters bij de jongere generaties is toegenomen.
- ♦ Een belangrijke toevoeging van het Sexpert-onderzoek is dat er ook werd gekeken naar de duur van het traject tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap. Gemiddeld genomen doen de jongere generaties even lang over het traject van de eerste tongzoen tot de eerste geslachtsgemeenschap als de oudere generaties. De jongeren van vandaag starten dus misschien wel vroeger met geslachtsgemeenschap dan de jongeren van enkele generaties geleden, maar ze waren er niet noodzakelijk minder klaar voor.
- ♦ Net als in andere populatiestudies werd vastgesteld, zien we dat ook in Vlaanderen de timing van de eerste keer bepaald wordt door de sociale context waarin men opgroeide. Naarmate men hoger is opgeleid, of naarmate de ouders hoger zijn opgeleid, is men pas later met geslachtsgemeenschap gestart.

- ◆ In overeenstemming met wat in andere populatiestudies werd vastgesteld, toont ook de Sexpert-studie aan dat de eerste keer voor de meerderheid een positieve ervaring was en voor mannen nog iets positiever dan voor vrouwen. De meerderheid had ook het gevoel er toen klaar voor te zijn. Het feit dat voor ongeveer de helft van de vrouwen de eerste keer een pijnlijke ervaring was, zou een verklaring kunnen zijn waarom de eerste keer voor vrouwen gewoonlijk minder positief ervaren wordt.
- ◆ Een aspect van de eerste keer dat in populatiestudies meestal niet aan bod komt, maar op sociaal vlak wel belangrijke consequenties heeft, is of de vrouw bij haar eerste keer gebloed heeft. De Sexpert-studie toont aan dit slechts voor de helft van de vrouwen het geval is, wat van bloedverlies dus zeker geen goede ‘maagdelijkheidstest’ maakt.
- ◆ Net als in andere populatiestudies, kon worden vastgesteld dat de eerste keer meestal veilig gebeurt in termen van contraceptiegebruik. Terwijl contraceptiegebruik bij de eerste keer voor de oudere generaties nog ongebruikelijk was, is dit voor de jongere generaties eerder standaard geworden.
- ◆ Vroeg starten met geslachtsgemeenschap werd in verband gebracht met een aantal risicofactoren op het ogenblik van de eerste keer zelf: het leeftijdsverschil met de eerste partner is groter en de tijd sinds de eerste tongzoen is korter. In tegenstelling tot wat in Nederlands populatieonderzoek werd vastgesteld, blijken vroege starters het wel goed te doen op het vlak van contraceptiegebruik: hun eerste keer gebeurt niet vaker onveilig dan bij de latere starters. Wat wel in overeenstemming is met het Nederlandse onderzoek, is dat vroege starters hun eerste keer minder goed beleefden en ook aangeven dat ze er minder klaar voor waren.
- ◆ De timing van de eerste keer werd ook in verband gebracht met kenmerken van de seksuele gezondheid later tijdens de seksuele loopbaan. Naarmate men vroeger is gestart, hebben zowel de mannelijke als de vrouwelijke respondenten later gemiddeld genomen meer sekspartners. Vrouwelijke respondenten die vroeg zijn gestart, waren ook vaker het slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor hun achttiende. Het verband tussen de leeftijd bij de eerste keer en ongewenste zwangerschappen later tijdens de seksuele loopbaan bleef onduidelijk.
- ◆ Een verrassende vaststelling was dat voor mannen het hebben van een oudere partner bij de eerste geslachtsgemeenschap een grotere risicofactor is dan voor vrouwen. Mannen met een oudere eerste partner voelden er zich minder klaar voor, hebben later meer sekspartners en hebben meer te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag voor hun achttiende dan mannen met een partner die minder oud was dan zichzelf. Voor vrouwen werd een oudere partner alleen in verband gebracht met minder contraceptiegebruik bij de eerste keer.

Referenties

- 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.
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: Éditions La Découverte.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Beyers, W. (2010). *Samenvatting van de gegevens uit het onderzoek over seksueel gedrag 2007-09*. Niet-uitgegeven onderzoeksrapport, Universiteit Gent, België.
- Boone, S. & Van Houtte, M. (2012). *In search of the mechanisms conducive to class differentials in educational choice: a mixed method research*. Manuscript submitted for publication.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F. & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO regional office for Europe, 2012 (Health policy for children and adolescents, No. 6).
- 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 Graaf, H., Kruijer, H., van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25^e*. Delft: Eburon.
- Delamater, J. & Carpenter, L.M. (2012). Introduction: Sexualities over the life course: The development of a perspective. In L.M. Carpenter & J. Delamater (eds.), *Sex for life: From virginity to Viagra, how sexuality changes throughout our lives* (pp. 3-22). New York and London: New York University Press.
- Edgardh, K. (2002). Sexual behavior and early coitarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. *Acta Paediatrica*, 91(9), 985-991.
- Häggestrom-Nordin, E., Borneskog, C., Eriksson, M. & Tydén, T. (2011). Sexual behaviour and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: Comparisons between genders, study programmes, and over time. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(1), 36-46.
- Hawes, Z.C., Wellings, K. & Stephenson, J. (2010). First heterosexual intercourse in the United Kingdom: A review of the literature. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 137-152.
- Hirtt, N., Nicaise, I. & De Zutter, D. (2007). *De school van de ongelijkheid*. Berchem: Epo.
- Johnson, A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., Wellings, K., ... & Field, J. (2001). *British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II ('Natsal 2000')*. London: National Centre for Social Research.
- Kaestle, C.E., Halpern, C.T., Miller, W. & Ford, C. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 161(8), 774-780.

- Loeber, O. (2008). Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32(3), 129-137.
- Madkour, A.S., Farhat, T., Halpern, C.T., Godeau, E. & Gabhainn, S.N. (2010). Early adolescent sexual initiation and physical/psychological symptoms: a comparative analysis of five nations. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1211-1225.
- Mercer, C.H., Wellings, K., Macdowall, 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.
- 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.
- O'Sullivan, L.F., Mantsun Cheng, M., Mullan Harris, K. & Brooks-Gunn, J. (2007). I wanna hold your hand: the progression of social, romantic and sexual events in adolescent relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 100-107.
- Raveenthiran, V. (2009). Surgery of the hymen: from myth to modernization. *Indian Journal of Surgery*, 71(4), 224-226.
- Shoveller, J.A., Johnson, J.L., Langille, D.B. & Mitchell, T. (2004). Socio-cultural influences on young people's sexual development. *Social Science and Medicine*, 59(3), 473-487.
- Sprecher, S., Barbee, A. & Schwartz, P. (1995). "Was it good for you, too?": gender differences in first sexual intercourse experiences. *The Journal of Sex Research*, 32(1), 3-15.
- Taris, T.W. & Semin, G.R. (1997). Gender as a moderator of the effects of the love motive and relational context on sexual experience. *Archives of Sexual Behavior*, 26(2), 159-180.
- Teitler, J.O. (2002). Trends in youth sexual initiation and fertility in developed countries: 1960-1995. *The Annals of the American Academy*, 580(1), 134-152.
- Valle, A.K., Roysamb, E., Sundby, J. & Knepp, K.I. (2009). Parental social position, body image, and other psychosocial determinants and first sexual intercourse among 15- and 16-year olds. *Adolescence*, 44(174), 479-488.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C.H., ... & Field, J. (2001). Sexual behavior in Britain: early heterosexual experience. *The Lancet*, 358(9296), 1843-1850.

Hoofdstuk 3

Reproductief welzijn

Joke Vandamme, Ann Buysse en Guy T'Sjoen

Een zwangerschap betekent voor vele mannen en vrouwen een belangrijke fase in hun leven. Deze gebeurtenis verloopt echter niet voor iedereen zoals men op voorhand had gedacht of gehoopt. In dit hoofdstuk willen we daarom inzoomen op een aantal klinisch en maatschappelijk relevante fenomenen inzake reproductiviteit en fertiliteit in Vlaanderen. Voordat we dit doen, bespreken we eerst een aantal algemene cijfers inzake zwangerschap en geboorte bij respondenten die aan de Sexpertstudie deelnamen. In dit inleidende hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de volgende vragen: hoeveel respondenten in onze steekproef hebben ooit een zwangerschap meegemaakt, hoeveel respondenten hebben ooit de geboorte van een eigen kind meegemaakt, op welke leeftijd zijn zij voor de eerste keer ouder geworden van een kind? Analoog aan de publicatie over zwangerschappen uit de recentste Nederlandse populatiestudie (Picavet, 2012) gaan we bijvoorbeeld na hoeveel tienerzwangerschappen er nog worden gerapporteerd. Andere (demografische en sociologische) studies hebben deze cijfers ook reeds in kaart gebracht, waardoor onze cijfers hierover niet nieuw zijn (zie bijvoorbeeld De Wilde, 2009; Van Bavel & Bastiaenssen, 2007). De bedoeling is echter om na te gaan hoe representatief onze steekproef is wat zwangerschap en geboorte in Vlaanderen betreft.

Na dit inleidende hoofdstuk bekijken we hoeveel van de door de respondenten gerapporteerde zwangerschappen op dit moment als ongepland en ongewenst worden benoemd. Betekent ongepland iets anders dan ongewenst? Hoeveel van die onbedoelde zwangerschappen eindigden in een abortus? We stellen ons de vraag of onze cijfers over recent onbedoelde zwangerschappen vergelijkbaar zijn met de cijfers uit buitenlandse populatiestudies, voornamelijk die uit onze buurlanden Frankrijk⁵⁸ (Bajos, Leridon, Goulard, Oustry & Job-Spira, 2003) en Nederland⁵⁹ (Bakker et al., 2009).⁶⁰ Daar-

58. We gebruiken hier de cijfers van de Franse COCON-groep. Deze groep bevroeg een representatieve groep van huishoudens over hun ervaring met ongewenste zwangerschappen en abortus. Het rapport van de recente Franse populatiestudie (de CFS-studie), zoals vermeld in de inleiding van het boek (Bajos & Bozon, 2008) is voor dit hoofdstuk onbruikbaar omdat een rapport over ongewenste zwangerschappen en/of abortus daar ontbreekt.

59. De cijfers over onbedoelde zwangerschappen uit de recentste Nederlandse populatiestudie 'Seksuele Gezondheid in Nederland 2011' (Picavet, 2012) zijn te beperkt en te verschillend van onze cijfers (zie percentages op de totale groep vrouwen) om hier goede vergelijkingen te kunnen maken. Vandaar dat we ons voor een betere vergelijking met internationale cijfers baseren op de eerder uitgevoerde Nederlandse populatiestudie van 2009 ('Seksuele Gezondheid in Nederland 2009'), waar soortgelijke cijfers als deze hier werden gerapporteerd (cijfers op zwangerschapsniveau).

60. De cijfers uit de Britse populatiestudie ('NATSAL 2000'), die vermeld wordt in de inleiding van het boek (Johnson et al., 2001), zijn eveneens moeilijk te vergelijken met de cijfers hier, aangezien ook daar de rapporten over abortus gebaseerd zijn op cijfers op respondentenniveau, terwijl wij hier werken met cijfers op zwangerschapsniveau.

naast vragen we ons af welke situationele factoren er samengaan met de beleving van een onbedoelde zwangerschap en de uitkomst daarvan. In tegenstelling tot de reeds aangehaalde populatiestudies focussen we hierbij niet op het identificeren van ‘risicogroepen’ zoals de etnische en sociaaleconomische verschillen die we vinden bij vrouwen die ooit een abortus ondergingen in het Britse rapport van Erens, Field, McManus & Prescott (2002) of bij vrouwen die ooit een ongeplande zwangerschap meemaakten in het recentste Nederlandse rapport van Picavet (2012). We kijken daarentegen naar de context van groepen van zwangerschappen, over respondenten heen. Ten slotte stellen we ons de vraag of er een verband bestaat tussen de beleving en de uitkomst van vroeger meegemaakte zwangerschappen en het individuele welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst. In tegenstelling tot het rapport van Erens et al. (2002), bijvoorbeeld, focussen we in dit hoofdstuk vooral op subjectieve inschattingen van het fysieke, mentale en seksuele welzijn en niet op (seksuele) gedragingen (bijvoorbeeld het aantal seksuele partners van de laatste zes maanden) *an sich*.

In het laatste hoofdstuk gaan we na hoe vaak respondenten reeds problemen hebben ervaren bij het komen tot een zwangerschap of het uitdragen van een zwangerschap. Hoeveel van de gerapporteerde zwangerschappen eindigden in een spontaan miskraam? Hoeveel werden er om medische redenen afgebroken? Deze cijfers worden vergeleken met de iets oudere prospectieve studie van zwangerschappen in Groot-Brittannië (Everett, 1997).⁶¹ Hoeveel respondenten werden ooit met vruchtbaarheidsproblemen geconfronteerd? Zetten ze daarbij de stap richting hulpverlening? Hoeveel van deze respondenten kiest voor een vruchtbaarheidsbehandeling? We vergelijken deze cijfers met een bekende review over de prevalentie van vruchtbaarheidsproblemen wereldwijd (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007).⁶² Als laatste stellen we ons de vraag of vruchtbaarheidsproblemen uit het verleden gerelateerd zijn aan het mentale, fysieke en seksuele gevoel van welzijn op dit moment, analoog aan de vragen hierover bij het stuk over onbedoelde zwangerschappen.

Om op al deze vragen een antwoord te kunnen bieden, werd de totale groep mannen en vrouwen die aan de Sexpert-studie deelnam, in drie nieuwe, betekenisvolle leeftijdscategorieën opgedeeld. De eerste groep ($N=135$) bevat de 14- tot 17-jarigen, een representatie van de Vlaamse tieners in onze steekproef. De tweede en grootste groep ($N=979$) bevat de volwassenen die momenteel in de vruchtbare leeftijdsfase zitten, d.w.z. de 18- tot 50-jarigen.⁶³ De derde en laatste groep ($N=711$) bevat de 51- tot 80-jarige respondenten (diegenen die hun vruchtbare periode reeds hebben

61. Enkel het rapport van de Britse populatiestudie (Erens et al., 2001) bevat cijfergegevens over de ervaring met spontane afbrekingen van zwangerschappen. Deze cijfers zijn echter opnieuw moeilijk te vergelijken met de cijfers uit dit boek, aangezien ze uitgerekend zijn op respondentenniveau, terwijl wij hier opnieuw werken met miskraamcijfers op zwangerschapsniveau. Vandaar de vergelijking met een andere Britse studie, die soortgelijke cijfers rapporteerde.

62. Opnieuw zijn we hier genoodzaakt om te vergelijken met een andere studie dan de Nederlandse, Franse of Britse populatiestudies zoals vermeld in de inleiding. Deze laatste rapporteren namelijk geen bruikbare cijfergegevens over vruchtbaarheidsproblemen, subfertiliteit of infertiliteit.

63. De 50-jarige leeftijd is voor een vrouw gemiddeld de leeftijd waarop de vruchtbaarheid stopt en ze in menopauze gaat (McKinlay, Brambilla & Posner, 1992). Voor mannen is deze leeftijdsgrens er niet, maar voor de uniformiteit over de geslachten heen, namen we dezelfde leeftijdscategorieën.

afgesloten), met de bedoeling om het in deze groep te hebben over zwangerschappen vanuit een ‘lifetime’ perspectief. Deze leeftijdsgrens van 50 jaar is conform andere rapporten over vruchtbaarheid en zwangerschap (Van Bavel & Bastiaenssen, 2007). Respondenten uit deze leeftijdscategorie zijn ook geboren vóór 1960, het jaar waarin het ontstaan van de anticonceptiepil voor een efficiëntere geboortepanning heeft gezorgd. Het volledige hoofdstuk door worden deze drie leeftijdscategorieën aangehouden, tenzij er belangrijke (statistisch significante) verschillen waren binnen de groep 18- tot 50-jarigen. Wanneer dit het geval was, werden de resultaten nogmaals opgesplitst voor de twintigers ($N=358$), dertigers ($N=286$) en veertigers ($N=335$) apart, consistent met de andere hoofdstukken van het boek.

1. Het reproductieve leven van de mensen in Sexpert

Tabel 1 geeft het aantal vrouwen weer dat ooit zelf een zwangerschap heeft meegeemaakt en het aantal vrouwen waarbij dit geresulteerd heeft in de geboorte van een kind.⁶⁴ Daar is te zien dat, van alle vrouwelijke 50-plussers – die dus tot de postreproductieve leeftijdsgroep behoren – 88.4% ooit zelf zwanger was. In diezelfde groep vrouwen heeft 87.7% ooit zelf een kind ter wereld gebracht. Gemiddeld gezien heeft een vrouwelijke respondent uit deze leeftijdsgroep gedurende haar hele leven 2.1 kinderen gebaard. Binnen de groep vrouwen van vruchtbare leeftijd (18 tot 50 jaar) zijn er nog eens verschillen naargelang de leeftijd op het moment van de vragenlijst. Zo stellen we vast dat 27.1% van de twintigers, 79.3% van de dertigers en 85.6% van de veertigers ooit zelf zwanger was en respectievelijk 24.9%, 76.4% en 82.5% van hen ooit zelf een kind heeft gebaard. Zwangerschappen in de categorie 14- tot 17-jarigen zijn zeer zeldzaam: twee meisjes maakten ooit een zwangerschap mee, geen daarvan werd uitgedragen. Huidige tienerzwangerschappen blijken in onze steekproef dus nagenoeg afwezig te zijn. Als gevolg van het lage aantal zwangerschappen in deze leeftijdsgroep, wordt voor alle volgende cijfers over zwangerschap en vruchtbaarheid enkel nog rekening gehouden met de twee overige leeftijdsgroepen.

Tabel 1. Percentage vrouwen dat ervaring heeft met zwangerschap en geboorte, naar leeftijd.

	Zwangerschap (%)*	Geboorte (%)**
<i>N</i>	916	916
Totaal	68.6%	66.7%
Tieners (14-17j.)	3.2%	0.0%
Vruchtbare volwassenen (18-50j.)	61.7%	59.2%
Postreproductieve volwassenen (+50j.)	88.4%	87.8%

* $\chi^2(2)=203.52$; $p<.01$

** $\chi^2(2)=212.29$; $p<.01$

64. Een artefact van onze vragenlijst heeft ons ertoe gebracht om hier enkel de resultaten voor vrouwen weer te geven. Door een filterfout kregen mannen zonder huidige partner de zwangerschapsvragen niet voorgelegd. Hiermee moet enigszins rekening gehouden worden wanneer de verder gepresenteerde resultaten voor mannelijke respondenten worden geïnterpreteerd.

De voorgaande cijfers geven aan dat meer dan één op tien vrouwelijke 50-plussers (geboren vóór 1960), geen eigen kinderen heeft; volgens sommige gegevens een mogelijke indicatie van ongewenste kinderloosheid in deze leeftijdsgroep (HGR, 2010). Ook zijn tienerzwangerschappen hier niet zo frequent, consistent met de lage cijfers uit een recent Vlaams jaarrapport inzake tienerzwangerschappen (zie De Wilde, 2009) en analoog aan de lage cijfers in Nederland (zie Picavet, 2012). Ook ons cijfer over het gemiddeld aantal kinderen per vrouw (zijnde 1.5, berekend op de volledige steekproef) ligt volledig in lijn met het sinds 1985 constante 'vruchtbaarheidscijfer' zoals men dit in bevolkingsrapporten benoemt (Van Bavel & Bastiaensen, 2007). Onze steekproef is dus representatief voor de Vlaamse populatie wat zwangerschap en geboorte betreft.

We bekijken verder wat de gemiddelde leeftijd was waarop onze respondenten voor de eerste keer ouder werden, d.w.z. de leeftijd waarop een zelf meegemaakte zwangerschap voor de eerste keer resulteerde in de geboorte van een kind. Tabel 2 toont zowel de cijfers voor de mannen als voor de vrouwen, in tegenstelling tot de vorige tabel (voor uitleg, zie voetnoot op de vorige pagina). Deze cijfers betreffen 599 eerste geboortes gerapporteerd door de vrouwen en 454 eerste geboortes gerapporteerd door de mannen. Mannen blijken gemiddeld later het ouderschap aan te vangen (op ongeveer 27 jaar) dan vrouwen (op ongeveer 25 jaar). Ook werden de jongere respondenten – zowel de vrouwelijke als de mannelijke – gemiddeld later voor de eerste keer moeder of vader dan de oudere respondenten. Binnen de groep 18- tot 50-jarigen waren er nog leeftijdsverschillen (niet in tabel): de groep twintigers rapporteerde een gemiddeld lagere leeftijd van ongeveer 25 jaar (mannen) en 23 jaar (vrouwen), terwijl de groep dertigers een gemiddelde leeftijd rapporteerde van ongeveer 28 jaar (mannen) en 26 jaar (vrouwen). Dit verschil is hoogstwaarschijnlijk te wijten aan de variabiliteit in het tijdstip waarop deze groepen de vragenlijst hebben ingevuld: slechts een kleine groep van 64 twintigers (18%) maakte ooit al de geboorte van een kind mee, terwijl reeds 197 dertigers (69%) dit ooit al meemaakten. Dit betekent dat een grote groep twintigers nog voor de eerste keer ouder moet worden en diegenen die het al zijn, dit waarschijnlijk op een jongere leeftijd zijn geworden.

Tabel 2. Gemiddelde leeftijd (in jaren) bij geboorte van eerste kind, naar geslacht en leeftijd.

Leeftijd geboorte eerste kind		N	Gemiddelde (SD)
Vrouwen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)**	272	25.6 (4.2)
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)**	327	24.2 (3.9)
	Totaal	599	24.8 (4.1)
Mannen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)***	224	28.5 (4.3)
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)***	230	26.0 (4.9)
	Totaal	454	27.2 (4.8)

* $t(891.8)=8.61; p < .01$

** $t(597)=4.47; p < .01$

*** $t(452)=5.58; p < .01$

Onze cijfers over de leeftijd van ouders bij de geboorte van hun eerste kind zijn in overeenstemming met de Europese trend inzake het uitstel van de start van het eerste ouderschap (Van Bavel & Bastiaenssen, 2007), al lag de gemiddelde leeftijd van een vrouw bij de geboorte van haar eerste kind volgens de populatiecijfers van 2008 op een hogere 27.7 jaar (Kind en Gezin, 2009) en volgens een nog recenter rapport op een nog hogere 28.3 jaar (VZG, 2011).⁶⁵ Zowel de demografische oorzaken van deze evolutie als de gevolgen ervan voor de prevalentie van vruchtbaarheidsproblemen en risicozwangerschappen, worden elders uitgebreid besproken (Van Bavel & De Wachter, 2007).

2. Help, zwanger! Wat met de planning van onze reproductie?

2.1. Onbedoelde zwangerschappen: theoretische en empirische achtergrond

Soms ervaren mensen een zwangerschap als ‘onbedoeld’. Een fout gelopen anti-conceptiegebruik is dan een vaak vermelde oorzaak voor deze ervaring (Bajos et al., 2003). Een onbedoelde zwangerschap meemaken, kan twee dingen betekenen die los van elkaar of samen kunnen voorkomen. Het kan ten eerste betekenen dat iemand de zwangerschap niet had voorbereid, wat inhoudt dat men bijvoorbeeld niet bewust was gestopt met het gebruiken van anticonceptie of men nog niet met de partner over toekomstige kinderen had gesproken. Tegelijkertijd kan het betekenen dat iemand de zwangerschap als negatief beleeft omdat men bijvoorbeeld het gevoel heeft er nog niet klaar voor te zijn, omdat men nog onzeker is over de relatie met de huidige partner of om nog andere redenen. In de literatuur worden deze twee betekenissen als een ongeplande en een ongewenste zwangerschap benoemd, respectievelijk refererend aan de afwezigheid van een bewust gedrag voorafgaand aan een zwangerschap enerzijds en een negatief gevoel die men ervaart bij de zwangerschap anderzijds (Stanford, Hobbs, Jameson, DeWitt & Fischer, 2000). Iemand kan een zwangerschap dan helemaal niet bewust hebben gepland (bv. een vrouw wordt zwanger meteen na de geboorte van haar eerste kind omdat ze dacht dat ze nog niet opnieuw vruchtbaar was), maar deze zwangerschap toch als gewenst ervaren (bv. de vrouw wou ooit toch twee kinderen). Heel wat onderzoek heeft zich dan ook de vraag gesteld naar mogelijke determinanten voor het benoemen van een zwangerschap als ‘ongewenst’; vaak met de conclusie dat het om een palet van idiosyncratisch ingebedde redenen gaat (Bouchard, 2005; Maxson & Miranda, 2011; Schreiber, Whittington, Cen & Maslankowski, 2011).

Uit onderzoek blijkt ook dat de beslissing die men neemt over het verdere verloop van een onbedoelde zwangerschap – ‘kiest’ men voor een abortus, draagt men de

65. Al zijn deze cijfers moeilijk te vergelijken, aangezien wij met het aantal zwangerschappen per leeftijdsgroep werken, terwijl de bevolkingsrapporten over zwangerschappen over een volledig jaar rapporteren, gecontroleerd voor de leeftijd op het moment van de bevraging.

zwangerschap verder uit of gaat men voor adoptie – vooral bepaald wordt door de mate van gewenstheid van de zwangerschap (Fisher, Stanford, Jameson & DeWitt, 1999). Een hele reeks onderzoeken heeft aangetoond dat een zwangerschap die ongewenst is, risico's kan inhouden voor het gemoed en de gezondheid van zowel de toekomstige ouder als de baby zelf (Blake et al., 2007; Gipson, Koenig & Hindin, 2008). Zeker wanneer een ongewenste zwangerschap wordt uitgedragen en er weinig steun komt van de partner, of indien er veel relationele conflicten zijn, kan dit zeer funest zijn voor de latere interactie tussen ouder en kind (Barber, Anxinn & Thornton, 1999; Leathers & Kelley, 2000). Bepaalde onderzoeken hebben echter ook de mogelijke gezondheidsrisico's aangehaald voor de vrouw die beslist om een ongewenste zwangerschap te aborteren (Thorp, Hartmann & Shadigian, 2002). Hoewel recente onderzoeken het tegendeel aantonen, dat er namelijk met uitzondering van vrouwen met bepaalde kwetsbaarheden, geen gevolgen zijn voor het mentale welzijn (Charles, Polis, Sridhara & Blum, 2008; Major et al., 2009), blijven er toch nog heel wat morele en politieke discussies over het abortusthema (Guthrie, 2007; Løkeland, 2004).

In deze mogelijke betekenisverleningen van een onbedoelde zwangerschap is het belangrijk om rekening te houden met het tijdstip waarop en de context waarin mensen deze ervaring beoordelen. Terugblikken op een vroegere zwangerschap kan namelijk beïnvloed worden door wat men heeft meegemaakt in de periode tussen de zwangerschap en het moment van beoordeling (een moeilijk verloop van de zwangerschap, een scheiding van de toenmalige partner, een kind waarmee men een slechte band heeft opgebouwd, ...). Daarbovenop kan het benoemen van een zwangerschap als 'gepland' voor iedereen iets anders betekenen. Iedere maatschappij heeft immers bepaalde waarden en normen rond reproductie, die (soms impliciet) hun invloed uitoefenen op hoe men een zelf meegemaakte zwangerschap beoordeelt (Fisher et al., 1999). Voor een uitgebreide kritiek op de twee vaak beschreven dimensies van een onbedoelde zwangerschap (ongepland en ongewenst), zie Santelli et al. (2003).

De recente cijfers over onbedoelde zwangerschappen in ons buurland Nederland tonen dat dit soort zwangerschappen niet zeldzaam zijn, met 20% ongeplande en 6 tot 11% ongewenste zwangerschappen gedurende het laatste jaar (Bakker et al., 2009). Tussen het jaar 1982 en het jaar 2003 zouden deze percentages echter gedaald zijn (de Graaf & Loozen, 2005). Het recentste Nederlandse rapport geeft zelfs aan dat het aantal vrouwen dat met een ongewenste zwangerschap werd geconfronteerd, nu zo laag ligt dat een analyse naar risicoprofielen van deze groep vrouwen onmogelijk wordt (Picavet, 2012). Een toegenomen, toegankelijker anticonceptiegebruik is een plausibele verklaring voor deze evolutie. De Graaf & Loozen wijzen ook op het stijgend aantal vrouwen dat bij zo'n onbedoelde zwangerschap tot abortus beslist. Diezelfde stijging blijkt ook uit de rapporten van de Nationale Evaluatiecommissie, want die tonen aan dat het aantal geregistreerde abortussen in België ieder jaar gestaag blijft stijgen (SENSOA, 2011). Een deel van deze stijging kan worden verklaard door een betere registratie, maar waarschijnlijk ligt ook een echte

stijging aan de basis van deze cijfers. In lijn met de Graaf & Loozen is een mogelijke verklaring het doorbreken van een aantal taboes rond het thema, bovenop een verhoogde bewuste kinderloosheid. De laatst gerapporteerde abortusratio (13.4 abortussen op 100 zwangerschappen in het jaar 2007) is echter in vergelijking met een aantal andere Europese landen zoals Hongarije of Zweden relatief laag (Wijsen, van Lee & Koolstra, 2007).

Om ook in Vlaanderen over populatiecijfers over de ervaring met onbedoelde zwangerschappen en abortus te kunnen beschikken, werd in de Sexpert-studie aan zowel mannen als aan vrouwen per zwangerschap die ze ooit hadden gemaakt, gevraagd of die volgens hen was ‘gepland’ en ‘gewenst’ en hoe deze zwangerschap is afgelopen. Om rekening te houden met mogelijke dynamieken in de eerder emotionele beleving van een zwangerschap (zie Joyce, Kaestner & Korenman, 2000), werd een onderscheid gemaakt tussen ‘aanvankelijk ongewenst, daarna gewenst’ versus ‘ongewenst’. Van alle respondenten uit onze steekproef ($N=1825$) hebben 1103 onder hen (61.4%) minstens één zwangerschap gerapporteerd, met een gemiddeld aantal zwangerschappen van 2.5. Een totaal van 2231 zwangerschappen, die voorkwamen tussen het jaar 1950 en het jaar 2011, vormen de basis voor de onderstaande cijfers.

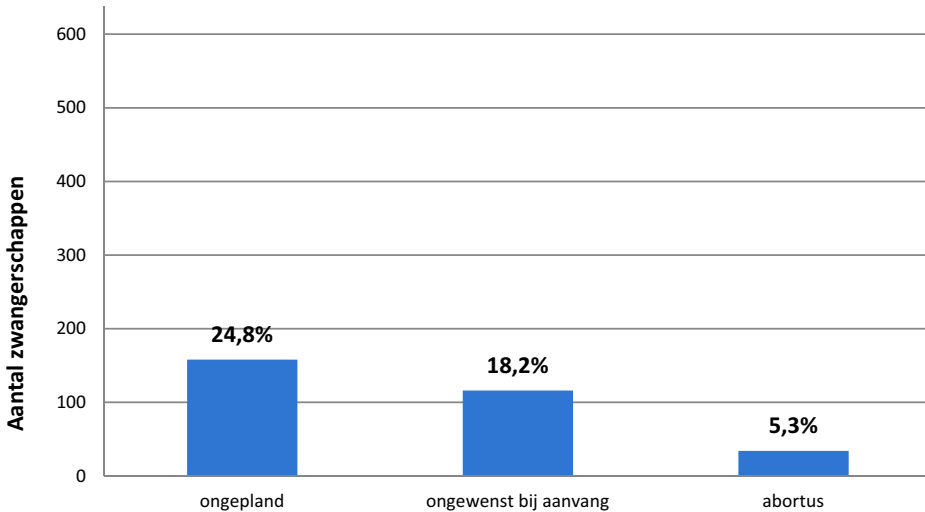
In wat volgt, wordt allereerst een overzicht geboden van de recent meegemaakte zwangerschappen (tussen het jaar 2000 en 2011). Daarna wordt de context van de volledige groep zwangerschappen in rekening gebracht voor de retrospectieve beleving ervan. Als laatste wordt ingegaan op hoe de eigen inschatting van het welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst gerelateerd kan zijn aan het ooit ervaren hebben van een ongewenste zwangerschap.

2.2. De voorbereiding, beleving en afbreking van recente zwangerschappen

2.2.1. Recente zwangerschappen naar planning, wens en abortus

In de onderstaande grafiek (Figuur 1) wordt een overzicht gegeven van de bewuste bedoeling (de planning), de eerder emotionele beleving (de wens) en de bewuste afbreking (abortus) van zwangerschappen die de laatste tien jaar plaatsvonden ($N=637$), zoals gerapporteerd op het moment van het invullen van de vragenlijst. Eén op vier van de recente zwangerschappen wordt als niet gepland beschouwd, terwijl bijna één op vijf wordt beleefd als ongewenst bij het begin van de zwangerschap. Eén op 20 zwangerschappen werd bewust afgebroken (een ratio van 5.3 op 100 zwangerschappen).

De bovenstaande cijfers kunnen worden afgezet tegen de cijfers uit de Franse en Nederlandse studies (Bajos et al., 2003; Bakker et al., 2009). Beide studies bevroegen de beleving van zwangerschappen die men recent had meegemaakt (laatste vijf jaar en laatste jaar respectievelijk).⁶⁶ Aangezien beide studies de cijfers rapporteerden voor mannen en vrouwen apart, geven we de bovenstaande cijfers ook hier per



Figuur 1. Planning, wens en abortus bij zwangerschappen tussen 2000 en 2011 (N=637).

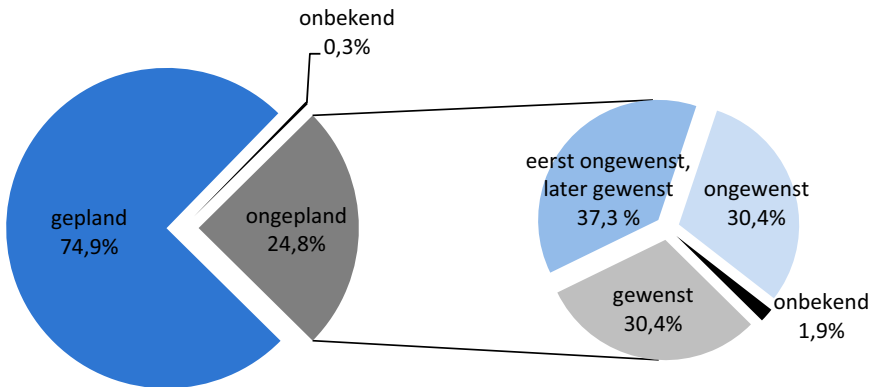
geslacht weer om op die manier de vergelijking te optimaliseren (cf. *infra* voor geslachtsverschillen inzake onbedoelde zwangerschappen). Het door vrouwen gerapporteerde aantal ongeplande zwangerschappen van de laatste tien jaar (niet in figuur), ligt hier op 29.9%. In vergelijking met het Nederlandse cijfer van 18.1% van de zwangerschappen uit 2009 ligt ons cijfer voor de vrouwelijke rapportage dus nogal hoog. Het ligt echter wel meer in de lijn van de 27% zoals gerapporteerd in de Franse studie. Het door de mannen gerapporteerde aantal ongeplande zwangerschappen ligt op een lagere 19%. Dit cijfer is perfect vergelijkbaar met de 19.3% in de Nederlandse studie. Wat het aantal recent ongewenste zwangerschappen betreft, zien we een 21.2% bij de vrouwen en een 14.8% bij de mannen. Deze cijfers liggen eveneens een stuk hoger dan die uit de Nederlandse studie (5.8% en 10.6% respectievelijk), maar het verschil is opnieuw vooral bij de vrouwelijke respondenten merkbaar. De hogere cijfers voor onbedoelde zwangerschappen in onze studie zijn mogelijk te wijten aan maatschappelijke verschillen, aangezien Nederland op het vlak van geboorteregeling zeer goed blijkt te scoren (Picavet, 2012). De Franse cijfers, daarentegen, wijzen opnieuw eerder in dezelfde richting als onze cijfers, met een vergelijkbaar percentage ongewenste zwangerschappen bij de vrouwen (20%).

2.2.2. Zijn ongeplande ook ongewenste zwangerschappen?

Figuur 2 toont de overlap – of beter het gebrek daaraan – in de twee dimensies van een onbedoelde zwangerschap (cf. *supra*). Bijna één derde van de op voorhand ongeplande zwangerschappen (30.4%) wordt retrospectief toch als gewenst beleefd.

66. De Franse studie bevroeg daarbij enkel de 18- tot 44-jarige vrouwen. De Nederlandse studie bevroeg zowel de mannen als de vrouwen tussen 15 en 70 jaar.

Tevens wordt een groot aandeel ongeplande zwangerschappen in het begin als ongewenst beschouwd, maar worden die later (tijdens het verloop van de zwangerschap of daarna) toch als positief beleefd (37.3%); een bevestiging van de mogelijke evolutie in hoe men een zwangerschap beoordeelt (zie Joyce et al., 2000). Deze cijfers wijzen erop dat in meer dan de helft van de situaties de onverwachte zwangerschap bij een terugblik toch als positief beleefd wordt (samen 67.7%). Anderzijds wordt bijna één derde van de ongeplande zwangerschappen retrospectief nog steeds als ongewenst beschouwd (30.4%). Dit is wat we de – voor respondenten althans – ‘potentieel problematische’ groep van zwangerschappen zouden kunnen noemen. Samen met het aandeel aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen betekent dit dat twee op drie (67.7%) van de recent ongeplande zwangerschappen in het begin ook ongewenst is. Verder is ook een zeer klein aantal van de geplande zwangerschappen retrospectief ongewenst (1.7%; niet in figuur), wat erop wijst dat een aantal andere factoren kunnen bijgedragen tot de negatieve beleving van een wél voorbereide, geplande zwangerschap.



Figuur 2. Planning en wens van zwangerschappen tussen 2000 en 2011 (N=637).

De voorgaande cijfers kunnen we opnieuw vergelijken met die uit andere studies. Daaruit stellen we vast dat het totale aandeel ongewenste zwangerschappen ten opzichte de groep ongeplande zwangerschappen, zoals gerapporteerd door de vrouwen (70,9%; niet in figuur) vergelijkbaar is met datzelfde cijfer uit de Franse studie (74,1%⁶⁷). Het is echter opnieuw een stuk hoger dan het cijfer uit de Nederlandse populatiestudie (32%, zie Bakker et al., 2009). Voor de mannelijke rapportage zien we hetzelfde fenomeen, namelijk dat ook daar het aandeel ongewenste ten opzichte van ongeplande zwangerschappen hoger ligt dan bij de Nederlandse studie (77.9% ten opzichte van 54.9%⁶⁸). Concluderend kunnen we stellen dat een ongeplande zwangerschap voor respondenten uit onze steekproef vaker ook een ongewenste

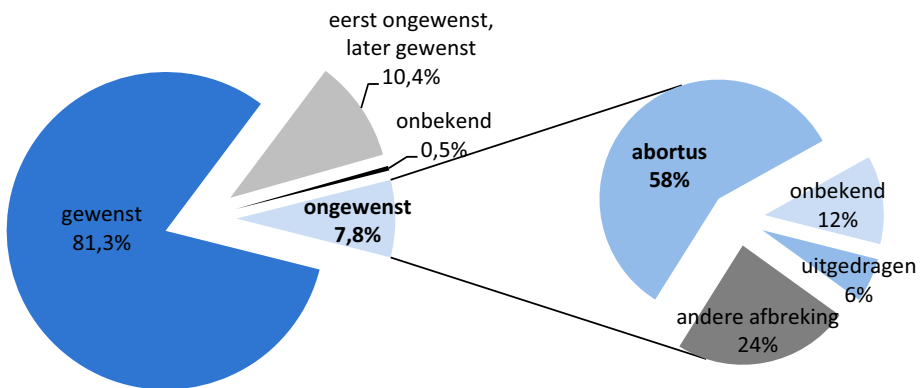
67. Eigen berekening op basis van Bajos et al. (2003).

68. Eigen berekening op basis van Bakker et al. (2009).

zwangerschap betekent dan voor respondenten uit de Nederlandse studie. Methodologische verschillen zoals de binaire bevraging van ‘gewenstheid’ in ‘Seks in Nederland’ moeten hierbij in acht genomen worden.

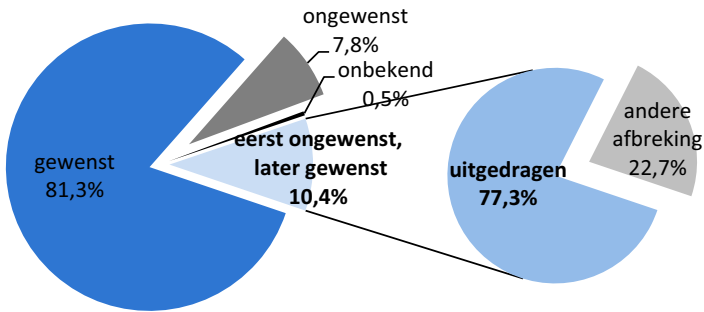
2.2.3. Worden onbedoelde zwangerschappen altijd afgebroken?

In de onderstaande cirkeldiagrammen wordt weergegeven wat de overlap is in de beleving en de afloop van een recente zwangerschap. In Figuur 3 wordt het percentage geaborteerde zwangerschappen weergegeven op de groep retrospectief ongewenste zwangerschappen ($N=50$), terwijl dit in Figuur 4 wordt weergegeven op de groep aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen ($N=66$). Figuur 3 toont dat ongeveer zes op tien retrospectief ongewenste zwangerschappen (58%) werd geaborteerd en een veel kleinere 6% werd uitgedragen. Een aanzienlijk deel (24%) werd op een andere manier afgebroken, zijnde een miskraam of een medisch geïndiceerde afbreking. Bij Figuur 4 doen we een omgekeerde vaststelling: de overgrote meerderheid van de aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen (77.3%) werd uitgedragen en geen enkele werd bewust afgebroken. Hetzelfde beeld zien we bij de ongeplande, maar gewenste zwangerschappen (niet in figuur): ook daar werd de overgrote meerderheid (72.9%) uitgedragen en geen enkele geaborteerd. Wanneer we de onderstaande twee figuren samentellen, komen we tot het volgende percentage recente abortussen in de totale groep van in het begin ongewenste zwangerschappen: 29.1%. Het percentage abortussen op de totale groep van ongeplande zwangerschappen, daarentegen, ligt op 21.7%.



Figuur 3. Afloop van ongewenste zwangerschappen tussen 2000 en 2011 ($N=637$).

De bovenstaande bevindingen zijn consistent met de literatuur die aangeeft dat de beleving van een zwangerschap (de wens) een beslissing tot abortus beter kan voorstellen dan de bewuste overweging (de planning) van deze zwangerschap (Fisher et al., 1999). Men zou deze resultaten echter ook omgekeerd kunnen zien, namelijk dat de uitkomst van een zwangerschap wel eens bepalend zou kunnen zijn voor de



Figuur 4. Afloop van aanvankelijk ongewenste, maar later gewenste zwangerschappen tussen 2000 en 2011 (N=637).

retrospectieve beleving ervan. Wie een ongeplande zwangerschap uitdraagt, zal na geboorte van zijn of haar kind de voordien meegemaakte zwangerschap waarschijnlijk veel moeilijker als ongewenst kunnen benoemen (anders wordt het een 'ongewenst kind') en wie beslist om een ongeplande zwangerschap te laten aborteren, zal deze zwangerschap nadien misschien nog moeilijk als gewenst kunnen aanduiden (dit zou een teken van 'spijt' zijn ten aanzien van de abortus).

Onze hier gerapporteerde cijfers over het afbreken van onbedoelde zwangerschappen (iets meer dan één op vijf van de ongeplande en iets minder dan één op drie van de ongewenste) ligt iets lager dan het cijfer uit de Franse studie (Bajos et al., 2003), waaruit bleek dat 32,4% van de onbedoelde zwangerschappen werd afgebroken. Een andere, Nederlandse studie naar gezinsvorming in 2003 (de Graaf & Loozen, 2005) rapporteerde een min of meer soortgelijk percentage van 39% abortussen op het totale aantal onbedoelde zwangerschappen⁶⁹, wat opnieuw iets hoger is dan het percentage hier. Het concept 'onbedoeld' in deze twee studies was echter wel een combinatie van ongepland en ongewenst, waardoor het percentage abortussen op het aantal ongewenste zwangerschappen in onze data in principe een beter vergelijkingspunt vormt voor de cijfers uit deze studies. In dat opzicht liggen onze abortuscijfers wel degelijk in de lijn van de Franse en Nederlandse cijfers.

Uit al het voorgaande blijkt dat, wanneer iemand een zwangerschap na afloop ervan als ongewenst benoemt, dit vaak een zwangerschap betreft die met een abortus is geëindigd. Bij een minieme minderheid resulteerde zo'n zwangerschap toch in de geboorte van een kind. Ongeplande, maar gewenste zwangerschappen eindigen daarentegen meestal in de geboorte van een kind, de rest resulteert in een spontane of medisch geïndiceerde afbreking. Ook een niet gering aantal ongewenste zwangerschappen eindigt op een andere manier dan via een abortus. Dit betekent dat mensen die met een onbedoelde zwangerschap geconfronteerd worden, niet altijd de

69. Dit cijfer werd niet teruggevonden in het rapport van de Nederlandse populatiestudie (Bakker et al., 2009).

keuze hebben om die al dan niet verder uit te dragen, maar medische complicaties daar anders over kunnen beslissen (cf. *infra* voor een analyse op het aantal spontane en medisch geïndiceerde afbrekingen).

2.3. Onbedoelde zwangerschappen over 60 jaar heen: belang van de context

Het aantal zwangerschappen, meegemaakt over een lange periode van 1950 tot 2011 ($N=2231$), dat als ongepland wordt benoemd, is gelijk aan 25.9%. Het aantal initieel ongewenste zwangerschappen ligt op 14.7% en het aantal zwangerschappen dat bewust werd afgebroken, is gelijk aan 3.7%.

Variabiliteit in deze zwangerschapscijfers zou een indicatie kunnen zijn voor de rol van de context in hoe men een zwangerschap vandaag omschrijft en beleeft. In wat volgt, wordt daarom via een gedetailleerde analyse beschreven hoe de situatie en de maatschappelijke context van een respondent, nu en op het moment van de zwangerschap, van belang zou kunnen zijn bij hoe men een zwangerschap percipieert. Of men een man of een vrouw is, hoe oud men nu is, hoe oud men was op het moment van de zwangerschap, het aantal zwangerschappen dat men voordien al had meegemaakt en het jaartal waarin de zwangerschap viel (en dus hoe lang geleden de zwangerschap)⁷⁰, zijn de kenmerken die werden gerelateerd aan het al dan niet ongepland zijn van een zwangerschap, het al dan niet initieel ongewenst zijn van een ongeplande zwangerschap en het al dan niet geaborteerd hebben van een initieel ongewenste zwangerschap.⁷¹ In iedere analyse werd gecontroleerd voor het opleidingsniveau van de respondent die over de zwangerschap rapporteert, aangezien vorig onderzoek heeft aangetoond dat onbedoelde zwangerschappen en abortus vaker voorkomen bij vrouwen met een lager opleidingsniveau (zie Bakker et al., 2009; Erens et al., 2002; Maxson et al., 2011).

2.3.1. De context van ongeplande zwangerschappen

Tabel 3 (p. 168) leert ons dat zwangerschappen die na de jaren 1970 voorkwamen, minder vaak als ongepland worden beschreven dan zwangerschappen uit de periode daarvoor (42.9% van de zwangerschappen vóór 1970, terwijl 22 tot 24% van de

70. De zwangerschappen werden in drie groepen ingedeeld: zwangerschappen tussen de jaren 1950 en 1969, tussen de jaren 1970 en 1989 (wanneer effectieve anticonceptie (voornamelijk de pil) reeds een tijdje op de markt was) en tussen het jaar 1990 en nu (de tijd sinds de legalisatie van abortus). Op deze manier kon worden nagegaan of de maatschappelijke context van een zwangerschap ertoe doet bij de manier waarop men nu een zwangerschap als ongepland of ongewenst benoemt. Daarbij werd gecontroleerd voor de leeftijd op het moment van de vragenlijst om op die manier mogelijke bias van de context waarin een respondent is opgegroeid, in rekening te brengen.

71. Single level logistische regressies werden hier gebruikt. Omdat zowel stabiele kenmerken van respondenten (bv. geslacht) als kenmerken van zwangerschappen (bv. leeftijd op het moment van de zwangerschap) worden gerelateerd aan het al dan niet bedoeld zijn van een zwangerschap (een zwangerschapskenmerk), kan deze analyse sneller significante verbanden opleveren dan nodig. De gevonden verbanden werden echter ook via een multilevelanalyse (een meer gesofisticeerde techniek om dit soort verbanden te toetsen) bevestigd.

zwangerschappen 20 tot 40 jaar geleden). Zo wordt duidelijk dat zwangerschappen van langer geleden vaker als ongepland worden beschouwd dan meer recente zwangerschappen, ongeacht de leeftijd van de respondent nu. De meest logische verklaring hiervoor is de grotere controle over de reproductie waarover men sinds een aantal decennia in Europa beschikt (zie ook de verklaring voor de veranderende cijfers in Nederland (de Graaf & Loozen, 2005)). Een grotere toegankelijkheid tot, aanvaardbaarheid van en efficiëntie in het gebruik van contraceptie hebben dus iets opgeleverd. Ook meer communicatie tussen partners over toekomstige gezinsuitbreidingen – aangezien langetermijnplanning mogelijk werd – zou bij deze verschillen een rol kunnen spelen. We zien ook dat, hoe meer zwangerschappen een respondent voordien al had meegemaakt, hoe groter de kans dat een zwangerschap als ongepland wordt benoemd. Zo blijkt de tweede zwangerschap het vaakst gepland (80.8%) te zijn, gevolgd door de eerste zwangerschap (75.3%). Vanaf de derde zwangerschap daalt het percentage gepland zijn van zwangerschappen (68.1% voor de derde zwangerschap, 65.2% voor de vierde zwangerschap, ...). Ook zien we dat het al dan niet gepland hebben van een zwangerschap gerelateerd is aan de leeftijd op het moment van de zwangerschap: respondenten die bij het begin van een zwangerschap jonger waren, benoemen die zwangerschap bij het invullen van de vragenlijst over het algemeen vaker als ongepland. Zo is de gemiddelde leeftijd waarop een respondent een ongeplande zwangerschap heeft meegemaakt 26,9 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd van een respondent op het moment van een geplande zwangerschap 28,4 jaar bedraagt. Dit leeftijds-effect is conform vorig onderzoek betreffende de ‘jongere profielen’ van vrouwen die een onbedoelde zwangerschap meemaken⁷² (zie bijvoorbeeld Sedgh et al., 2006). Geslachtsverschillen zijn echter afwezig: mannen rapporteren een zwangerschap ongeveer even vaak als ongepland als vrouwen (22.4% en 28.4% van de zwangerschappen respectievelijk).

2.3.2. *De context van ongewenste zwangerschappen*

Tabel 4 (p. 169) toont de resultaten van de analyses op het al dan niet ongewenst zijn van ongeplande zwangerschappen.⁷³ We zien dat noch de leeftijd op het moment van de zwangerschap, noch het aantal voordien meegemaakte zwangerschappen gerelateerd is aan de gewenstheid van een ongeplande zwangerschap.

72. Naast deze algemene lineaire trend zien we echter ook een kwadratisch (parabolisch) verband: het aandeel ongeplande zwangerschappen bij respondenten die op het moment van hun zwangerschap boven de 40 jaar waren, is nóg groter (43.6%) dan bij de zwangerschappen van toenmalige twintigers (26.9%). Dit geeft aan dat, ondanks de grotere kans op een ongeplande zwangerschap bij een jonger iemand, een zwangerschap die men op latere leeftijd meemaakte, in bijna de helft van de gevallen ook een ongeplande zwangerschap was. Zoals ook vermeld wordt in het rapport van Picavet (2012), is enkel aandacht besteden aan tienerzwangerschappen in het terugdringen van het aantal onbedoelde zwangerschappen dus onvoldoende.

73. Voor deze analyse werd enkel gekeken naar de wens van ongeplande zwangerschappen. Een eerste reden is dat de groep ongewenste, maar geplande zwangerschappen zeer klein is ($N=24$) en ongewenste zwangerschappen dus bijna altijd ongeplande zwangerschappen zijn. Tezelfdertijd kunnen we hiermee nagaan wat de ‘zuivere’ rol van de context is in de retrospectieve wens van zwangerschappen, na uitzuivering van de rol van de context bij de planning van die zwangerschappen.

Tabel 3. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op ongeplandheid van zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten=B) (N=2174).

Ongeplandheid van een zwangerschap ^a	
Individu	
Vrouw	0.04
Man (ref. categorie)	
Leeftijd	-0.00
Zwangerschap	
Leeftijd op moment zwangerschap	-0.08***
Aantal voorgaande zwangerschappen	0.35***
Laatste 20 jaar (1990-2011)	-0.70*
20 tot 40 jaar geleden (1970-1989)	-0.74***
40 tot 60 jaar geleden (1950-1969) (ref. categorie)	

* $p < .05$; *** $p < .001$

a. Vergelijkingscategorie in de logistische regressieanalyse=geplande zwangerschappen.

Blijkbaar is de 'objectieve' levenssituatie van de respondent op het moment van de zwangerschap – inzake zijn of haar leeftijd en zijn of haar aantal voordien meege maakte zwangerschappen – niet gerelateerd aan de retrospectieve beleving van een 'onvoorbereide' zwangerschap. Dit zou erop kunnen wijzen dat het retrospectieve gevoel dat men bij een zwangerschap heeft, individueel zeer afhankelijk is, los van hoe oud men was toen men zwanger was en los van hoe vaak men daarvoor al zwanger was geweest.

Verder zien we nog dat, ondanks het relatief stabiele aantal ongewenste zwangerschappen over de drie groepen van 'zwangerschapsgeneraties' heen (steeds ongeveer één op zes), jongere respondenten een ongeplande zwangerschap wel iets vaker als initieel ongewenst categoriseren, ongeacht hoe lang geleden men deze zwangerschap heeft meegemaakt. Met andere woorden: hoe jonger men nu is, hoe sneller men een ooit meegemaakte ongeplande zwangerschap ook als ongewenst gaat benoemen. Zo zien we dat 62.9% van de ongeplande zwangerschappen door de jongere groep (de 18- tot 50-jarigen) als initieel ongewenst wordt beleefd, terwijl dit het geval is bij 44.7% van de ongeplande zwangerschappen gerapporteerd door de oudere groep (de 50-plussers). Een mogelijk maatschappelijk effect van moeilijker kunnen omgaan met onverwachte gebeurtenissen zoals een ongeplande zwangerschap, is een plausibele verklaring voor dit resultaat. In het licht van de grotere mogelijkheid tot controle over het reproductieve leven dan vroeger (lees: de anticonceptiemogelijkheden), zou de keerzijde wel eens kunnen zijn dat een zwangerschap die uiteindelijk toch niet is 'voorbereid', bij jongere mensen in het begin vaker als negatief wordt beleefd (Ketting, 2000). Een andere mogelijke verklaring is dat er in de huidige generatie, door de grotere keuze- en planningsmogelijkheden, ook meer toegelaten ruimte is om iets te benoemen als zijnde niet gewild en negatief. Men heeft (of had) namelijk meer mogelijkheden om met het ongewenste gebeuren iets te doen (zie de mogelijkheid tot abortus die in 1990 legaal werd). Naast maatschappelijke verkla-

ringen is ook het verschil in perspectief van waaruit men een zwangerschap bekijkt, een plausibele verklaring: de jongere respondenten bevinden zich gemiddeld gezien nog midden in hun fase van mogelijke gezinsplanning. Oudere respondenten, daarentegen, kunnen eerder terugblikken op een soort afgesloten hoofdstuk, met een grotere mogelijkheid tot vergelijking ten aanzien van andere (negatieve) levensgebeurtenissen, andere zwangerschappen en ten aanzien van het ‘beëindigde vruchtbare leven’. Misschien worden ongeplande zwangerschappen in deze groep daarom net minder vaak als ongewenst aangezien. Een laatste verklaring betreft de verschillende fases van gezinsontwikkeling waarin respondenten van verschillende leeftijden zich bevinden (of bevonden) op het moment van de ongeplande zwangerschap. Mensen zijn langer beginnen studeren, zodat het ouderschap dan ook bewust langer werd uitgesteld (zie Van Bavel & De Wachter, 2007). Een ongeplande zwangerschap op 20 jaar zou dan voor een huidige 40-jarige betekend kunnen hebben dat men midden in een fase zat waar zwangerschap nog helemaal niet aan de orde was. Dit maatschappelijke fenomeen zou met zich mee kunnen brengen dat een onvoorbereide zwangerschap voor die groep jongere respondenten een negatievere betekenis heeft of had dan voor bijvoorbeeld een huidige 70-jarige die op diezelfde 20-jarige leeftijd ongepland zwanger was.

Tabel 4. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op ongewenstheid van ongeplande zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten=B) (N=554).

	Initiële ongewenstheid van een ongeplande zwangerschap ^a
Individu	
Vrouw	0.11
Man (ref. categorie)	
Leeftijd	-0.03*
Zwangerschap	
Leeftijd op moment zwangerschap	-0.01
Aantal voorgaande zwangerschappen	0.10
Laatste 20 jaar (1990-2011)	-0.31
20 tot 40 jaar geleden (1970-1989)	-0.25
40 tot 60 jaar geleden (1950-1969) (ref. categorie)	

* $p < .05$

a. Vergelijkingscategorie in de logistische regressieanalyse=gewenste zwangerschappen.

2.3.3. De context van het aborteren van ongewenste zwangerschappen

De laatste analyses focusten op het al dan niet geaborteerd hebben van een zwangerschap die als initieel ongewenst wordt beschouwd. De onderstaande tabel (Tabel 5) geeft de resultaten weer. Het jaar waarin een zwangerschap voorkomt, is gerelateerd aan het al dan niet bewust afgebroken hebben van een initieel ongewenste zwangerschap: 6.7% ($N=4$) van de initieel ongewenste zwangerschappen tussen het jaar 1950 en 1969 werd bewust afgebroken, terwijl 26.7% ($N=28$) van de ongewenste

zwangerschappen tussen het jaar 1970 en 1989 en 30.3% ($N=51$) van de ongewenste zwangerschappen de laatste 20 jaar werden geaborteerd. Dit resultaat ligt in lijn met het stijgend aantal abortussen dat men in de Vlaamse abortuscentra vaststelt (SENSOA, 2011). De meest logische verklaring hiervoor is de grotere toegankelijkheid enerzijds en de grotere aanvaardbaarheid van abortus anderzijds. Opmerkelijk in deze resultaten is het percentage ongewenste zwangerschappen dat werd geaborteerd in de jaren 1970-1989, aangezien abortus in België toen nog niet gelegaliseerd was. Recent onderzoek toont echter aan dat het creëren van een wettelijke context voor abortus op zich geen stijging in het aantal geaborteerde zwangerschappen hoeft te betekenen; eerder is het zo dat de abortusratio lager is in landen met een meer 'liberale' attitude ten aanzien van abortus (Levels et al., 2010; Sedgh, Singh, Henshaw & Bankole, 2012). Abortus blijkt dus al veel vroeger dan sinds de legalisatie een uitweg te zijn geweest voor een ongewenste zwangerschap.

Naast dit generationele verschil zien we ook opnieuw dat noch leeftijd op het moment van de zwangerschap, noch het aantal voorgaande zwangerschappen op een duidelijke manier verband houdt met het al dan niet geaborteerd hebben van een ongewenste zwangerschap. Ondanks de academische zoektocht naar de 'profielen' van vrouwen op het moment dat ze een abortus ondergaan (zie bijvoorbeeld Carroll, 2011), zien we hier dus geen rechtlijnig verband tussen het afbreken van een zwangerschap en de 'objectieve' levenssituatie van een respondent op het moment van zijn of haar zwangerschap. Dit echter nadat we rekening hebben gehouden met hoe die situationele factoren ook meespelen in de ongeplandheid of ongewenstheid van die zwangerschappen die worden geaborteerd. Dit zou kunnen betekenen dat het onderzoek naar risico's op een onbedoelde zwangerschap van groter belang is dan het onderzoek naar risico's op een abortus (zie ook Picavet, 2012).

Tabel 5. Resultaten van de binomiale logistische regressieanalyse naar context van zwangerschappen op bewuste afbreking van initieel ongewenste zwangerschappen, na controle voor opleidingsniveau (coëfficiënten= B) ($N=304$).

	Afbreken van een initieel ongewenste zwangerschap ^a
Individu	
Vrouw	-0.51
Man (ref. categorie)	
Leeftijd	-0.02
Zwangerschap	
Leeftijd op moment zwangerschap	-0.04
Aantal voorgaande zwangerschappen	0.03
Laatste 20 jaar (1990-2011)	1.37
20 tot 40 jaar geleden (1970-1989)	1.59*
40 tot 60 jaar geleden (1950-1969) (ref. categorie)	

* $p < .05$

a. Vergelijkingscategorie in de logistische regressieanalyse=niet geaborteerde ongewenste zwangerschappen.

2.4. Onbedoelde zwangerschappen en gezondheidscorrelaten

Na de voorgaande beschrijving van het aantal onbedoelde zwangerschappen en hun context, wordt ook gekeken naar hoe de afloop of uitkomst van ongewenste zwangerschappen kan samengaan met het individuele en seksuele welzijn van de respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst. Individueel welzijn werd in de Sexpert-studie gemeten aan de hand van de SF-12 (12 items, waarbij men kan aangeven hoe men zich fysiek en mentaal voelt, voornamelijk over de periode van de laatste vier weken (Gandek et al., 1998)). Een inschatting van het seksuele welzijn omvatte de scores op twee items die werden voorgelegd aan respondenten die ooit seks hadden. Het eerste item bevatte de vraag naar de tevredenheid met het seksuele leven, het tweede item betrof het belang dat men hecht aan seks. Aan de respondenten die de laatste zes maanden geen seks hadden, werd het eerste item voorgelegd in de vorm ‘hoe tevreden bent u met het feit dat u de laatste zes maanden geen seks hebt gehad?’

Vier groepen van volwassen respondenten die ooit minimaal één zwangerschap meemaakten, werden met elkaar vergeleken: de grote groep die nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt ($N=835$), de groep die ooit al een uitgedragen, initieel ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt ($N=156$), de groep die ooit al een ongewenste zwangerschap heeft geaborteerd ($N=48$) en de groep die ooit zowel een ongewenste zwangerschap heeft geaborteerd als er één heeft uitgedragen ($N=25$).⁷⁴

2.4.1. *Onbedoelde zwangerschappen en inschatting van het fysieke en mentale welzijn*

In de onderstaande tabel (Tabel 6) kunnen we lezen hoe de ervaring van een ongewenste zwangerschap gerelateerd is aan een lagere inschatting van het individuele welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst. Enkel diegenen die ooit een ongewenste zwangerschap hebben uitgedragen, rapporteren echter een lager gevoel van mentaal welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst. De groep respondenten die ooit een ongewenste zwangerschap liet aborteren, voelt zich niet slechter dan de groep respondenten die nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt. Opvallend is de groep respondenten die meer dan één keer een ongewenste zwangerschap meemaakte en één daarvan ooit liet aborteren en een andere ooit heeft uitgedragen: zij voelen zich op het moment van het interview zowel fysiek als mentaal veel minder goed dan de groep respondenten die nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt.

74. Er worden geen aparte analyses voor mannen en vrouwen weergegeven, aangezien de gevonden verbanden onafhankelijk bleken te zijn van het geslacht van de respondent. Dit is mogelijk in tegenstelling tot het Nederlandse rapport (Bakker et al., 2009), waar bleek dat vrouwen vaker last hadden van de negatieve gevolgen van een abortus dan mannen. Wij spreken hier echter niet in termen van gevolgen, maar enkel in termen van verbanden, waardoor deze vergelijking genuanceerd moet worden.

Tabel 6. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen fysiek (PCS) en mentaal welzijn (MCS) en de ervaring met ongewenste zwangerschappen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau en geslacht ($N=1009$).

	Gemiddelde	SD	B	F
Fysiek welzijn (PCS)				F(3,999)=5.27 ***
Ooit ongewenst geaborteerd	17.00	2.80	-0.18	
Ooit ongewenst uitgedragen	16.11	3.01	-0.25	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	14.58	3.61	-2.21 ***	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	16.76	2.85		
Mentaal welzijn (MCS)				F(3,999)=5.09 **
Ooit ongewenst geaborteerd	22.21	3.45	-0.09	
Ooit ongewenst uitgedragen	21.32	3.69	-0.72 *	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	20.08	3.87	-2.25 ***	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	22.22	3.34		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Concluderend kunnen we stellen dat ooit de ervaring gehad hebben dat een initieel ongewenste zwangerschap heeft geresulteerd in de geboorte van een (vaak gewenst) kind, gerelateerd is aan het zich mentaal slechter voelen op dit moment. Dit is conform de beschreven verbanden in de literatuur (Leathers & Kelley, 2000). Poneren dat er een verband bestaat tussen abortus en mentale problemen is volgens onze resultaten en consistent met de resultaten van andere studies (Charles et al., 2008; Major et al., 2009) geen correcte stelling. Integendeel, mensen die zich mentaal iets slechter voelen, hebben vaker ooit al eens een ongewenste zwangerschap uitgedragen. Bij mensen die meer dan één keer een ongewenste zwangerschap meemaakten en in deze twee situaties een andere beslissing namen, is er mogelijk sprake van een soort mentale tegenstrijdigheid, aangezien zij het laagste fysieke en mentale welzijn rapporteren.

2.4.2. Onbedoelde zwangerschappen en inschatting van het seksuele welzijn

In Tabel 7 wordt weergegeven welke verbanden er zijn met het seksuele welzijn van de respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst. We zien dat het seksuele welzijn van zowel diegenen die ooit een uitgedragen ongewenste zwangerschap hebben ervaren als diegenen die ooit een ongewenste zwangerschap hebben geaborteerd, niet verschilt van diegenen die nog nooit een ongewenste zwangerschap meemaakten. Er is echter wel opnieuw een verschil voor die kleine groep mensen die minstens één keer geconfronteerd werd met een uitgedragen ongewenste zwangerschap en minstens één keer met een ongewenste zwangerschap die men heeft geaborteerd: zij zijn minder tevreden over hun seksuele leven. Voor het belang dat men hecht aan seks, is er geen verschil tussen de vier groepen van respondenten.

In tegenstelling tot studies die verbanden vonden tussen abortus en seksualiteit na de abortus (zie de bevinding dat vrouwen die een abortus meemaakten, positievere

Tabel 7. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen seksueel welzijn (tevredenheid met seks en belang van seks) en de ervaring met ongewenste zwangerschappen bij volwassenen, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau en geslacht (coëfficiënten=B) (N=803).

	Gemiddelde	SD	B	F
Tevredenheid met seks				F(3,987)=6.35 ***
Ooit ongewenst geaborteerd	3.96	0.92	0.32	
Ooit ongewenst uitgedragen	3.43	1.21	.01	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	2.67	1.40	-0.88 ***	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	3.53	1.13		
Belang van seks				F(3,987)=1.48
Ooit ongewenst geaborteerd	3.90	0.97	0.20	
Ooit ongewenst uitgedragen	3.64	1.11	0.15	
Ooit ongewenst uitgedragen én ongewenst geaborteerd	3.79	1.14	0.16	
<i>Nooit ongewenst (ref. categorie)</i>	3.60	1.05		

*** $p < .001$

attitudes hadden ten aanzien van seks in het onderzoek van Coleman, Rue, Spence & Coyle (2008)), vinden we hier met betrekking tot seksueel welzijn dus geen verschillen tussen de drie grote groepen.⁷⁵ Waarschijnlijk kampt de kleine groep van respondenten die reeds meer dan één keer een ongewenste zwangerschap meemaakte en hierbij een andere beslissing nam, echter wel met multiple negatieve ervaringen inzake seksualiteit, reproductie en algemeen welzijn.

3. Miskraam en subfertiliteit... Hoe vaak blijkt een zwangerschap niet zo evident te zijn?

Een tweede mogelijke negatieve ervaring met zwangerschap is de volgende: soms zijn mensen niet in de mogelijkheid om zwanger te worden (sub- of infertiliteit) of zwanger te blijven (spontane of medische afbrekingen). In de literatuur bestaat dan discussie over hoe infertiliteit of subfertiliteit gedefinieerd zou moeten worden, afhankelijk vanuit welke hoek het fenomeen bekeken wordt. Demografisch betekent het 'kinderloos' zijn op vruchtbare leeftijd, terwijl het epidemiologisch en klinisch betekent 'gedurende een bepaalde tijd proberen om zonder succes, zwanger te worden' (Gurunath, Pandian, Anderson & Bhattacharya, 2011), met het vaak gebruikte criterium van ongeveer één jaar regelmatige geslachtsgemeenschap (HGR, 2010). De demografische definitie is vanwege heel wat maatschappelijke factoren (anticonceptiegebruik, bewuste kinderloosheid, geassisteerde reproductie) problematisch voor een goede inschatting van de infertiliteitsproblematiek (HGR, 2010). In de Sexpert-studie bevroegen we daarom mensen rechtstreeks over hun ervaring met

75. Voor verbanden tussen vroege seksuele ervaringen (in termen van seksueel gedrag) en de ervaring met onbedoelde zwangerschappen, zie hoofdstuk 2.

vruchtbaarheidsproblemen (zonder hiervoor een definitie te geven), in lijn met de klinische definitie.

De recente review van Boivin et al. (2007) geeft aan dat de lifetime infertiliteitscijfers in de westerse landen tussen de 6.6 en de 26.4% liggen, met een gemiddelde van ongeveer 9% over alle landen heen. Uit dezelfde review blijkt dat slechts de helft van de mensen hulp gaat zoeken voor hun problemen en dat slechts één op vier een vruchtbaarheidsbehandeling opstart. Volgens cijfers van de Belgische infertiliteitscentra echter, zou een stijgend aantal mensen de laatste jaren de stap naar een medisch begeleide voortplanting zoals In Vitro Fertilisatie (IVF) of donorinseminatie (KID) zetten, aangezien het aantal behandelde cyclussen gestegen is van 10.000 in 2002 naar 19.000 in 2009 (BELRAP, 2011). Een lagere drempel (ook financieel) en een uitbreiding van indicatiestellingen zouden mogelijke verklaringen kunnen zijn (HGR, 2010). Ook de demografische evolutie inzake het uitstel van het eerste ouderschap zou voor een stijging in het aantal vruchtbaarheidsproblemen op zich kunnen hebben gezorgd (VZG, 2011). We stellen ons in dit stuk dan ook de vraag of de jongere respondenten in onze steekproef vaker een behandeling hebben opgestart bij aanwezigheid van een subfertiliteitsprobleem dan de oudere respondenten in onze steekproef en of vruchtbaarheidsproblemen op zich meer voorkomen dan in de vorige generatie?

Naast cijfers over moeilijkheden om zwanger te worden, beschikken we in de Sexpert-studie ook over cijfers over zwangerschappen die in een miskraam eindigden of die om medische redenen (bv. een ernstige handicap) werden afgebroken. Over spontane zwangerschapsafbrekingen – waarvan geweten is dat het gerelateerd is aan infertiliteit en gezondheidsrisico's (Maconochie, Doyle, Prior & Simmons, 2007) – zijn weinig tot geen Vlaamse cijfers bekend. Vaak wordt in deze prevalentiecijfers een onderscheid gemaakt tussen spontane miskramen, die optreden vóór de eerste 16 weken van de zwangerschap, en vroeggeboortes, die na deze termijn optreden (Flikweert, Wieringa-de Waard, Meijer, De Jonge & Van Balen, 2004). De cijfers uit de Britse studie van Everett (1997) geven aan dat het aantal miskramen geschat zou kunnen worden op 12 op 100 zwangerschappen.

We weten uit onderzoek dat het ervaren van problemen om zwanger te worden of een zwangerschap uit te dragen, vaak een stressvol gegeven is op zowel het individuele niveau van de patiënt als op het niveau van de partnerrelatie, ook seksueel (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004; Oddens, den Tonkelaar & Nieuwenhuyse, 1999). Mannen blijken te verschillen van vrouwen in hoe ze dit stresserende gegeven een plaats kunnen geven (Glover, McLellan & Weaver, 2009; Hart, 2002). Verschillende factoren, zoals de aanwezigheid van steun, het mentaal en fysiek sterk staan vóór het optreden van de vruchtbaarheidsproblemen, financiële mogelijkheden, het verlopen van de tijd, ... spelen een rol bij de mate waarin een miskraam of een vruchtbaarheidsprobleem negatieve langetermijneffecten resorteert (Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011; Rowlands & Lee, 2010). Mogelijk zijn er echter ook positieve effecten, zoals een hogere tevredenheid over de part-

nerrelatie (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). We vragen ons daarom in dit stuk af hoe het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen gerelateerd zou kunnen zijn aan het individuele en seksuele welzijn van de respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst.

De cijfers over miskramen en medische afbrekingen zijn gebaseerd op de vraag over de afloop van iedere zwangerschap die een respondent ooit heeft meegemaakt. De cijfers over vruchtbaarheidsproblemen worden uitgesplitst naar de twee leeftijdsgroepen die voordien werden gebruikt: de 18- tot 50-jarigen ($N=979$) versus de +50-jarigen ($N=711$) (cf. *supra*).

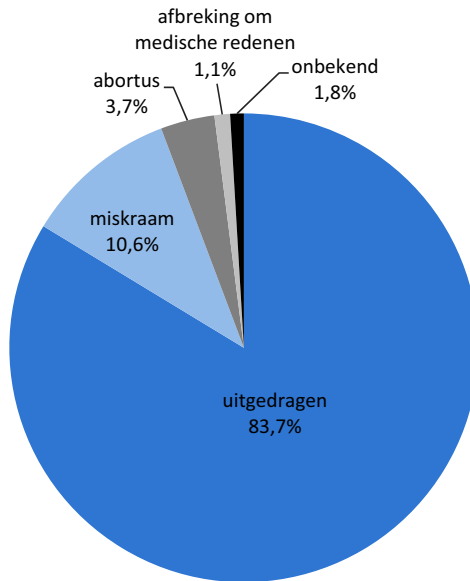
3.1. Spontaan en om medische redenen afgebroken zwangerschappen

In de onderstaande cirkeldiagram (Figuur 5) staat het aantal zwangerschappen afgebeeld dat spontaan of om medische redenen werd afgebroken, berekend op de volledige groep zwangerschappen ($N=2231$). Een aanzienlijk deel van de zwangerschappen eindigde in een miskraam (10.6%)⁷⁶ en een kleinere 1.1% van de zwangerschappen werd afgebroken vanwege een medische indicatie. Het gerapporteerde percentage miskramen hier ligt in de lijn van het cijfer van 12% uit de oudere studie van Everett (1997). Van de 236 spontaan afgebroken zwangerschappen vond de meerderheid (67.4%) plaats in de eerste 16 weken van de zwangerschap. De kans om na die 16 weken een spontane afbreking van een zwangerschap mee te maken, blijkt dus een stuk kleiner te zijn.

3.2. Ervaring met vruchtbaarheidsproblemen

In de onderstaande tabel (Tabel 8, p. 177) is het percentage respondenten terug te vinden dat ooit een vruchtbaarheidsprobleem ervaren heeft. Zo blijkt 3.1% van de mannelijke 50-plussers ooit een diagnose van subfertiliteit (bij zichzelf of bij zijn partner) gekregen te hebben, terwijl hetzelfde geldt voor 5.4% van de vrouwelijke 50-plussers. Daarbovenop heeft een kleinere 1.7% van de mannelijke 50-plussers reeds ooit wel een probleem ervaren, maar in de afwezigheid van een objectieve diagnose. Dit laatste was het geval bij 7.2% van de vrouwelijke 50-plussers. Wanneer we de twee voorgaande cijfers optellen, heeft ongeveer één op twintig mannelijke 50-plussers (4.8%) ooit een probleem met vruchtbaarheid gehad, terwijl veel meer vrouwelijke 50-plussers dit ooit meegemaakt hebben (13.1% of één op acht vrouwen). Bij de interpretatie van deze resultaten moet echter rekening gehouden worden met de subjectiviteit van die ervaring (voor verdere uitleg, cf. *infra*).

76. Uiteraard waren er verschillen in dit percentage naargelang de leeftijd van de respondent op het moment van de zwangerschap: hoe ouder, hoe groter de kans dat een zwangerschap in een miskraam eindigde. Dit fenomeen is uiteraard niet nieuw (zie de La Rochebrochard & Thonneau, 2002).



Figuur 5. Afloop van zwangerschappen: miskraam en afbreking om medische redenen (N=2231).

De jongere groep vrouwen van vruchtbare leeftijd verschilt niet van de groep 50-plussers inzake de ervaring met subfertiliteit: ongeveer evenveel onder hen rapporteren ooit problemen (met of zonder diagnose) te hebben ervaren.⁷⁷ Bij de mannen valt echter iets op: in de jongere groep geeft een hoger percentage aan ooit een diagnose van subfertiliteit te hebben gekregen, terwijl er in de groep 50-plussers meer mannen zitten die ooit een probleem hebben ervaren, maar hiervoor (nog) geen diagnose kregen. Later in dit stuk geven we een mogelijke verklaring voor dit verschil.

De eerste conclusie uit deze cijfers is dat vrouwelijke respondenten vaker dan mannelijke ooit al een vruchtbaarheidsprobleem hebben ervaren. Aangezien echter uit de Belgische cijfers van de infertiliteitscentra bekend is dat de oorzaak van vruchtbaarheidsproblemen minstens even vaak of zelfs nog vaker bij de man dan bij de vrouw ligt (BELRAP, 2011), beschouwen we dit verschil als een verschil in kennis van mogelijke problemen. Een vrouw is namelijk inherent lichamelijk bij mogelijke zwangerschappen betrokken, waardoor zij sneller en op andere manieren dan een man te weten kan komen of ze problemen heeft met haar vruchtbaarheid. Een vrouw heeft namelijk haar maandelijkse menstruele cyclus en brengt meestal jaarlijks een bezoek aan de gynaecoloog. Een man, daarentegen, kan strikt genomen

77. Hier moet uiteraard rekening gehouden worden met het feit dat mensen uit deze groep nog niet aan het einde van hun vruchtbare periode zijn en ze deze vruchtbaarheidsproblemen dus alsnog in de toekomst zouden kunnen ervaren. Er waren echter binnen de groep 18- tot 50-jarigen geen belangrijke verschillen meer tussen de twintigers, dertigers en veertigers.

Tabel 8. Percentage respondentent dat ooit ervaring had met vruchtbaarheidsproblemen naar geslacht en leeftijd (N=1691).

		Vruchtbaarheidsproblemen		
		Nee/Weet ik niet %	Ja, maar (nog) geen diagnose %	Ja, en een diagnose %
	N		854	
Vrouwen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)**	87.9%	7.5%	4.6%
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)**	86.9%	6.7%	6.4%
	Totaal	87.4%	7.2%	5.4%
	N		837	
Mannen*	Vruchtbare volwassenen (18-50j.)***	95.2%	0.8%	4.0%
	Postreproductieve volwassenen (+50j.)***	95.2%	3.0%	1.8%
	Totaal	95.2%	1.7%	3.1%

* $\chi^2(2)=36.60$; $p<.01$ ** $\chi^2(2)=1.55$; $p=.46$ *** $\chi^2(2)=8.84$; $p<.01$

enkel te weten komen dat hij een probleem heeft met vruchtbaarheid, wanneer hij in een relatie zit en met zijn partner een kinderwens heeft. Een andere verklaring betreft het moment waarop iemand een aanwezig probleem ook als een 'echt' probleem beschouwt. We zien bijvoorbeeld dat de groep die voor de aanwezige problemen ooit een diagnose heeft gehad, bij de mannen gemiddeld gezien groter is dan de groep die ooit wel een probleem heeft ervaren, maar hiervoor nog nooit een diagnose heeft gekregen. Misschien rapporteren mannen dan ook enkel een vruchtbaarheidsprobleem wanneer ze hiervoor ooit bij een hulpverlener zijn geweest die een diagnose voor het probleem heeft gesteld (cf. *infra* voor de cijfers over het zoeken naar hulp).

Wanneer het hier gerapporteerde cijfer van ongeveer één op acht vrouwen dat ooit een probleem heeft ervaren (om en bij de 12-13%) vergeleken wordt met de brede range van internationale cijfers uit de recente review (Boivin et al., 2007), stellen we vast dat de Vlaamse vrouwen gemiddeld scoren wat het aantal ervaringen met sub- of infertiliteit betreft.

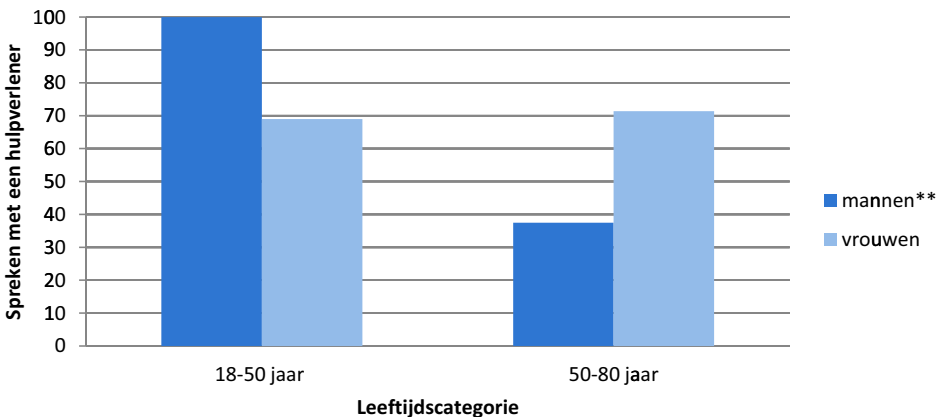
Ten tweede stellen we vast dat mannen en vrouwen die momenteel nog in de vruchtbare leeftijd zijn, tot nog toe ongeveer evenveel vruchtbaarheidsproblemen ervaren hebben als de oudere respondenten. We veronderstellen dat het aantal mensen dat met vruchtbaarheidsproblemen geconfronteerd wordt, niet meteen veel groter is in de huidige dan in de vorige generatie vruchtbare volwassenen, ondanks de latere startleeftijd van het reproductieve leven (cf. *supra*). Respondenten uit de jongere leeftijdsgroep zouden echter uiteraard later nog problemen kunnen rapporte-

ren. Bij de mannelijke respondenten zien we wel een generatieverschil wat het ooit gekregen hebben van een diagnose voor de aanwezige vruchtbaarheidsproblemen betreft. Mogelijk wijst dit op een maatschappelijk effect inzake het zoeken naar hulp bij de jongere generatie mannen (cf. *supra*).

3.3. De hulpverleningscascade bij vruchtbaarheidsproblemen

3.3.1. Zoeken naar hulp bij vruchtbaarheidsproblemen

Om te weten te komen in hoeverre mannen en vrouwen de stap zetten richting hulpverlening bij de confrontatie met een vruchtbaarheidsprobleem – 41 mannen en 109 vrouwen hebben dit ooit meegemaakt – wordt gekeken naar het percentage onder hen dat ooit met een arts (huisarts, gynaecoloog, ...) of een andere hulpverlener (psycholoog, seksuoloog, ...) contact had om het over hun zorgen te hebben. In Figuur 6 is te zien dat bijna drie op vier vrouwen die ooit een probleem heeft ervaren, hiermee (eventueel samen met haar partner) richting hulpverlening is gestapt. Daarbij blijkt een generatieverschil afwezig (69% in de jongere groep; 71.4% in de 50-plussersgroep). Dit betekent dat de oudere vrouwen in onze steekproef in het verleden even vaak iemand hebben geraadpleegd om over hun zorgen rond hun vruchtbaarheidsproblemen te spreken als de jongere vrouwen die momenteel nog in hun vruchtbare leeftijd zijn. Voor mannen is er echter wel een duidelijk generatietooneel zichtbaar: 37.5% van de 50-plussers stapte met hun zorgen rond een vruchtbaarheidsprobleem ooit naar een hulpverlener, terwijl dit voor de huidige generatie 100% van de mannen betreft. De jongere mannen in onze steekproef stappen dus sneller richting hulpverlening bij confrontatie met deze problemen dan de oudere mannen.



* Geslacht: $\chi^2(1)=.05$; $p=.82$; ** Leeftijd bij vrouwen: $\chi^2(1)=0.08$; $p=.78$; ** Leeftijd bij mannen: $\chi^2(1)=20.00$; $p<.001$

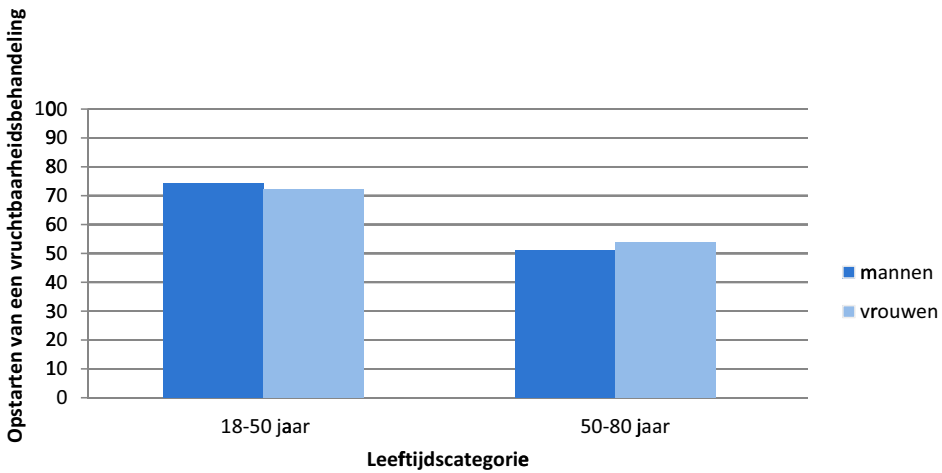
Figuur 6. Percentage respondenten dat met een hulpverlener over de ervaren vruchtbaarheidsproblemen sprak, naar geslacht en leeftijd (N=150).

De voorgaande cijfers geven de verklaring voor het hierboven beschreven generatieverschil met betrekking tot diagnostiek bij jongere mannen. Aangezien zij (samen hun partner) vaker een beroep deden op een hulpverlener wanneer ze moeite hadden om iemand zwanger te maken, krijgt een hoger percentage onder hen ook effectief een diagnose. Deze resultaten zouden kunnen wijzen op een verlaagde drempel in het zoeken naar hulp voor deze problemen, mogelijk gerelateerd aan een soort taboe om hierover te spreken bij de oudere respondenten in onze steekproef. Ook hier zou de verklaring echter gezocht kunnen worden bij de huidige maatschappij, waarin zoveel gepland kan worden. Wanneer een zwangerschap niet meteen tot stand komt, wordt misschien sneller dan vroeger tot ‘actie’ overgegaan. Consistent met de vaststelling van andere auteurs, is het mogelijk dat koppels uit de huidige generatie veel sneller hulp zoeken vanuit de norm ‘je moet iets doen met je problemen’ (zie bijvoorbeeld het onderzoek van de Kok & Widdicombe (2008) naar de maatschappelijke druk op koppels om hulp te zoeken voor onvruchtbaarheid). Opmerkelijk is echter dat ongeveer één op vier vrouwen, ook uit de jongere leeftijdsgroep, (nog) geen hulp zocht voor de vruchtbaarheidsproblemen die ze ooit heeft meegemaakt. Dit is dus waarschijnlijk ook de groep vrouwen die tot op vandaag niet te weten is gekomen waarom ze ooit problemen hadden om zwanger te worden.

3.3.2. *Van diagnose naar behandeling*

Of mensen dan een behandeling zijn opgestart wanneer ze door hun arts of hulpverlener een diagnose van subfertiliteit kregen, wordt weergegeven in Figuur 7. De percentages zijn berekend op de 26 mannen en 48 vrouwen die ooit voor zichzelf of voor hun partner een diagnose kregen. In de figuur is te zien dat tussen de zes en zeven op de tien respondenten de stap richting een behandeling heeft gezet na de objectieve vaststelling van een vruchtbaarheidsprobleem. Ondanks het feit dat de percentages hoger liggen voor de jongere groep van vruchtbare volwassenen dan voor de oudere groep respondenten (73.7% en 72.7% ten opzichte van ongeveer 50% en 54.2% mannen en vrouwen respectievelijk), consistent met de recente stijgingen die we in de Belgische infertiliteitscentra waarnemen (BELRAP, 2011), is het verschil statistisch toch niet voldoende groot.⁷⁸

78. Deze percentages zijn echter op kleine aantallen berekend ($N < 50$), wat de afwezigheid van een statistisch significant verband kan verklaren. Zie ook ‘Achtergrond van de studie’, paragraaf 5.3, p. 35. We kozen er hier voor om het percentage respondenten dat voor een behandeling koos, toch te rapporteren, ondanks de kleine aantallen waarop deze percentages berekend zijn. Dit omdat deze percentages belangrijke informatie verschaffen over de cascade richting hulpverlening bij vruchtbaarheidsproblemen.



*Geslacht: $\chi^2(1)=0.41$; $p=.52$; **Leeftijd bij vrouwen: $\chi^2(1)=1.70$; $p=.19$; ***Leeftijd bij mannen $\chi^2(1)=1.18$; $p=.28$

Figuur 7. Percentage respondenten dat een vruchtbaarheidsbehandeling opstartte na een diagnose van subfertiliteit, naar geslacht en leeftijd (N=74).

De voorgaande cijfers geven aan dat bij de helft van de 50-plussers die ooit een diagnose van subfertiliteit kreeg, nooit een vruchtbaarheidsbehandeling is opgestart. Aangezien deze respondenten nu hun vruchtbare leeftijd voorbij zijn, resulteerde dit voor een deel onder hen waarschijnlijk in ongewenste kinderloosheid. De meest plausibele verklaring voor dit cijfer is uiteraard de veel lagere toegankelijkheid (misschien zelfs onbestaande) en aanvaardbaarheid van een behandeling een tijd terug (HGR, 2010).

Ter conclusie: de meerderheid van de jongere respondenten in onze steekproef vindt zijn weg richting verdere hulpverlening wel wanneer ze geconfronteerd worden met een probleem om zwanger te raken. Anderzijds blijft er een kleinere groep vrouwelijke respondenten over die (nog) niet met een hulpverlener over dit probleem sprak en een kleinere groep mannen en vrouwen die (nog) geen behandeling opstartten na gehoord te hebben wat hun specifieke probleem inhield. Deze resultaten zijn positiever dan de cijfers gerapporteerd in de recente review van 2007, waaruit bleek dat bijna één op twee mensen die ooit een infertiliteitsprobleem had, hiervoor nooit hulp zocht en dat drie op vier van deze mensen nooit een behandeling heeft opgestart (Boivin et al., 2007).

3.4. Vruchtbaarheidsproblemen en gezondheidscorrelaten

3.4.1. *Vruchtbaarheidsproblemen en inschatting van het fysieke en mentale welzijn*

Om te weten te komen of het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen mogelijk gerelateerd is aan een lager gevoel van welzijn op het moment van het invullen van de vragenlijst, werden twee analyses uitgevoerd, analoog aan die voor het ooit meegemaakt hebben van onbedoelde zwangerschappen en abortus.⁷⁹ Daartoe werden drie groepen van volwassen respondenten met elkaar vergeleken: de groep die nooit vruchtbaarheidsproblemen heeft ervaren ($N=1543$), de groep die ooit problemen heeft ervaren, maar daar voor zichzelf of zijn/haar partner (nog) geen diagnose voor kreeg ($N=75$) en de groep die ooit een diagnose van subfertiliteit kreeg ($N=72$). In Tabel 9 worden de resultaten weergegeven. Ooit een miskraam meegemaakt hebben, blijkt daarbij niet samen te hangen met het mentale of fysieke welzijn van volwassen respondenten op het moment van het invullen van de vragenlijst (niet in tabel). Het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen is echter wel gerelateerd aan de inschatting van het individuele welzijn van de laatste vier weken. Zo voelen diegenen die ooit vruchtbaarheidsproblemen ervaren hebben, zich op het moment van het invullen van de vragenlijst, mentaal en fysiek minder goed in vergelijking met diegenen die deze problemen nooit hebben ervaren. Opvallend is dat de groep respondenten die ooit wel problemen heeft ervaren, maar daar nog geen diagnose voor kreeg, zich het slechtst blijkt te voelen.

De voorgaande resultaten wijzen erop dat zich op dit moment mentaal en fysiek minder goed voelen, kan samenhangen met het reproductieve leven dat iemand tot dan toe heeft gehad. Vorig onderzoek heeft mentale stressgerelateerde klachten van infertiliteit reeds meermaals aangetoond. Zie bijvoorbeeld de subjectieve lagere kwaliteit van leven bij vrouwen die hulp aan het zoeken zijn voor hun infertiliteit in het onderzoek van Monga et al. (2004) of het hogere aantal negatieve emoties bij die vrouwen in het onderzoek van Oddens et al. (1999). Ook de verbanden met fysieke gezondheid werden in vorig onderzoek reeds beschreven (zie bijvoorbeeld Anderson, Nisenblat & Norman, 2010), met vaak een onduidelijkheid naar de oorzaak-gevolgrelatie van deze verbanden. Dat wie voor de aanwezige problemen (nog) nooit een diagnose kreeg, zich nu het slechtst voelt, is verrassend en is mogelijk een gevolg van de afwezigheid van controle over de problemen.

79. Daarbij werden het ooit ervaren van een miskraam en het ooit ervaren van vruchtbaarheidsproblemen in één analyse samengebracht, om hiervoor te kunnen controleren, aangezien er een significante correlatie was tussen de ervaring met een miskraam en de ervaring met vruchtbaarheidsproblemen ($\chi^2(2)=8.22; p<.05$). Er werd ook hier nagegaan of er belangrijke verschillen waren tussen mannen en vrouwen op het vlak van de verbanden met fysiek, mentaal en seksueel welzijn. Dit bleek, in tegenstelling tot vorig onderzoek (zie bijvoorbeeld Monga et al., 2004) niet zo te zijn. Vandaar dat de analyses niet werden uitgesplitst naar geslacht. Ook werd opnieuw gecontroleerd voor leeftijd, opleiding en het reeds uitgedragen hebben van een zwangerschap.

Tabel 9. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen fysiek (PCS) en mentaal welzijn (MCS) en vruchtbaarheidsproblemen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en ervaring met geboorte van eigen kinderen en miskraam ($N=1512$).

	Gemiddelde	SD	B	F
Fysiek welzijn (PCS)				F(2,1501)=7.93***
Ooit diagnose subfertiliteit	15.94	3.55	-0.80*	
Ooit problemen zonder diagnose	15.49	3.88	-1.12***	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	16.81	2.76		
Mentaal welzijn (MCS)				F(2,1501)=5.00**
Ooit diagnose subfertiliteit	20.99	3.56	-0.88*	
Ooit problemen zonder diagnose	20.74	4.20	-0.99**	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	22.04	3.23		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

3.4.2. Vruchtbaarheidsproblemen en inschatting van het seksuele welzijn

Wat verbanden met seksuele welzijnsmaten betreft, zien we in Tabel 10 dat de respondenten die ooit vruchtbaarheidsproblemen hadden, maar hier geen diagnose voor kregen, minder belang aan seks hechten dan de respondenten die nog nooit met deze problemen geconfronteerd zijn geweest. Dit is niet het geval voor de respondenten die voor hun vruchtbaarheidsproblemen ooit een diagnose kregen.

Tabel 10. Resultaten van de lineaire regressieanalyses naar verbanden tussen seksueel welzijn (tevredenheid met seks en belang van seks) en vruchtbaarheidsproblemen bij volwassen respondenten, gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau, geslacht en ervaring met geboorte van eigen kinderen en miskraam ($N=1155$).

	Gemiddelde	SD	B	F
Tevredenheid met seks				F(2,1456)=0.58
Ooit diagnose subfertiliteit	3.60	1.13	0.12	
Ooit problemen zonder diagnose	3.59	1.18	0.09	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	3.52	1.15		
Belang van seks				F(2,1456)=3.53*
Ooit diagnose subfertiliteit	3.74	1.00	0.14	
Ooit problemen zonder diagnose	3.27	1.32	-0.30 *	
Geen ervaring met subfertiliteit (ref. categorie)	3.84	0.98		

* $p < .05$

In tegenstelling tot vorig onderzoek (zie bijvoorbeeld Monga et al., 2004) zien we hier geen lagere tevredenheid met het seksuele leven bij respondenten die ooit vruchtbaarheidsproblemen ervaren hebben. Hoe belangrijk men seks vindt, blijkt echter wel verband te houden met deze ervaring. Een mogelijke, zeer tentatieve hypothese ter verklaring van dit resultaat is dat de groep respondenten die ooit pro-

blemen had om zwanger te worden of iemand zwanger te maken, maar nooit de oorzaak hiervan heeft gekend, seks vanwege de (blijvende) aanwezige problemen ‘devalueert’. Verder onderzoek is nodig om dit verband verder uit te diepen, maar consistent met vorig onderzoek zien we dus dat de beleving van seksualiteit en de ervaring met reproductiviteit op de één of andere manier gerelateerd kan zijn. Een reviewartikel over deze verbanden poneert dat de richting van de verbanden vaak éénduidig moet worden geïnterpreteerd: een seksueel probleem als oorzaak van infertiliteit is weinig plausibel; de verbanden liggen eerder omgekeerd (Wischmann, 2010). Dit zou betekenen dat aandacht nodig is voor de groep mannen en vrouwen die moeilijkheden ervaart bij het tot stand brengen van een zwangerschap, maar hiervoor geen hulp zoekt en dus ook niet te weten komt wat de oorzaak van de aanwezige problemen is. Zij zouden hun seksuele activiteiten namelijk op lange termijn minder belangrijk kunnen gaan vinden.

4. Besluit reproductief welzijn

Wat vertellen de voorgaande cijfers ons nu over het reproductieve welzijn van de respondenten die aan de Sexpert-studie deelnamen? Wat het onbedoeld zijn van zwangerschappen betreft, zijn er vier grote conclusies.

Ten eerste wordt één op vier van de recente zwangerschappen (2000-2011) als ongepland benoemd en worden er dus drie op vier als wel gepland beschouwd. Eén op zes van die zwangerschappen wordt beschouwd als ongewenst bij het begin van de zwangerschap. Deze cijfers waren te verwachten op basis van de cijfers uit een Franse studie (Bajos et al., 2003). De vergelijking met de Nederlandse populatiestudie (Bakker et al., 2009) leerde ons dat ongeplande zwangerschappen en het aandeel daarvan dat ook ongewenst is, vooral door de vrouwen in onze studie vaker gerapporteerd worden dan in de Nederlandse studie. Het is onduidelijk of maatschappelijke verschillen (worden zwangerschappen bij Nederlandse vrouwen meer bewust voorbereid?) dan wel methodologische verschillen (bijvoorbeeld het specifieke jaartal van de zwangerschappen in de Nederlandse studie, de aanwezigheid van een binaire bevraging van ‘wens tot zwangerschap’, ...) deze discrepanties zouden kunnen verklaren. De twee vormen van een ‘onbedoelde zwangerschap’ blijken in de Sexpert-studie, zoals verwacht, geen volledige overlap te vertonen (Stanford et al., 2000). Enerzijds hoeft een ongeplande zwangerschap helemaal niet te betekenen dat die ook als ongewenst wordt beleefd. Anderzijds blijkt een duidelijke groep van de ongeplande zwangerschappen ook een aantal jaren later nog steeds als ongewenst te worden benoemd. De ongeplande zwangerschappen uit de eerste groep – deze die toch meteen gewenst waren (30.4%) – worden door respondenten blijkbaar niet als ‘problematisch’ beschouwd, ook al waren ze niet voorbereid. De tweede groep ongeplande zwangerschappen zouden we wel problematisch kunnen noemen en is de groep waar preventie zich op zou moeten focussen. Daarnaast is er nog een grote groep ongeplande zwangerschappen waarbij respondenten een proces hebben doorlopen van ‘ik wil deze onvoorbereide zwangerschap niet’ richting ‘deze onvoorbereide

zwangerschap was uiteindelijk toch gewenst'. Dit is een bevestiging van de mogelijke evoluties in de beleving van een onvoorbereide zwangerschap (zie Joyce et al., 2000). Toekomstig (kwalitatief) onderzoek zou zich op deze laatste groep kunnen richten om te achterhalen welke mechanismen voor deze veranderingen in beleving verantwoordelijk zijn. Resultaten van dit soort onderzoek zouden ons iets kunnen leren over de preventie van ongewenste – en dus niet enkel ongeplande – zwangerschappen. Verder blijkt zoals verwacht (zie Fisher et al., 1999) de beslissing om een zwangerschap bewust af te breken, minder verband te houden met het al dan niet goed voorbereid hebben van de zwangerschap *an sich*, maar veel meer met het al dan niet gewenste gevoel bij de zwangerschap.

Ten tweede geven de resultaten aan dat zwanger worden en de kijk daarop nogal verschilt naar gelang van de maatschappelijke context waarin een zwangerschap plaatsvindt én van waaruit men die beoordeelt. Zo worden zwangerschappen van de laatste 40 jaar zoals verwacht (zie de Graaf & Loozen, 2005) veel vaker als gepland beschouwd dan zwangerschappen van daarvoor. Hoogstwaarschijnlijk heeft de verspreiding en aanvaarding van efficiënte anticonceptie, waardoor men de mogelijkheid kreeg om zwangerschappen beter te plannen, hier een groot aandeel in. Ook meer communicatie over deze stap binnen gezinnen en binnen koppels zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. Verder blijkt dat het nadien ongewenst beschouwen van een ongeplande zwangerschap, weinig te maken heeft met hoe oud men was op het moment van de zwangerschap of hoe vaak men daarvoor al zwanger was geweest en waarschijnlijk dus een zeer individuele beleving is, afhankelijk van veel andere factoren. Het al dan niet gepland zijn van een zwangerschap hangt daar echter wel mee samen: gemiddeld gezien betekent op jongere leeftijd een zwangerschap meemaken vaker dat de zwangerschap niet was gepland. Ook blijkt een tweede zwangerschap het vaakst te zijn gepland.

Een derde opvallende conclusie is dat, ondanks de bevinding dat ongewenste zwangerschappen van alle tijden blijken te zijn (met een relatieve constante van één op zes), jongere mensen een ongeplande zwangerschap iets vaker als ongewenst beschouwen dan oudere mensen. Verscheidene verklaringen zijn hiervoor te vinden. Eén daarvan is het effect van de vele mogelijkheden tot planning en de keuze die men nu heeft, waardoor men soms minder goed kan omgaan met iets wat niet loopt zoals gepland of men minder barrières ervaart om een zwangerschap te benoemen als iets wat men niet wil. Ook een verschil in perspectief van waaruit men een zwangerschap beoordeelt (op het einde van het vruchtbare leven versus er middenin) of een verschil in de levensfasen van verschillende generaties (een uitstel van het ouderschap door studies) kunnen mogelijke verklaringen zijn. Verder werd vastgesteld dat ongewenste zwangerschappen de laatste 40 jaar, zoals verwacht (zie de Graaf & Loozen, 2005), vaker werden geaborteerd dan in de jaren daarvoor. Een maatschappelijke evolutie richting een grotere aanvaardbaarheid én toegankelijkheid van abortushulpverlening is hier een mogelijke verklaring.

Een vierde conclusie is dat wie ooit een ongewenste zwangerschap heeft geaborteerd, zich niet meteen slechter voelt dan wie nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt. Deze bevinding is soortgelijk aan de resultaten uit de reviewstudies van Charles et al. (2008) en Major et al. (2009). Dit verschil op het vlak van mentaal welzijn is er echter wel voor wie aangeeft dat minimaal één zwangerschap die resulteerde in de geboorte van een kind, in het begin ongewenst was. Het verschil was er ook (en was zelfs nog groter) voor respondenten die aangeven dat ze in een identieke situatie (een ongewenste zwangerschap) twee keer een andere beslissing hebben genomen: één keer een abortus en één keer uitgedragen. Hypotheses over verbanden tussen de ervaring met abortus en het belang van seks (zie bijvoorbeeld Coleman et al., 2008), werden hier niet bevestigd.

Met betrekking tot problemen om zwanger te worden of zwanger te blijven, was de eerste conclusie in dit hoofdstuk dat, conform de Britse follow-upstudie van zwangerschappen (Everett, 1997), een aanzienlijk aantal zwangerschappen vooral tijdens de eerste maanden in een miskraam eindigt. Dit wijst op het belang van onderzoek naar en een goede begeleiding van het verloop van zwangerschappen. Opvallend was dat ook een niet aanzienlijk deel van de recente zwangerschappen die als onbedoeld (ongepland of ongewenst) worden benoemd, in een miskraam of een medisch geïndiceerde afbreking eindigden. Aandacht voor deze uitkomst van onbedoelde zwangerschappen lijkt nodig.

Ten tweede merkten we op dat vrouwen veel vaker dan mannen rapporteren ooit een probleem te hebben gehad met vruchtbaarheid. Aangezien bestaande literatuur eigenlijk geen geslachtsverschillen aantoonde, zouden we dit kunnen beschouwen als een verschil in kennis: vrouwen weten vaker dat er een probleem is door de grotere lichamelijke betrokkenheid bij een zwangerschap (bijvoorbeeld het jaarlijkse gynaecologisch onderzoek). Een andere verklaring zou kunnen zijn dat mannen dezelfde moeilijkheid om tot een zwangerschap te komen, minder snel als een probleem rapporteren dan dit bij vrouwen het geval is. Opvallend was namelijk dat een probleem er voor mannen vaak alleen maar is wanneer er een diagnose gesteld werd (weinig mannen rapporteren ooit een probleem te hebben gehad zonder diagnose). Opvallend is de verschuiving in de stap richting hulpverlening: jongere mannelijke respondenten gingen vaker met een hulpverlener over de vruchtbaarheidsproblemen spreken dan de oudere mannelijke respondenten. Dit zou een indicatie kunnen zijn van een verdwijning van het onderwerp uit de taboesfeer. Het zou echter ook kunnen wijzen op een eerder beschreven effect van de huidige maatschappelijke context (zie van Bavel & De Wachter, 2007): men wacht nu langer om aan kinderen te beginnen. Wanneer dit dan niet meteen lukt, zou het wel eens kunnen dat men sneller hulp gaat zoeken. Opmerkelijk is echter de bevinding dat helemaal niet iedereen die zich had laten testen en een diagnose van subfertiliteit kreeg, hiervoor een behandeling heeft opgestart, ook niet in de jongere leeftijdsgroep. Ook de bevinding dat een kleinere groep vrouwen met hun vruchtbaarheidsprobleem nooit naar een hulpverlener is gestapt – waarschijnlijk resulterend in onwetendheid over de oorzaak van dit probleem – is opmerkelijk. De meerderheid van de mannen en vrouwen

vindt tegenwoordig echter wel zijn of haar weg naar de hulpverlening. Het hier verkregen beeld van de hulpverleningscascade is positiever dan dit uit de internationale reviewstudie van Boivin et al. (2007).

Tot slot blijkt dat er – conform de onderzoeken naar de aanwezigheid van mentale stressklachten en een ongezondere levensstijl bij personen met zwangerschapsproblemen (zie Monga et al. (2004), Oddens et al. (1999) en Anderson et al., 2010) – een samenhang bestaat tussen het ooit ervaren hebben van vruchtbaarheidsproblemen en de subjectieve inschatting van het mentale en fysieke welzijn. Volwassenen die ooit moeite hadden met zwanger worden of iemand zwanger te maken, voelen zich op het moment van de vragenlijst minder goed dan diegenen die deze problemen nooit hadden. Opvallend was dat de groep die voor deze problemen nooit een diagnose gekregen heeft, zich het slechtst voelt. Dit zou kunnen betekenen dat iemand zich beter voelt wanneer een hulpverlener op een oorzakelijke factor voor de zwangerschapsproblemen kan wijzen. Een mogelijke hypothese is dat dit te maken heeft met een vorm van controle over de problemen: het probleem wordt ‘gemedicaliseerd’ (biologische problemen worden aangeduid), een vruchtbaarheidsbehandeling wordt mogelijk... We moeten echter rekening houden met de onmogelijkheid om hier oorzaak-gevolgrelaties te onderscheiden. Alvast zijn deze resultaten een indicatie dat de reproductieve geschiedenis van mensen gerelateerd is aan hoe men op dit moment zijn of haar mentale en fysieke welzijn inschat.

Ook opvallend was dat het nooit gekregen hebben van een diagnose gerelateerd is aan het hechten van minder belang aan seks. Een hypothese is dat deze groep van respondenten seks ‘devalueert’ door de (vroegere of huidige) problemen om tot een zwangerschap te komen. Dat dit verband afwezig is voor de groep die ooit wel een diagnose van subfertiliteit kreeg, kan opnieuw te maken hebben met de mogelijkheden die een diagnose met zich meebrengt. Aandacht voor deze ‘onwetende’ groep van personen met vruchtbaarheidsproblemen, is nodig.

Onze resultaten samengevat

- Een ongeplande zwangerschap is in de meerderheid van de gevallen in het begin ook een ongewenste zwangerschap. Diezelfde beleving verandert echter vaak nog op een later moment in het leven, afhankelijk van de uitkomst van die zwangerschap (uitdragen of niet).
- Een zwangerschap die ongepland is, komt gemiddeld vaker voor op jongere leeftijd en bij wie voordien reeds meerdere zwangerschappen heeft meegemaakt.
- Ongeplande zwangerschappen zijn over de jaren heen minder frequent geworden. Het aantal ongewenste zwangerschappen is echter gelijk gebleven.
- Wie jonger is, stelt een ongeplande zwangerschap iets vaker gelijk met een ongewenste zwangerschap. Een ongewenste zwangerschap wordt vaker afgebroken door middel van een abortus.

- Wie ooit een initieel ongewenste zwangerschap uitgedragen heeft, voelt zich op dit moment mentaal iets slechter. Dit is niet het geval voor wie ooit een ongewenste zwangerschap geaborteerd heeft.
- De kans dat een zwangerschap in een spontaan miskraam eindigt, is zeer hoog (één op de tien zwangerschappen). Dit gebeurt meestal vroeg in de zwangerschap. De kans dat een zwangerschap om medische redenen moet worden afgebroken, is heel wat minder hoog.
- Vrouwen rapporteren het vaakst ooit problemen te hebben gehad om tot een zwangerschap te komen. Een probleem is voor mannen vaak maar aanwezig wanneer er ook een diagnose werd gesteld.
- Mannen stapten over de jaren heen vaker (mee) naar een hulpverlener bij een mogelijk vruchtbaarheidsprobleem. De meeste mannen en vrouwen vinden tegenwoordig hun weg naar de hulpverlening.
- Wie ooit een vruchtbaarheidsprobleem ervaren heeft, voelt zich op dit moment zowel fysiek als mentaal iets slechter. Wie hiervoor (nog) nooit een diagnose kreeg, voelt zich het slechtst. Deze onwetende groep hecht ook minder belang aan seks dan gemiddeld.

Referenties

- Anderson, K., Nisenblat, V. & Norman, R. (2010). Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – a review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50, 8-20.
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: Éditions La Découverte.
- Bajos, N., Leridon, H., Goulard, H., Oustry, P. & Job-Spira, N. (2003). Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*, 18(5), 994-999.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijjer, H. & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Barber, J.S., Anxinn, W.G. & Thornton, A. (1999). Unwanted Childbearing, Health and Mother-Child relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3), 231-257.
- BELRAP (2011). *Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy – Belgium 2009* (pp. 133) [Online Publicatie], [geraadpleegd op 28/03/2012], beschikbaar op: http://www.belrap.be/Documents/Reports/Global/Report_IVF09_16NOV11.pdf.
- Blake, S.M., Kiely, M., Gard, C.C., El-Mohandes, A.A., El-Khorazaty, M.N. & Initiative, N.-D. (2007). Pregnancy intentions and happiness among pregnant black women at high risk for adverse infant health outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(4), 194-205.

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A. & Nygren, K.G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Bouchard, G. (2005). Adult Couples Facing a Planned or an Unplanned Pregnancy: Two Realities. *Journal of Family Issues*, 26(5), 619-637.
- Carroll, P. (2011). Legally Induced Abortion: The Demographic Profile and Hazards to the Health of Women. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 5(1), 1-10.
- Coleman, P.K., Rue, V.M., Spence, M. & Coyle, C.T. (2008). Abortion and the sexual lives of men and women: Is casual sexual behavior more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 77-91.
- Charles, V.E., Polis, C.B., Sridhara, S.K. & Blum, R.W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436-450.
- de Graaf, A. & Loozen, S. (2005). Ongeplande zwangerschappen [Online Publicatie]. *Bevolkingstrends*, 4e kwartaal 2005. Centraal Bureau voor de Statistiek, [geraadpleegd op 15/12/2011], beschikbaar op <http://www.voetafdruk.eu/onzevoetafdruk/discussienota/literatuur/degraafenloozen-2005.pdf>.
- de Kok, B.C. & Widdicombe, S. (2008). 'I really tried': management of normative issues in accounts of responses to infertility. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1083-1093.
- de La Rochebrochard, E. & Thonneau, P. (2002). Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Human Reproduction*, 17(6), 1649-1656.
- De Wilde, M. (2009). *Onderzoeksrapport: Socio-demografische kenmerken Tienerouders in Vlaanderen* [Online Publicatie]. Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid, [geraadpleegd op 27/06/2012], beschikbaar op <http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/sites/default/files/2009-09-21-tienermoeders.pdf>.
- Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3335-3346.
- Erens, B., Field, J., McManus, S. & Prescott, A. (2002). *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II. Topic Report Four: Abortion, miscarriage and stillbirth*. National Centre for Social Research.
- Everett, C. (1997). Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *British Medical Journal*, 315, 32-34.
- Fisher, R.C., Stanford, J.B., Jameson, P. & DeWitt, M.J. (1999). Exploring the Concepts of Intended, Planned, and Wanted Pregnancy. *The Journal of Family Practice*, 48(2), 117-122.
- Flikweert, S., Wieringa-de Waard, M., Meijer, L.J., De Jonge, A. & Van Balen, J.A.M. (2004). NHG-Standaard Miskraam. *Huisarts en Wetenschap*, 47(3), 147-155.
- Font-Ribera, L., Pérez, G., Salvador, J. & Borrell, C. (2007). Socioeconomic Inequalities in Unintended Pregnancy and Abortion Decision. *Journal of Urban Health*, 85(1), 125-135.

- 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.
- Gipson, J.D., Koenig, M.A. & Hindin, M.J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child and parental health: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, 39(1), 18-38.
- Glover, L., McLellan, A. & Weaver, S.M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401-418.
- Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R.A. & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility – a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575-588.
- Guthrie, C. (2007). *Carhart, Constitutional Rights and the psychology of regret*. Vanderbilt Public Law Research Paper No. 07-33, [geraadpleegd op 15/05/2012], beschikbaar op http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1031235.
- Hart, V.A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 31-41.
- HGR (2010). *Fertiliteit: Demografie en epidemiologie van de vruchtbaarheid in België en de nood aan medisch begeleide voortplanting* [Online Publicatie]. Brussel: Hoge Gezondheidsraad, [geraadpleegd op 28/03/2012], beschikbaar op http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19065508_nl.pdf.
- Johnson, A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., Wellings, K., ... & Field, J. (2001). *British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II ('NATSAL 2000')*. London: National Centre for Social Research.
- Joyce, T., Kaestner, R. & Korenman, S. (2000). The Stability of Pregnancy Intentions and Pregnancy-Related Maternal Behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 171-178.
- Ketting, E. (2000). De invloed van orale anticonceptie op de maatschappij. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 144(6), 283-286.
- Kind en Gezin (2009). *Het Kind in Vlaanderen 2009* [Online Publicatie]. Kind en Gezin, [geraadpleegd op 16/06/2012], beschikbaar op <http://www.kindengezin.be/img/kind-in-vlaanderen-2009.pdf>.
- Leathers, S.J. & Kelley, M.A. (2000). Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 523-531.
- Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., Sluiter, R. & Ultee, W. (2010). Unintended Pregnancy and Induced Abortion in the Netherlands 1954-2002. *European Sociological Review*, 28(3), 301-318.
- Løkeland, M. (2004). Abortion: The Legal Right Has Been Won, But Not the Moral Right. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 167-173.
- Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S. & Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage-results from a UK-population-based case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(2), 170-186.

- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F. & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890.
- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M. & Costa, M.E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113-2121.
- Maxson, P. & Miranda, M.L. (2011). Pregnancy intention, demographic differences, and psychosocial health. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 20(8), 1215-1223.
- McKinlay, S.M., Brambilla, D.J. & Posner, J.G. (1992). The normal menopause transition. *Maturitas*, 14, 103-115.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M. & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Adult Urology*, 63, 126-130.
- Oddens, B.J., den Tonkelaar, I. & Nieuwenhuysse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255-261.
- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en Anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121-128.
- Rowlands, I. & Lee, C. (2010). Adjustment after miscarriage: Predicting positive mental health trajectories among young Australian women. *Psychology, Health & Medicine*, 15(1), 34-49.
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B.C., Curtis, K., Cabral, R., ... & Schieve, L. (2003). The measurement and meaning of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94-101.
- Schreiber, C.A., Whittington, S., Cen, L. & Maslankowski, L. (2011). Good intentions: risk factors for unintended pregnancies in the US cohort of a microbicide trial. *Contraception*, 83(1), 74-81.
- Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S.K. & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide. *The Lancet*, 379(9816), 625-632.
- Sedgh, G., Bankole, A., Oye-Adeniran, B., Adewole, I.F., Singh, S. & Hussain, R. (2006). Unwanted pregnancy and Associated Factors Among Nigerian Women. *International Family Planning Perspectives*, 32(4), 175-184.
- SENSOA (2011). *Feiten & Cijfers: Abortus in België* [Online Publicatie]. Nationale Evaluatiecommissie, geraadpleegd op [09/12/2011], beschikbaar op http://www.sensoa.be/sites/default/files/feitenencijfersabortus2011_0.pdf.
- Stanford, J.B., Hobbs, R., Jameson, P., DeWitt, M.J. & Fischer, R.C. (2000). Defining Dimensions of Pregnancy Intendedness. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 183-189.
- Thorp, J.M., Hartmann, K.E. & Shadigian, E. (2002). Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: Review of the Evidence. *Obstetrics and gynaecology*, 58(1), 67-79.

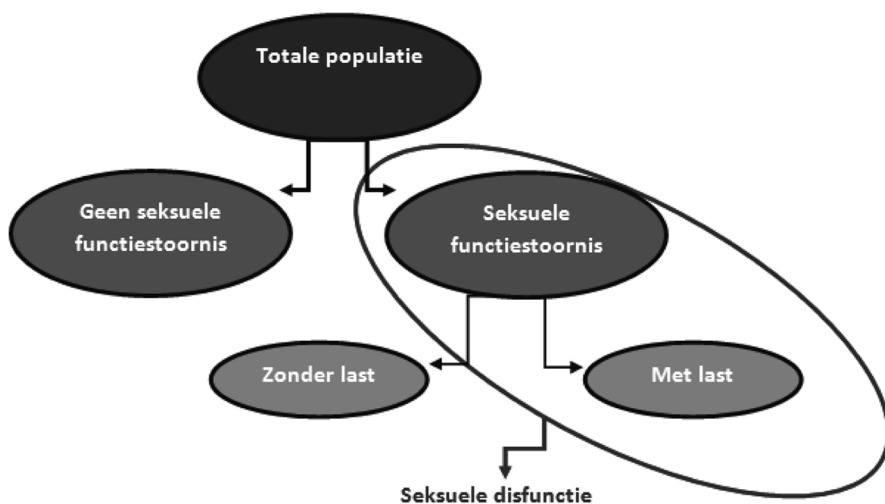
- Van Bavel, J. & Bastiaenssen, V. (2007). *De recente evolutie van de vruchtbaarheid in het Vlaamse Gewest: update 2006*. Interface Demography (eds.): Vrije Universiteit Brussel.
- Van Bavel, J. & De Wachter, D. (2007). *Uitstel van ouderschap in het Vlaamse Gewest, 2002-2006*. Interface Demography (eds.): Vrije Universiteit Brussel.
- VZG (2011). *Belangrijkste trends in geboorte en bevalling* [Online Publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. [geraadpleegd op 16/06/2012], beschikbaar op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Geboorte-en-bevalling/Belangrijkste-trends-in-geboorte-en-bevalling/>.
- Wijsen, C., van Lee, L. & Koolstra, H. (2007). *Abortus in Nederland*. Delft: Eburon.
- Wischmann, T.H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1868-1876.

Hoofdstuk 4

Seksuele disfuncties

Lies Hendrickx en Paul Enzlin

Wereldwijd wordt de benadering van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* om seksuele disfuncties te definiëren als standaard voorgesteld. Volgens de meest recente versie, de DSM-IV-TR (2000), is een seksuele disfunctie een verstoring in het seksueel functioneren die bovendien door de persoon als een probleem wordt ervaren. Verder mag die verstoring in het seksueel functioneren niet te wijten zijn aan een andere mentale en/of fysieke aandoening.



Figuur 1. Onderscheid seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie.

Hoewel het meten van seksuele disfuncties volgens de benadering van de DSM dus fundamenteel twee criteria veronderstelt, m.n. een stoornis in het seksueel functioneren én last ten gevolge van die seksuele functiestoornis (zie Figuur 1), werd het lastcriterium in de meeste internationale populatiestudies niet opgenomen. Dat impliceert dat in veel studies enkel naar het voorkomen van seksuele functiestoornissen wordt gepeild. Onderzoek uit Nederland (Kedde, 2012), Engeland (Mercer et al., 2003), Zweden (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999) en Amerika (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994) wees uit dat ongeveer 23-41% van de mannen en 40-54% van de vrouwen minstens één DSM-gerelateerde **seksuele functiestoornis** rapporteerde. In Frankrijk (Levinson, 2008) rapporteerden respondenten beduidend lagere cijfers voor seksuele stoornissen (12% voor vrouwen en 9%

voor mannen⁸⁰), al stijgt dit cijfer als minder strenge criteria worden gehanteerd (53% van de mannen en 52% van de vrouwen⁸¹). Tot op vandaag zijn er nog geen eenduidige prevalentiecijfers voor specifieke seksuele functiestoornissen uit populatiestudies beschikbaar. Afhankelijk van de gehanteerde definitie, de meetperiode (bijvoorbeeld de laatste vier weken, de laatste zes maanden, het laatste jaar), het type antwoordcategorieën (dichotoom of Likerttype), worden in het voorkomen van seksuele functiestoornissen grote verschillen gevonden. Tabel 1 toont een overzicht van de prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen uit verschillende populatiestudies. Vanwege die grote variatie aan prevalentiecijfers moeten ze dan ook met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Maar ondanks de gevonden verschillen zijn er toch ook enkele consistente bevindingen herkenbaar. Uit deze onderzoeken blijkt immers dat: a) vrouwen meer seksuele functiestoornissen rapporteren dan mannen, b) bij vrouwen een verminderd verlangen, orgasmestoornissen en lubricatiestoornissen het vaakst voorkomen, en c) bij mannen een verminderd verlangen, premature ejaculatie en erectiestoornissen het vaakst voorkomen (zie Tabel 1, p. 197).

In slechts enkele populatiestudies werd ook rekening gehouden met het lastcriterium, op basis waarvan er ook prevalentiecijfers voor **seksuele disfuncties** beschikbaar zijn (zie Tabel 2). Enkel een populatiestudie bij Nederlandse mannen en vrouwen (Kedde, 2012), een populatieonderzoek bij Amerikaanse vrouwen (Shifren, Monz, Russo, Segreti & Johannes, 2008) en een populatiestudie bij Deense mannen en vrouwen (Christensen et al., 2011) gaven een algemeen cijfer voor het voorkomen van seksuele disfuncties. Deze studies vonden dat zowel bij vrouwen (11-27%) als bij mannen (11-19%) seksuele disfuncties veel minder vaak voorkomen dan seksuele functiestoornissen. Met andere woorden, niet iedereen met een seksuele functiestoornis ervaart dit ook als een probleem of heeft er last van. Prevalentie cijfers over specifieke DSM-gerelateerde disfuncties zijn dus beperkt beschikbaar en vertonen evenzeer een grote variatie (zie Tabel 2, p. 198).

De resultaten van onderzoek naar **leeftijdsgebonden prevalentiecijfers** van seksuele functiestoornissen zijn meestal inconsistent, behalve voor wat erectiestoornissen en lubricatiestoornissen betreft. Uit het beschikbare internationale onderzoek blijkt dat genitale opwindingsstoornissen met het ouder worden toenemen, meer bepaald vooral vanaf 50 jaar een hoge vlucht nemen. Voor alle andere seksuele functiestoornissen geldt dat het verband met de leeftijd nog onduidelijk is. Bij mannen vindt onderzoek bijvoorbeeld soms wel een verband van leeftijd met verminderd seksueel verlangen, maar in ander onderzoek dan weer niet. Hetzelfde geldt voor orgasmestoornissen (voor een review, zie Fugl-Meyer et al., 2010). Hoewel lang werd verondersteld dat premature ejaculatie vooral bij jonge, onervaren mannen zou voorkomen, kunnen de meest recente populatiestudies geen verband met leeftijd

80. Gebaseerd op respondenten die aangeven in de afgelopen 12 maanden 'vaak' een seksuele functiestoornis te hebben ervaren.

81. Gebaseerd op respondenten die aangeven in de afgelopen 12 maanden 'soms' of 'vaak' een seksuele functiestoornis te hebben ervaren.

aantonen (voor een review, zie Carson & Gunn, 2006). Van dyspareunie bij mannen wordt evenmin verondersteld dat het verband zou houden met leeftijd, maar dat is ook moeilijk vast te stellen, aangezien bij mannen pijn bij het vrijen slechts zelden voorkomt (voor een review, zie Fugl-Meyer et al., 2010). Voor vrouwen suggereren de meeste studies dat een verminderd seksueel verlangen zou toenemen met de leeftijd, maar andere studies vonden dan weer geen verband met leeftijd (voor reviews, zie Hayes & Dennerstein, 2005; Fugl-Meyer et al., 2010). Voor orgasmestoornissen zijn de resultaten helemaal inconsistent: soms vindt men geen verband met leeftijd, soms is er een toename met de leeftijd en soms is er een afname met leeftijd (voor een review, zie Hayes & Dennerstein, 2005; Fugl-Meyer et al., 2010). De bevindingen over dyspareunie bij vrouwen zijn even inconsistent, waarbij sommige studies een daling na de leeftijd van 30 vaststellen, terwijl andere eerder een stijging vanaf 50 jaar vaststellen (voor een review, zie Fugl-Meyer et al., 2010). Een mogelijke verklaring voor deze inconsistenties in de resultaten van onderzoek naar het verband met leeftijd is dat er in verschillende onderzoeken diverse leeftijdsranges en leeftijdsgroepen werden opgenomen. In veel studies worden respondenten jonger dan 35 niet bevraagd en/of worden te brede leeftijdscohorten gebruikt om een duidelijk verband met leeftijd te vinden (bijvoorbeeld 30-44, 46-59, 60-74) (Hayes & Dennerstein, 2005).

Aangezien het aantal populatiestudies dat ook het lastcriterium bevraagt, relatief beperkt is, zijn er slechts weinig leeftijdgerelateerde prevalentiecijfers van seksuele disfuncties beschikbaar. Uit onderzoek blijkt niettemin dat de last die iemand ten gevolge van een seksuele functiestoornis ervaart, mogelijk daalt met de leeftijd (Hayes et al., 2007). Uit de eerder genoemde studies uit Tabel 2 hebben enkel de Nederlandse (Kedde, 2012) en Deense studie (Christensen et al., 2011) leeftijdsgerelateerde prevalentiecijfers van seksuele disfuncties beschreven. De Amerikaanse studie van Shifren et al. (2008) rapporteerde alleen leeftijdsgerelateerde cijfers voor vrouwen. Wat mannen betreft, vonden deze studies dat erectiele disfunctie toeneemt met de leeftijd. Orgasmedisfuncties bleken meer prevalent te zijn bij jonge mannen en mannen ouder dan 40 jaar in de Deense studie, terwijl men in Nederland geen verband met leeftijd vond. De seksuele disfunctie premature ejaculatie kwam in Nederland vooral bij jongere mannen voor (15-39 jaar), terwijl men in Denemarken dan weer geen verband met leeftijd vond. Dyspareunia kwam zowel in het Nederlandse als in het Deense onderzoek meer bij jonge mannen voor (15-24 jaar). Wat vrouwelijke seksuele disfuncties betreft, stelde het Nederlandse onderzoek vast dat een verlaagd seksueel verlangen vaker door vrouwen tussen 25 en 39 jaar werd gerapporteerd, terwijl het Amerikaanse onderzoek dan weer de hoogste cijfers bij vrouwen tussen 45 en 64 jaar vond (deze studie bevatte ook maar drie leeftijdsgroepen: 18-44, 45-64, 65+). Lubricatiedisfuncties kwamen in zowel Nederland als Denemarken opvallend minder voor bij vrouwen van 30 tot 40 à 50 jaar. In Amerika kwamen lubricatiedisfuncties het meest voor bij vrouwen van de leeftijd 45 tot 64, gevolgd door 18-44 en het minst bij vrouwen ouder dan 65. Orgasmedisfuncties daalden zowel in Nederland als in Denemarken in functie van

de leeftijd en kwamen vooral voor bij vrouwen jonger dan 30 jaar. In Amerika vond men echter dat orgasmedisfuncties het meest werden gerapporteerd bij vrouwen van 45 tot 64, gevolgd door vrouwen van 18 tot 44 en vrouwen boven 65 jaar. Dyspareunie, ten slotte, werd zowel in Nederland als in Denemarken het meest gerapporteerd door vrouwen jonger dan 30 jaar.

Tabel 1. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen in internationaal populatieonderzoek.

Land	Auteur en jaar	Mannelijke seksuele functiestoornissen					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Erectie	Geen of traag orgasme	Premature ejaculatie	Dyspareunie
Nederland	Kedde, 2012	4.7	3.9	9.6	5.6	18.2	0.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	1.9	2.5	-	6.5	-
Verenigd Koninkrijk	Mercer et al., 2003	-	17.1	5.8	5.3	11.7	1.7
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	7	4	10	0
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	16	5	2	9	1
Noorwegen	Traen & Stigum, 2010	-	11-13	9	3-7	26-27	2
Australië	Richters et al., 2003	-	24.9	9.5	6.3	23.8	2.4
V.S.A.	Laumann et al., 1994	-	15.8	10.4	8.3	28.5	3
Land	Auteur en jaar	Vrouwelijke seksuele functiestoornissen					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Lubrificatie	Geen of traag orgasme	Dyspareunie	Vaginisme
Nederland	Kedde, 2012	4.5	3	11.9	11.2	4.9	4.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	6.8	-	7.3	2	-
Verenigd Koninkrijk	Mercer et al., 2003	-	40.6	9.2	14.4	11.8	-
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	11	15	4	0
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	33	12	22	6	1
Noorwegen	Traen & Stigum, 2010	-	37-42	19-21	23-26	9	-
Australië	Richters et al., 2003	-	54.8	23.9	28.6	20.3	-
V.S.A.	Laumann et al., 1994	-	33.4	18.	24.1	14.4	-
V.S.A.	Shifren et al., 2008	-	38.7	26.1	20.5	-	-

a. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die *'souvent'* een seksuele functiestoornis ervoeren in de afgelopen 12 maanden.

b. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die *'often'* of *'every time'* een seksuele functiestoornis ervoeren tijdens seks met een partner in de afgelopen 12 maanden.

Tabel 2. Prevalentiecijfers van seksuele disfuncties in internationaal populatieonderzoek.

Land	Auteur en jaar	Mannelijke seksuele disfuncties					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Erectie	Geen of traag orgasme	Premature ejaculatie	Dyspareunie
Nederland	Kedde, 2012	2.4	0.5	7.8	3.1	10	0.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	1	1.6	-	3	-
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	6	3.4	1.1	4.4	(0.6)
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	5	2	7	0.1

Land	Auteur en jaar	Vrouwelijke seksuele disfuncties					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Lubrificatie	Geen of traag orgasme	Dyspareunie	Vaginisme
Nederland	Kedde, 2012	4.5	3	11.9	11.2	4.9	4.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	4.1	-	4.6	1.4	-
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	14.2	7.5	9.9	4.1	(0.9)
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	7	6	3	0.4
V.S.A.	Shifren et al., 2008	-	9.5	5.1	4.6	-	-

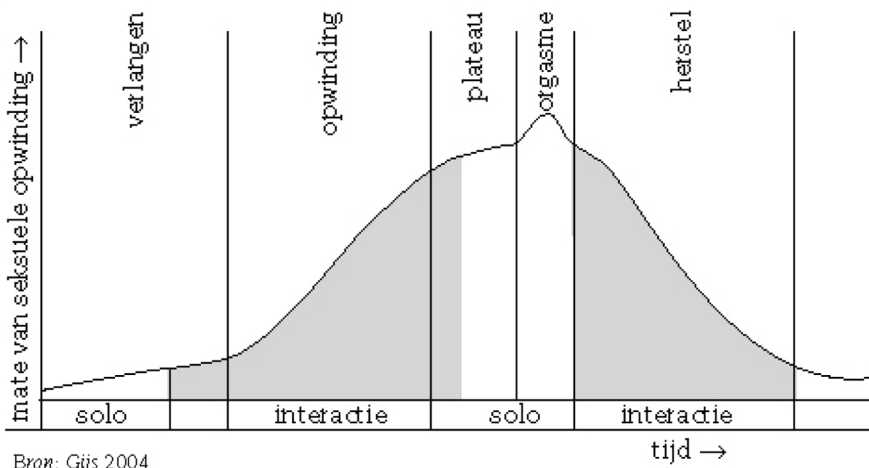
a. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die 'souvent' een seksuele functiestoornis ervoeren in de afgelopen 12 maanden en die dit als een probleem ervaren voor zichzelf, partner of beiden.

b. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die 'often' of 'every time' een seksuele functiestoornis ervoeren tijdens seks met een partner in de afgelopen 12 maanden en die dit als een probleem beschouwen.

() Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases tussen haakjes geplaatst, zie ook 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, p. 35.

1. Wat zijn seksuele disfuncties?

Om van een seksuele disfunctie te spreken, moet er volgens DSM-IV-TR (2000) om te beginnen sprake zijn van een ‘verstoorde seksuele functie’ of ‘seksuele functiestoornis’. Volgens Masters en Johnson (1970) en Kaplan (1979) kan het seksueel functioneren worden beschreven aan de hand van verschillende fases die elkaar opvolgen. Deze beschrijving van het seksueel functioneren aan de hand van deze opeenvolgende fasen wordt ook wel de seksuele responscyclus genoemd. De seksuele responscyclus omvat een fase van verlangen, opwinding, plateau, orgasme en herstel (zie Figuur 2).



Figuur 2. De seksuele responscyclus.

Het seksueel functioneren kan in elk van deze fasen op verschillende manieren worden verstoord. In Tabel 3 staat een overzicht van de definities van verschillende seksuele functiestoornissen die in de DSM-IV-TR worden beschreven. Onze studie vraagt niet alleen naar seksuele disfuncties uit DSM, maar ook naar seksuele disfuncties die een aanvulling vormen op die van DSM. Deze aanvullende disfuncties zijn gebaseerd op kritische bemerkingen vanuit het seksuologische werkveld (Basson et al., 2000; Basson, 2002; IJff, 2010) en worden in Tabel 3 aangeduid met een asterisk (*).

Tabel 3. Omschrijving van verschillende functiestoornissen.

SEKSUELE FUNCTIESTOORNIS	OMSCHRIJVING
Seksuele aversiestoornis	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudende of terugkerende extreme aversie voor en vermindering van (bijna) elk genitaal seksueel contact met de genitalieën van de partner.
Seksuele stoornis met verminderd seksueel verlangen (HSDD)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudend of terugkerend gebrek aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.
Seksuele stoornis met verminderd responsief verlangen*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudend of terugkerend gebrek aan verlangen naar seksuele activiteit/moeite om zin te krijgen in seks wanneer de partner initiatief neemt tot seks.*
Seksuele stoornis met verhoogd seksueel verlangen*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudend of terugkerend teveel aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.*
(Fysieke) opwindingsstoornis:	
◆ Lubricatie (vrouw)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate lubricatie-zwelling respons (d.w.z. vochtig worden en opzwellen van de vagina) van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.
◆ Erectie (man)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate erectie te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.
(Subjectieve) opwindingsstoornis*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudend of terugkerend gebrek aan het gevoel opgewonden te zijn.*
Orgasmestoornis	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudende of terugkerende vertraging, of ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale opwinding.
Voortijdige ejaculatie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aanhoudende of terugkerende ejaculatie na minimale seksuele stimulatie voor, tijdens of kort na de penetratie en eerder dan de man het wil.
Snel orgasme (vrouw)*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Orgasme na minimale seksuele stimulatie en eerder dan de vrouw het wil.*
Retrograde ejaculatie*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Het optreden van een orgasmegevoel bij de man, zonder ejaculatie.*
Verminderde kracht van ejaculatie*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Het optreden van een orgasmegevoel en een ejaculatie bij de man, maar de kracht van de ejaculatie is minder (dan voordien).*
Dyspareunie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Terugkerende of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap bij man of vrouw.
Vaginisme	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Terugkerende of aanhoudende onwillekeurige spasme van de spieren die het buitenste derde deel van de vagina omgeven, waardoor geslachtsgemeenschap wordt belemmerd of onmogelijk is.

* Functiestoornissen niet beschreven in DSM-IV-TR, maar vanuit wetenschappelijke overwegingen wel opgenomen in de Sexpert-studie.

In onze studie maken we een onderscheid tussen een seksuele functiestoornis en een seksuele disfunctie. Bij een seksuele functiestoornis is het seksueel functioneren in één van de fases verstoord. Om van een **seksuele disfunctie** te spreken, is het echter niet voldoende om een seksuele functiestoornis te ervaren. Een extra vereiste is dat de persoon zijn/haar seksuele functiestoornis ook lastig vindt of als een probleem

ervaart (zie ook Figuur 1). Uit internationaal onderzoek blijkt immers dat een verstoorde seksuele functie niet altijd als lastig wordt ervaren (bijvoorbeeld: Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999). Om die reden vinden we het belangrijk om bij het beschrijven van prevalentiecijfers een onderscheid te maken tussen de prevalentie van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties (d.i. seksuele functieproblemen die als een probleem worden ervaren). In het kader van deze studie vroegen we de respondenten dan ook niet alleen naar hun seksuele functiestoornissen, maar vroegen we ook of ze daar last van hadden. Omdat seks iets is dat meestal in een interpersoonlijke context vorm en/of betekenis krijgt, hebben we ervoor gekozen om de ‘lastvraag’ in drie vragen op te delen: a) of de persoon de verstoorde seksuele functie zelf als een probleem ervaart en – indien hij/zij een partner heeft – b) of de partner de verstoorde seksuele functie als een probleem ervaart, en c) of de verstoorde seksuele functie een probleem vormt voor de relatie. Elke lastvraag wordt gescoord op een driepuntenschaal (geen of lichte last – duidelijk last – extreme last). Wanneer respondenten geen partner hebben, krijgen ze enkel de vraag over persoonlijke last. Indien de respondent dan aangeeft minstens duidelijk (persoonlijke) last te hebben van de seksuele functiestoornis, stelt onze studie dat er een probleemervaring is. Respondenten met een partner kregen de drie lastvragen (persoonlijk, partner, relatie). Voor deze respondenten geldt dat we van ‘een probleemervaring’ spreken wanneer er minstens op twee van de drie lastvragen wordt geoordeeld dat er ‘duidelijk’ last is.

In dit hoofdstuk presenteren we de prevalentie van verschillende seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties in de actieve populatie uit de Sexpert-steekproef, om zo een idee te vormen van het voorkomen van seksuele disfuncties. Hierbij richten we ons op vijf grote vragen: 1) hoeveel respondenten ervaren dat hun seksuele functie verstoord is en hoeveel van die respondenten hebben daar last van, 2) komen bepaalde seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties vaker voor in bepaalde leeftijdsgroepen, 3) hoe lang houden seksuele problemen aan, 4) vermijden de respondenten uit onze studie seks vanwege seksuele problemen, en ten slotte 5) hoeveel respondenten met een seksueel probleem hebben professionele hulp gezocht?

2. Voorkomen van seksuele disfuncties

In dit luik gaan we na hoe vaak de seksueel actieve respondenten in onze studie seksuele functiestoornissen rapporteren en hoe vaak ze een seksuele disfunctie rapporteren. We geven aparte cijfers weer voor mannen en vrouwen, en gaan na welke leeftijdsgroepen relatief vaker met seksuele functieproblemen en met seksuele disfuncties worden geconfronteerd.

2.1. Prevalentie van seksuele functieproblemen en seksuele disfuncties

De onderstaande prevalentiecijfers worden berekend op de *seksueel actieve* populatie. Respondenten die nog nooit seks hadden en respondenten die de laatste zes maanden geen seks meer hadden, werden in deze analyses dus niet opgenomen. Het merendeel van deze respondenten werd niet opgenomen omdat ze de vragen over seksuele disfuncties niet moesten invullen (d.w.z.: respondenten die nog nooit seksueel contact hebben gehad en respondenten die de laatste zes maanden geen seks meer hadden en hiervoor niet als reden ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin meer in seks’ opgaven). Als we deze respondenten toch in de analyses zouden meenemen en zouden veronderstellen dat ze geen seksueel functieprobleem of seksuele disfunctie hebben, zou dat tot een onderschatting van de prevalentiecijfers kunnen leiden. Respondenten die de laatste zes maanden geen seks hadden vanwege ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin meer in seks’, moesten de vragen over seksuele problemen wel invullen, maar werden toch uit de analyses geweerd om de vergelijkbaarheid met internationaal onderzoek te waarborgen. In deze studies zijn prevalentiecijfers immers meestal op de seksueel actieve populatie gebaseerd. Aangezien de seksueel inactieve respondenten niet in de analyses werden meegenomen, moeten we de gevonden prevalentiecijfers met enige voorzichtigheid interpreteren en duidelijk stellen dat ze waarschijnlijk een overschatting zijn van het voorkomen van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties in de hele populatie.

Figuren 3 en 4 tonen hoe vaak seksueel actieve mannen en de vrouwen uit onze studie seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties rapporteren. Een overzicht van de exacte prevalentiecijfers is te vinden in Tabel I in de bijlage. Uit onze gegevens blijkt dat de seksuele functie van deze Vlamingen relatief vaak is verstoord: 34.8% van alle mannen en 43.2% van alle vrouwen rapporteren minstens één **seksuele functiestoornis**. Dit cijfer daalt echter sterk wanneer we ook de last meenemen (d.w.z. de cijfers voor **seksuele disfuncties**): 12.1% van alle mannen en 22.0% van alle vrouwen geven aan minstens één seksuele disfunctie te hebben.

Uit deze algemene cijfers blijkt dat vrouwen significant vaker dan mannen met een verstoorde seksuele functie⁸² en seksuele disfunctie⁸³ worden geconfronteerd. Bovendien kunnen we uit deze cijfers ook afleiden dat, wanneer de respondenten uit onze studie een verstoorde seksuele functie rapporteren, vrouwen daar vaker dan mannen last van ervaren: 37.3% van de mannen en 51.3% van de vrouwen met minstens één seksuele functiestoornis ervaren de seksuele functiestoornissen tevens als een probleem.⁸⁴

Uit Figuur 3 en Figuur 4 (en Tabel I in bijlage) kunnen we afleiden dat de meeste **seksuele functiestoornissen** vaker door vrouwen dan door mannen worden gerap-

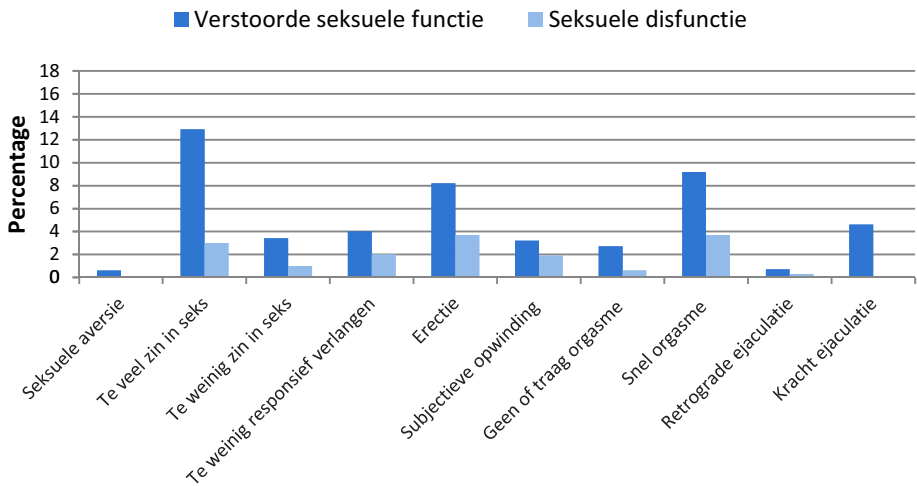
82. Chi-square Test (Bonferroni Method) 9.887; $p < .01$.

83. Chi-square Test (Bonferroni Method) 23.377; $p < .001$.

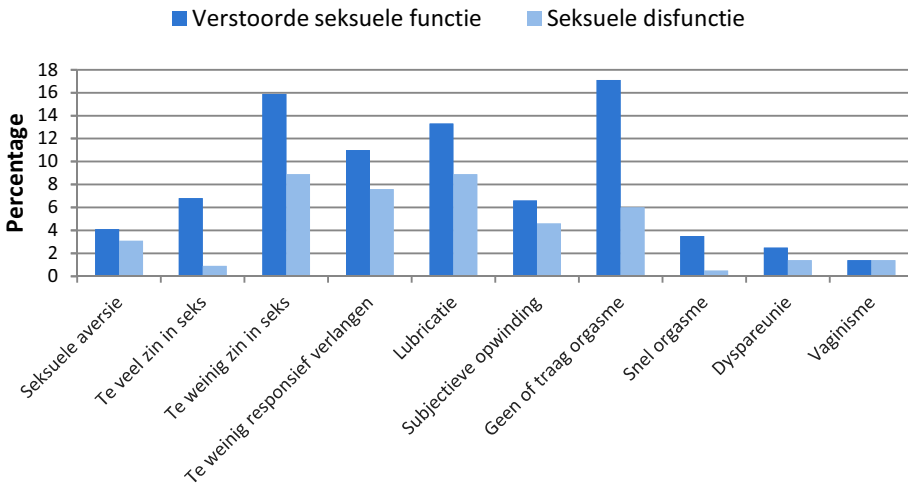
84. Chi-square Test (Bonferroni Method) 9.641; $p < .01$.

porteed. Alleen ‘te veel zin in seks’ en ‘te snel orgasme’ komen vaker voor bij mannen. Bij mannen komen ‘te veel zin in seks’ (12.9%), ‘premature ejaculatie’ (9.2%), en ‘erectiestoornissen’ (7.8%) het meest voor. Bij vrouwen komen de volgende functiestoornissen het vaakst voor: ‘geen of traag orgasme’ (17.1%), ‘te weinig spontane zin in seks’ (15.9%), ‘te weinig lubricatie’ (13.3%), en ‘te weinig responsief verlangen’ (11.0%).

De cijfers van de **seksuele disfuncties** liggen zowel bij mannen als bij vrouwen veel lager dan die van de seksuele functiestoornissen (zie Figuur 3, Figuur 4 en Tabel I in bijlage). Dit betekent en bevestigt dat niet alle respondenten die een verstoorde seksuele functie ervaren, hier ook last van hebben. Net zoals bij de functiestoornissen worden vrijwel alle seksuele disfuncties vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd, met uitzondering van de seksuele disfuncties ‘te veel zin in seks’ en ‘te snel orgasme’, die vaker bij mannen voorkomen. De meest voorkomende seksuele disfuncties bij mannen zijn erectiedisfuncties en premature ejaculatie (beide 3.7%) en de disfunctie ‘te veel zin in seks’ (3%). Bij vrouwen komen de volgende seksuele disfuncties het vaakst voor: ‘lubricatiedisfunctie’ en ‘te weinig spontaan seksueel verlangen’ (beide 8.9%), gevolgd door ‘te weinig responsief seksueel verlangen’ (7.6%) en ‘geen of traag orgasme-disfunctie’ (6.0%). Opvallend hierbij is dat zowel bij mannen als bij vrouwen de volgorde van de meest voorkomende seksuele disfuncties verschilt van die van de seksuele functiestoornissen, wat erop wijst dat sommige functiestoornissen relatief vaker als lastig worden ervaren dan andere.



Figuur 3. Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij de seksueel actieve mannelijke respondenten.



Figuur 4. Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij de seksueel actieve vrouwelijke respondenten.

2.2. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties opgesplitst naar leeftijdsgroep

In de volgende paragrafen spitsen we ons toe op seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties met betrekking tot seksueel verlangen, seksuele opwinding, orgasme en pijn.

2.2.1. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij mannen, opgesplitst naar leeftijdsgroep

De meeste **seksuele functieproblemen** die de mannelijke respondenten uit onze studie rapporteren, hangen samen met de leeftijdsgroep waartoe de man behoort. Tabel 4 toont dat alle functiestoornissen (met uitzondering van te weinig responsief verlangen en snel orgasme) een verband hebben met de leeftijd. Globaal gezien kunnen we stellen dat de meeste functiestoornissen toenemen met de leeftijd, met uitzondering van 'te veel zin in seks', dat het meest voorkomt bij jongere mannen (min-18-jarigen en dertigers). Te weinig responsief verlangen en snel orgasme vertonen geen significant verband met leeftijd.

Als we naar de **seksuele disfuncties** kijken die de mannelijke respondenten uit onze studie ervaren, zien we dat het verband met de leeftijd wijzigt. Alleen 'erectiele disfunctie' hangt samen met de leeftijdsgroep waartoe de man behoort. Erectiedisfuncties stijgen duidelijk met de leeftijd – vooral vanaf 50 jaar – en komen bij de oudste groep dan ook het vaakst voor.

Tabel 4. Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij mannen uit verschillende leeftijdsgroepen.

	-18j	18-29j	30-39j	40-49j	50-64j	65+
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen						
Te veel zin in seks**	(21.7%)	15.6%	21.5%	8.2%	9.2%	6.8%
+ last	(4.2%)	5.0%	3.0%	3.2%	2.5%	0%
Te weinig spontane zin in seks*	(4.2%)	1.4%	1.5%	2.5%	7.3%	5.3%
+ last	(0%)	0%	1.5%	1.3%	1.2%	0%
Te weinig responsief verlangen ^a	(0%)	1.8%	2.6%	3.3%	4.5%	9.3%
+ last	(0%)	1.8%	1.7%	0.7%	1.3%	0%
Opwinding						
Fysieke opwinding ^{b***}	(0%)	0.7%	2.2%	2.5%	11%	41.3%
+ last ***	(0%)	0%	2.2%	1.3%	5.5%	16%
Subjectief gevoel van opwinding**	(0%)	1.4%	3%	1.9%	2.5%	12%
+ last	(0%)	0%	2.2%	1.9%	2.4%	5.3%
Orgasme						
Geen of traag orgasme*	(0%)	2.1%	2.2%	1.3%	1.8%	10.7%
+ last	(0%)	0%	0.7%	0.6%	0%	2.7%
Snel orgasme	(8.7%)	7.1%	11.2%	11.4%	9.8%	2.7%
+ last	(4.2%)	3.5%	4.5%	5.7%	1.8%	2.7%
Minstens één van bovenstaande						
Verstoorde seksuele functie**	(33.3%)	26.8%	35.6%	25.3%	29.4%	50.7%
+ last	(8.3%)	8.5%	11.9%	13.9%	11.0%	16.0%
<i>N</i>	24	142	135	158	163	75

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

- a. De cijfers van responsief verlangen werden berekend op de totale mannelijke populatie die een (vaste) partner had op het moment van de bevraging ($N=13$ voor -18j, $N=110$ voor 18-29j, $N=117$ voor 30-39j, $N=150$ voor 40-49j, $N=154$ voor 50-64j, $N=75$ voor 65+).
- b. Fysieke opwinding wordt hier gedefinieerd als 'het niet komen tot erectie en/of onvoldoende lang behouden van de erectie'.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases worden tussen haakjes geplaatst, zie ook 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, p. 35.

2.2.2. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen, opgesplitst naar leeftijdsgroep

Wanneer we het voorkomen van **seksuele functiestoornissen** bij de vrouwelijke respondenten uit onze studie bestuderen, zien we dat alleen fysieke opwindingsstoornissen een significant verband vertonen met de leeftijd (zie Tabel 5). Lubricatiestoornissen komen vaker voor bij de twee oudste leeftijdsgroepen (50- tot 64-jarigen en 65-plussers). Dit kunnen we verklaren omdat bij vrouwen gemiddeld rond 53 jaar de menopauze inzet. Indien vrouwen rond deze periode geen oestrogenen gebruiken (hormonale substitutie), kan de menopauze negatieve gevolgen hebben

voor het vaginaal vochtig worden tijdens seksuele activiteit. Alle andere seksuele functiestoornissen tonen geen significant verband met de leeftijd.

Ook voor wat **seksuele disfuncties** betreft, vinden we enkel bij fysieke opwindingsdisfuncties een significant verband met leeftijd: ze komen voornamelijk voor bij 50- tot 64-jarige vrouwen.

Tabel 5. Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen uit verschillende leeftijdsgroepen.

	-18j	18-29j	30-39j	40-49j	50-64j	65+
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen						
Te veel zin in seks	(12.5%)	6.5%	10.3%	6.7%	4.7%	(0%)
+ last	(0%)	1.9%	0%	1.5%	0.7%	(0%)
Te weinig spontane zin in seks	(8.3%)	14.9%	19.7%	17.9%	15.4%	(10.2%)
+ last	(8.3%)	7.8%	13.4%	12.0%	4.7%	(4.0%)
Te weinig responsief verlangen ^a	(5.6%)	10.2%	12.5%	11.0%	12.6%	(8.3%)
+ last	(0%)	7.9%	11.7%	7.9%	7.7%	(2.1%)
Opwinding						
Fysieke opwinding ^{b***}	(8.3%)	7.8%	6.3%	8.2%	27.5%	(24.0%)
+ last***	(8.3%)	3.9%	3.9%	5.2%	20.8%	(10.2%)
Subjectief gevoel van opwinding	(0%)	3.9%	7.9%	6.7%	6.7%	(14.0%)
+ last	(0%)	2.6%	7.1%	6.0%	5.4%	(0%)
Orgasme						
Geen of traag orgasme	(20.0%)	18.8%	10.2%	15.7%	20.9%	(22.0%)
+ last	(12.0%)	5.8%	6.3%	5.2%	4.7%	(8.2%)
Snel orgasme	(8.3%)	1.3%	2.4%	6.0%	3.4%	(6.0%)
+ last	(0%)	0%	0%	0%	0.7%	(2.0%)
Pijnproblemen						
Dyspareunie	(8.3%)	2.6%	1.6%	1.5%	4.7%	(0%)
+ last	(4.2%)	1.9%	0.8%	0.7%	2.0%	(0%)
Vaginisme	(0%)	0.7%	1.6%	0.7%	3.4%	(0%)
+ last	(0%)	0.7%	16%	0.7%	3.4%	(0%)
Minstens één van bovenstaande						
Verstoorde seksuele functie	(50.0%)	40.3%	42.5%	38.8%	49.0%	(36.7%)
+ last	(29.2%)	19.5%	20.6%	18.0%	28.2%	(20.4%)
N	24	154	127	134	149	49

- De cijfers van responsief verlangen werden berekend op de totale vrouwelijke populatie die een (vaste) partner had op het moment van de bevraging ($N=18$ voor -18j, $N=127$ voor 18-29j, $N=120$ voor 30-39j, $N=127$ voor 40-49j, $N=143$ voor 50-64j, $N=48$ voor 65+).
 - Fysieke opwinding wordt hier gedefinieerd als 'vagina wordt niet vochtig en/of blijft onvoldoende lang vochtig'.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases worden tussen haakjes geplaatst. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

2.3. Duur van de seksuele disfunctie

Als we het voorkomen van seksuele disfuncties nagaan, is het tevens belangrijk om stil te staan bij de duur van de seksuele disfunctie. Het is namelijk zo dat de criteria voor een diagnose van seksuele disfunctie in DSM-IV-TR een *aanhoudende* verstoorde seksuele functie (en last) vereisen. Hoewel de huidige classificatie van seksuele disfuncties in DSM-IV-TR niet concreet vermeldt hoe lang een seksuele disfunctie exact aanwezig moet zijn, ziet het er naar uit dat de toekomstige versie van de DSM (DSM-5) wel in een specifiek duurcriterium zal voorzien. De voorlopig opgestelde diagnostische criteria vermelden dat in de toekomst een seksuele disfunctie minstens zes maanden aanwezig moet zijn om de diagnose van een ‘seksuele disfunctie’ te kunnen stellen. Om die reden geeft Tabel 6 (p. 208) weer hoeveel mensen met een seksuele disfunctie al minstens zes maanden last hebben van hun seksuele disfunctie. Voor de volledigheid zijn ook de cijfers opgenomen van het percentage respondenten dat al langer dan zes maanden een seksuele functiestoornis heeft.

Let wel, sommige seksuele disfuncties komen zo zelden voor (bijvoorbeeld ‘te veel zin’ bij vrouwen), dat de percentages met veel omzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Om die reden staan de percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases, tussen haakjes.⁸⁵

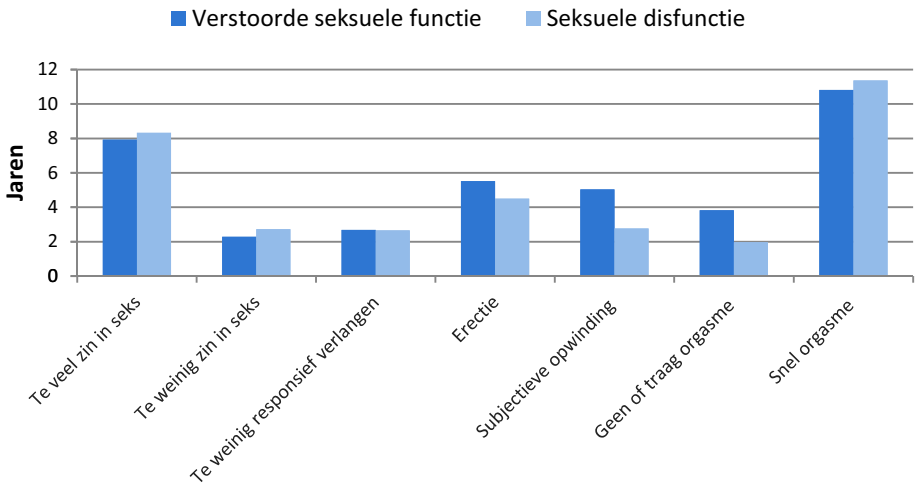
Figuur 5 en Figuur 6 p. 208) geven voor respectievelijk mannen en vrouwen weer hoe lang de seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties gemiddeld duren. Bij mannen blijkt er weinig verschil te zijn in de gemiddelde duur van de meeste seksuele functiestoornissen enerzijds en seksuele disfuncties anderzijds. Enkel bij ‘tekort aan subjectieve opwinding’ en ‘geen of traag orgasme’ zien we dat de seksuele disfuncties minder lang aanhouden dan de seksuele functiestoornissen. Een verklaring hiervoor hebben we momenteel niet. Ook bij vrouwen is er weinig verschil tussen de duur van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie. Een uitzondering hierop is het voorkomen van snel orgasme, waarbij de seksuele disfunctie opvallend langer aanhoudt (ongeveer drie jaar langer) dan de verstoorde seksuele functie. Er zijn twee mogelijke verklaringen voor dit verschil: 1) slechts drie vrouwen ervaren de seksuele disfunctie ‘snel orgasme’, waardoor de gemiddelde duurtijd een vertekend beeld kan geven, 2) alleen als het snel orgasme zeer lang aanhoudt, wordt het geleidelijk een probleem voor de vrouw, temeer omdat haar partner met het ouder worden net meer tijd nodig heeft om seks tot een goed einde te brengen (zie leeftijdsgebondenheid van bijvoorbeeld fysieke opwindingsstoornissen en -disfuncties bij mannen en vrouwen).

85. Zie ‘Achtergrond van de studie’, paragraaf 5.3, ‘Kleine aantallen’, p. 35.

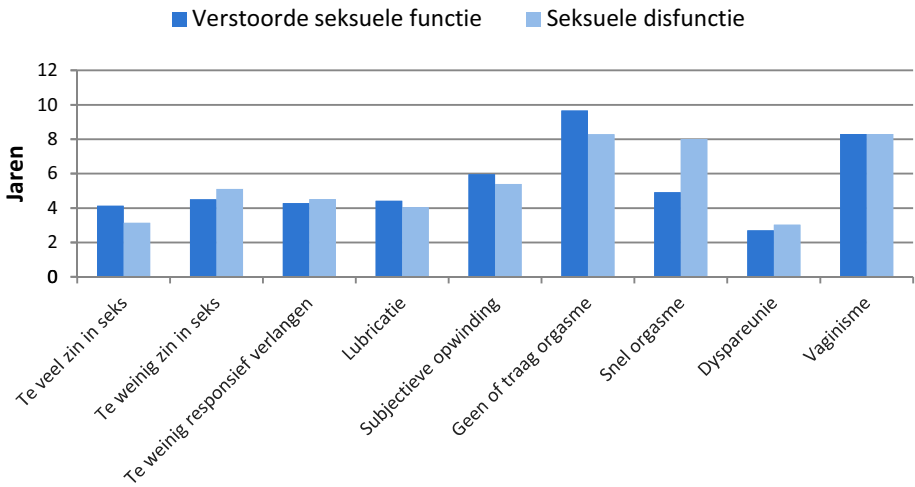
Tabel 6. Aanhoudende seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie.

		SEKSUELE FUNCTIESTOORNIS		+ LAST ^a	
		Man	Vrouw	Man	Vrouw
		Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen					
Te veel zin in seks	< 6 maanden	43.3%	(37.2%)	(19.0%)	(33.3%)
	≥ 6 maanden	56.7%	(62.8%)	(81.0%)	(66.7%)
	<i>N</i>	90	43	21	6
Te weinig zin in seks	< 6 maanden	(41.7%)	11.9%	(57.1%)	10.5%
	≥ 6 maanden	(58.3%)	88.1%	(42.9%)	89.5%
	<i>N</i>	24	101	7	57
Te weinig responsief verlangen	< 6 maanden	(32.0%)	14.1%	(12.5%)	(13.0%)
	≥ 6 maanden	(68.0%)	85.9%	(87.5%)	(87.0%)
	<i>N</i>	25	64	8	46
Opwinding					
Fysieke opwinding komt/blijft niet ^b	< 6 maanden	7.0%	9.4%	(4.0%)	5.3%
	≥ 6 maanden	93.0%	90.6%	(96.0%)	94.7%
	<i>N</i>	57	85	25	57
Subjectieve opwinding	< 6 maanden	(17.4%)	(11.9%)	(7.7%)	(17.2%)
	≥ 6 maanden	(82.6%)	(88.1%)	(92.3%)	(82.8%)
	<i>N</i>	23	42	13	29
Orgasme					
Geen of traag orgasme ^c	< 6 maanden	(26.3%)	6.4%	(0%)	(10.5%)
	≥ 6 maanden	(73.7%)	93.6%	(100%)	(89.5%)
	<i>N</i>	19	109	4	38
Snel orgasme	< 6 maanden	17.2%	(50.0%)	(7.4%)	(0%)
	≥ 6 maanden	82.8%	(50.0%)	(92.6%)	(100%)
	<i>N</i>	64	22	27	3
Pijn					
Dyspareunie	< 6 maanden	/	(25.0%)	/	(11.1%)
	≥ 6 maanden	/	(75.0%)	/	(88.9%)
	<i>N</i>	/	16	/	9
Vaginisme	< 6 maanden	-	(0%)	-	(0%)
	≥ 6 maanden	-	(100%)	-	(100%)
	<i>N</i>	-	9	-	9

- Een seksuele functiestoornis die als lastig / als een probleem wordt ervaren, wordt ook een seksuele disfunctie genoemd.
 - Fysieke opwinding komt niet / blijft niet wordt voor de mannen gedefinieerd als 'het niet komen tot erectie en/of onvoldoende lang behouden van de erectie', voor de vrouwen als 'het niet vochtig worden en/of onvoldoende lang vochtig blijven van de vagina'.
 - Geen of traag orgasme wordt hier gedefinieerd als 'moeite om tot orgasme te komen en/of te traag tot orgasme komen'.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases worden tussen haakjes geplaatst. Deze kunnen mogelijk een vertekend beeld geven. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.



Figuur 5. Duur seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie bij seksueel actieve Vlaamse mannen.



Figuur 6. Duur seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie bij seksueel actieve Vlaamse vrouwen.

2.4. Vermijden van seks

Meer vrouwen dan mannen geven aan seks te vermijden vanwege een seksuele functiestoornis. Toch toont Tabel 7 dat veruit de meeste mannen en vrouwen met een functiestoornis seks nooit vermijden (83.8% van de mannen en 64.3% van de vrouwen). Respondenten met een seksuele disfunctie vermijden seks vaker dan respondenten met een verstoorde seksuele functie. Verder geven meer mannen dan vrou-

wen met een seksuele disfunctie aan nog nooit seks te hebben vermeden vanwege de seksuele disfunctie.

Hoewel de meeste respondenten met een verstoorde seksuele functie of met een seksuele disfunctie rapporteren seks niet te vermijden, geeft toch ongeveer 6% van de mannen en ruim 10% van de vrouwen met een verstoorde seksuele functie aan seks vaak tot altijd te vermijden. Dit aantal stijgt tot 13% bij de mannen met een seksuele disfunctie en tot 19% bij de vrouwen met een seksuele disfunctie. Wanneer we de mannen onderling vergelijken, zien we dat mannen met een seksuele disfunctie significant vaker rapporteren seks te vermijden in vergelijking met mannen die alleen een verstoorde seksuele functie ervaren. Hetzelfde geldt voor de Vlaamse vrouwen.

Tabel 7. Mannelijke respondent vermijdt seks met de (vaste) partner o.w.v. seksueel probleem.

	VERSTOORDE SEKSUELE FUNCTIE		+ LAST	
	Mannen ^{a,c}	Vrouwen ^{a,d}	Mannen ^{b,c}	Vrouwen ^{b,d}
Nooit	83.8%	64.3%	70.2%	48.1%
Eenmalig	3.8%	10.6%	3.6%	11.1%
Meerdere malen	6.7%	14.4%	13.1%	21.5%
Vaak	4.2%	9.1%	8.3%	16.3%
Bijna altijd of altijd	1.7%	1.5%	4.8%	3.0%
<i>N</i>	240	263	84	135

a. $\chi^2(4)=26.26; p<.001$

b. $\chi^2(4)=12.98; p<.05$

c. $\chi^2(4)=23.65; p<.001$

d. $\chi^2(4)=40.18; p<.001$

Aan alle respondenten met een seksuele functiestoornis (ongeacht de last die ze erbij ervaren) werd ook gevraagd of ze dachten dat hun partner seks vermeed vanwege het seksuele probleem van de respondent. In Tabel 8 geven we de antwoorden weer. Algemeen kunnen we zeggen dat respondenten aangeven dat hun partner minder vaak seks vermijdt dan dat ze zelf seks vermijden. Mensen met een seksuele disfunctie denken dat hun partner vaker seks vermijdt dan mensen met een verstoorde seksuele functie. Het geslacht van de partner blijkt geen verband te houden met het vermijden van seks door een persoon met een seksuele functiestoornis. Ook wanneer de respondent een seksuele disfunctie heeft, is er geen significant verschil tussen het vermijden van seks door mannelijke en vrouwelijke partners.

Tabel 8. (Vaste) partner vermijdt seks met de respondent o.w.v. seksueel probleem.

	VERSTOORDE SEKSUELE FUNCTIE		+ LAST	
	Mannelijke partner	Vrouwelijke partner	Mannelijke partner	Vrouwelijke partner
Nooit	82.1%	77.1%	74.7%	68.4%
Enmalig	4.8%	7.3%	6.3%	8.8%
Meerdere malen	6.1%	9.5%	8.9%	13.2%
Vaak	7.0%	5.3%	10.1%	8.1%
Bijna altijd of altijd	0%	0.8%	0%	1.5%
<i>N</i>	229	262	79	136

2.5. Hulp gezocht voor verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie

Aan alle mannen en vrouwen met minstens één verstoorde seksuele functie werd gevraagd of ze ooit al contact hadden met een professionele hulpverlener (arts, seksuoloog, psycholoog, ...) voor hun seksuele functieprobleem. Veruit de meeste mannen en vrouwen gaven aan dat ze dit nog nooit hadden gedaan (zie Tabel 9). Mannen en vrouwen blijken even vaak (g)een hulpverlener te hebben gecontacteerd. Mensen met een **seksuele disfunctie** zoeken vaker professionele hulp (11.4% van de mannen en 19.3% van de vrouwen met een seksuele disfunctie) dan mensen met een seksuele functiestoornis, al is dit verschil niet significant. Ook mannen en vrouwen verschillen niet van elkaar met betrekking tot het zoeken van hulp.

Samengevat kunnen we stellen dat ongeveer 85% van de mensen met een verstoorde seksuele functie nog nooit contact had met een hulpverlener. Meer opmerkelijk is dat nagenoeg hetzelfde percentage geen contact zoekt met een hulpverlener, zelfs niet wanneer men de verstoorde seksuele functie als een probleem ervaart. Waarom deze respondenten niet de stap naar de hulpverlening zetten, is niet duidelijk. Mogelijk weten mensen niet bij wie ze terecht kunnen, denken ze dat hun probleem normaal is, of speelt een schaamtegevoel het niet zoeken naar hulp in de hand. Praten over seks – en zeker over persoonlijke seksuele problemen – is moeilijk en het blijft een onderwerp dat met veel taboe is omhuld. Waarschijnlijk contacteren mensen pas een hulpverlener als de seksuele disfunctie steeds meer last (voor henzelf, de partner of de relatie) veroorzaakt en/of langer aansleept.

Tabel 9. Contact met hulpverlener.

	VERSTOORDE SEKSUELE FUNCTIE		+ LAST	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
neen	89.6%	83.6%	88.1%	80.7%
ja	10.4%	16.4%	11.9%	19.3%
<i>N</i>	240	275	84	140

Het is opvallend dat mannen en vrouwen niet verschillen in de mate waarin ze contact nemen met een hulpverlener. Vrouwen rapporteren immers meer seksuele functiestoornissen en rapporteren eveneens er ook vaker last van te hebben. Een mogelijke verklaring voor deze vaststelling is misschien te vinden in de medicalisering van de behandeling van erectiestoornissen, waardoor deze mannen dit probleem toch met een arts bespreken. Voor vrouwen bestaat zulk een laagdrempelige, eenvoudige oplossing (nog) niet. Gesteld dat een relatief groot deel van de mannen met een erectiestoornis contact zoekt met een hulpverlener, dan zou dit eventuele geslachtsverschillen in het zoeken van hulp (wat we verwachten op basis van de verschillende prevalenties in disfuncties tussen mannen en vrouwen) kunnen vertekenen. Daarom doen we dezelfde analyse zonder de mannen die aangaven orale medicatie voor een erectiedisfunctie (Viagra/Cialis/Levitra) te gebruiken. Slechts 17 mannen – van alle seksueel actieve mannen uit de Sexpert-studie – rapporteerden echter het gebruik van een dergelijk middel, onder wie 7/57 mannen met een erectiestoornis en 3/26 mannen met een erectiedisfunctie. De overige mannen hadden geen erectiestoornis en/of erectiedisfunctie (meer). Wanneer deze groep mannen uit de analyses wordt geweerd, blijkt dat vrouwen inderdaad vaker dan mannen een hulpverlener opzoeken wanneer ze een seksuele functiestoornis ervaren. Mannen en vrouwen met een seksuele disfunctie (dus wanneer ze ook last ervaren) nemen even vaak contact met een hulpverlener.

3. Besluit

- ♦ Seksuele functiestoornissen komen relatief vaak voor (35% mannen en 43% vrouwen rapporteren minstens één seksuele functiestoornis), maar slechts een deel van de respondenten ervaart daarvan ook last (ongeveer 12% mannen en 22% vrouwen rapporteert minstens één seksuele disfunctie). Deze cijfers komen overeen met wat in internationale literatuur wordt gevonden.
- ♦ Vrouwen rapporteren vaker seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties dan mannen.
- ♦ De meest voorkomende functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen zijn orgasmestoornissen, stoornissen in het verlaagd seksueel verlangen en lubricatiestoornissen. Bij mannen zijn vooral een teveel aan seksueel verlangen, premature ejaculatie en erectiestoornissen prevalent.
- ♦ Een vergelijking van prevalentiecijfers van specifieke seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties uit Sexpert met internationale prevalentiecijfers (zie Tabellen 1 en 2) is moeilijk: vaak variëren de prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties erg. In welke mate de verschillen te wijten zijn aan methodologische verschillen tussen de studies, of we hier kunnen spreken van ‘echte’, culturele verschillen, is moeilijk te achterhalen. Toch vallen bepaalde zaken op wat seksuele functiestoornissen betreft:

- zowel mannen als vrouwen uit het Sexpert-onderzoek rapporteren de seksuele functiestoornis ‘te weinig seksueel verlangen’ relatief weinig in vergelijking met de meeste internationale studies;
- het prevalentiecijfer uit het Sexpert-onderzoek voor erectiestoornis komt overeen met wat in internationaal onderzoek wordt gevonden, het prevalentiecijfer voor lubricatiestoornissen komt overeen met wat wordt gevonden in Nederland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken;
- geen of een traag orgasme komt eerder weinig voor bij mannen, wat in overeenstemming is met internationaal onderzoek; het prevalentiecijfer van ‘geen of traag orgasme’ bij vrouwen komt ruwweg overeen met wat internationaal wordt gevonden;
- premature ejaculatie komt ongeveer even vaak voor als in onderzoek uit Frankrijk, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken;
- pijn bij het vrijen is eerder zeldzaam bij mannen en pijn bij het vrijen bij vrouwen wordt in het Sexpert-onderzoek relatief weinig gerapporteerd in vergelijking met internationale studies.

Voor seksuele disfuncties zijn het aantal studies erg beperkt, al lijken de gevonden resultaten in Sexpert redelijk in lijn met de beperkt voorhanden zijnde studies.

- ◆ ‘Nieuwe’ seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties zoals ‘te veel seksueel verlangen’ en ‘verminderde kracht van ejaculatie’ bij mannen en ‘te weinig responsief verlangen’ en ‘te weinig subjectieve opwindings’ komen relatief vaak voor. Ze verdienen dan ook meer aandacht in zowel toekomstig onderzoek als in de klinische praktijk.
- ◆ Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties die verbonden zijn met de lichamelijke effecten van het verouderingsproces (erectie en lubricatie) zijn duidelijk verbonden met leeftijd. Zoals in de internationale literatuur wordt gevonden, komen ook in Sexpert erectiestoornissen meer voor naarmate mannen ouder worden en geven vrouwen aan dat lubricatiestoornissen vaker voorkomen vanaf de leeftijd van 50 jaar.
- ◆ Voor de meeste seksuele disfuncties geldt dat ze ongeveer even lang aanhouden als seksuele functieproblemen. In beide gevallen valt op dat mensen vaak al verschillende jaren het seksuele probleem ervaren.
- ◆ Ondanks het ervaren van een seksuele functiestoornis of zelfs een seksuele disfunctie rapporteert slechts een minderheid van deze respondenten vaak of altijd seksuele activiteit te vermijden.
- ◆ Een minderheid van de respondenten met een seksuele functiestoornis zoekt professionele hulp. Zelfs wanneer een seksueel functieprobleem als een probleem wordt ervaren (seksuele disfunctie), zoekt slechts een minderheid van de respondenten professionele hulp.

4. Bijlage

Tabel I. Prevalentie seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie op de seksueel actieve populatie.

	SEKSUELE FUNCTIESTOORNIS ^a			+ LAST ^b		
	Man	Vrouw	Populatie	Man	Vrouw	Populatie
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen						
Seksuele aversie	0.6%*	4.1%*	2.3%	0.1%**	3.1%**	1.6%
Te veel zin in seks	12.9%*	6.8%*	10.0%	3.0%**	0.9%**	2.0%
Te weinig spontane zin in seks	3.4%*	15.9%*	9.4%	1.0%**	8.9%**	4.8%
Te weinig responsief verlangen ^c	4.0%*	11.0%*	7.4%	2.0%**	7.6%**	4.8%
Opwinding						
Fysieke opwinding komt niet ^d	3.4%*	9.4%*	9.4%	1.9%**	6.8%**	4.2%
Fysieke opwinding blijft niet ^d	6.9%	9.9%	8.3%	2.9%**	6.2%**	4.4%
Fysieke opwinding komt/blijft niet ^d	8.2%*	13.3%*	10.7%	3.7%**	8.9%**	6.2%
Subjectief gevoel van opwinding	3.2%*	6.6%*	4.8%	1.9%**	4.6%**	3.2%
Orgasme						
Geen orgasme	1.4%*	6.6%*	4.8%	0%**	3.8%**	1.8%
Traag orgasme	1.3%*	6.1%*	3.6%	0.6%**	2.2%**	1.4%
Geen of traag orgasme	2.7%*	17.1%*	9.6%	0.6%**	6.0%**	3.2%
Snel orgasme	9.2%*	3.5%*	6.5%	3.7%**	0.5%**	2.2%
Retrograde ejaculatie	0.7%	-	-	0.3%	-	-
Minder krachtige ejaculatie	4.6%	-	-	0.1%	-	-
Pijnproblemen						
Dyspareunie	/ ^e	2.5%	/ ^e	/ ^e	1.4%	/ ^e
Vaginisme	-	1.4%	-	-	1.4%	-
Minstens een van bovenstaande	34.8%*	43.2%*	38.8%	12.1%**	22.0%**	16.8%
<i>N</i>	<i>696</i>	<i>637</i>	<i>1333</i>	<i>696</i>	<i>637</i>	<i>1333</i>

* Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het voorkomen van de verstoring van seksuele functie in kwestie.

** Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het voorkomen van de seksuele disfunctie in kwestie.

- Een seksuele functiestoornis is een duidelijke of extreme verstoring in het seksuele functioneren.
 - Een seksuele functiestoornis die als lastig/ als een probleem wordt ervaren, wordt ook een seksuele disfunctie genoemd.
 - Deze cijfers werden berekend op de populatie die een (vaste) partner heeft ($N=1201$; N mannen= 620 , N vrouwen= 581).
 - Onder fysieke opwinding bij mannen wordt 'erectie' verstaan, bij vrouwen gaat het 'om het vochtig worden van de vagina'.
 - Wegens een technisch probleem kon geen data genereren van dyspareunie bij mannen. Er zijn dus geen prevalentiecijfers van dyspareunie bij mannen en geen van dyspareunie bij de totale populatie.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases tussen haakjes geplaatst. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Basson R., Berman, J., Burnett, A., DeRogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., ... & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definition and classification. *The Journal of Urology*, 163, 888-893.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 289-300.
- Carson, C. & Gunn, K. (2006). Premature ejaculation: definition and prevalence. *International Journal of Impotence Research*, 16, S5-S13.
- Christensen, B.S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C. & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-132.
- Fugl-Meyer, A.R. & Fulg-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 2, 79-105.
- Fugl-Meyer, K., Lewis, R.W., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira, E.D., Rellini, A.H. & Seagraves, T. (2010). Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In F. Montorsi, R. Basson, G. Adaikan, E. Becher, A. Clayton, F. Giuliano, S. Khoury & I. Sharlip (eds.), *Sexual Medicine: Sexual dysfunctions in men and women. 3rd International consultation on sexual medicine, edition 2010* (pp. 41-117). Paris: Health Publications.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P. (2004). *Seksuologie*. GA Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Koochaki, P.E., Leiblum, S.R. & Graziottin, A. (2007). Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*, 87, 107-112.
- Hayes, R.D. & Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 317-330.
- Ijff, M. (2010) *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). Sex, health and happiness. In E.O. Laumann, J.H. Gagnon, R.T. Michael & S. Michaels (eds.), *The social*

organisation of sexuality: Sexual practices in the United States (pp. 351-375). Chicago: The University Chicago Press.

Levinson, S. (2008). Les difficultés de la fonction sexuelle: Contextes, déterminants et significations. In N. Bajos & M. Bozon (eds.), *Enquête sur la sexualité en France* (pp. 485-508). Paris: Éditions La Découverte.

Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

Mercer, C.H., Fenton, K.A., Johnson, A.M., Wellings, K., Macdowall, W., McManus, S., Nanchahal, K. & Erens, B. (2003). Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ*, 327, 426-427.

Richters, J., Grulich, A.E., de Visser, R.O. & Rissel, C.E. (2003). Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 164-170.

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.

Træen, B. & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 445-456.

Wijsen, C. & de Haas, S. (2012). Seksuele gezondheid in Nederland 2011: achtergronden en samenstelling van een representatieve steekproef voor een populatieonderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 83-86.

Hoofdstuk 5

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Sabine Hellemans en Ann Buysse

Seksuele gezondheid omvat de mogelijkheid tot het opbouwen van een seksuele relatie vrij van dwang, discriminatie en geweld (WHO, Department of reproductive health & research, 2006). Toch hebben tal van onderzoeken uitgewezen dat seksueel grensoverschrijdend gedrag wereldwijd een veelvoorkomend 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). Naast het in kaart brengen van de positieve indicatoren van seksuele gezondheid peilen we in deze studie eveneens naar de ervaringen die Vlamingen hebben met het overschrijden van grenzen. We hebben hierbij zowel aandacht voor ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) in de kindertijd als voor seksueel grensoverschrijdend gedrag in de volwassenheid en intiem partnergeweld.

SGG verwijst naar elke situatie waarin een persoon tegen zijn/haar zin gedwongen wordt om seksuele handelingen te stellen of te ondergaan. SGG kan verschillende vormen aannemen. Zo kan het gaan van ongewenste seksuele opmerkingen tot ernstig seksueel geweld (Saltzman, Fanslow, McMahon & Shelley, 2002). Vanuit verschillende invalshoeken heeft men reeds pogingen gedaan om SGG duidelijk te definiëren. Vanuit een juridische invalshoek wordt SGG gedefinieerd op basis van het stellen van strafbare feiten en dus op basis van criteria die losstaan van het slachtoffer. Sociologische benaderingen gaan veeleer uit van een maatschappelijk perspectief, waarbij het verschil in machtsverhouding tussen de ‘geweldpleger’ en ‘het slachtoffer’ een belangrijke rol speelt. Vanuit een psychologische invalshoek, ten slotte, wordt bij het definiëren van SGG veel belang gehecht aan het belevingsaspect. Gedrag is seksueel grensoverschrijdend wanneer het als grensoverschrijdend ervaren wordt (Bakker et al., 2009; Laumann et al., 1994; Wiehe, 1998).

In onderzoek naar (seksueel) grensoverschrijdend gedrag zien we de laatste decennia grote veranderingen. Gedurende lange tijd werden seksespecifieke onderzoeken verricht, waarbij er enkel gepeild werd naar de prevalentie van vrouwen en meisjes die het slachtoffer werden van grensoverschrijdend gedrag (Römkens & Van Poppel, 2006). Dit paste in het algemene tijds kader, waarin er zowel vanuit de culturele normen als vanuit het juridische systeem werd van uitgegaan dat (seksueel) geweld unilateraal gepleegd werd door heteroseksuele mannen, gericht naar kwetsbare vrouwen (Dutton & Corvo, 2006). In een huidige generatie onderzoeken heeft men echter ook aandacht voor de prevalentie van mannen en jongens die het slachtoffer worden van SGG. Deze onderzoeken hebben aangetoond dat SGG niet alleen voorkomt in

openbare ruimten, maar ook en vooral binnen het gezin en de partnerrelatie. In de huidige studie is er vanuit ethische en methodologische overwegingen voor gekozen om enkel te peilen naar ervaringen die mannen en vrouwen hebben met SGG, niet naar het zelf stellen van deze gedragingen. Twee grote delen kunnen in dit hoofdstuk onderscheiden worden:

1. Ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag vóór de leeftijd van 18 jaar en
2. Ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag na de leeftijd van 18 jaar.

In beide delen wordt SGG op dezelfde manier bevestigd. Omdat respondenten onder SGG verschillende dingen kunnen verstaan, werden hen de volgende vragen voorgelegd: *'Heeft iemand voor de leeftijd van 18 jaar / Heeft iemand na de leeftijd van 18 jaar (1) kwetsende seksuele opmerkingen tegen jou gemaakt?, (2) Je op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt?, (3) Je gedwongen om naakt te zijn terwijl je dat niet wou?, (4) Je gedwongen om naar seksuele beelden te kijken terwijl je dat niet wou?, (5) Je gedwongen tot masturbatie terwijl je dat niet wou?, (6) Je gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan?, (6) Je proberen verkrachten (seksueel binnendringen via vagina of anus)?, (7) Je verkracht?, (8) Iets anders gedaan tegen je zin?'* Respondenten konden per item aangeven of ze dit al dan niet hadden meegemaakt. Vervolgens werden enkele vragen gesteld over de meest ingrijpende gebeurtenis, zoals wie dit gedrag gesteld heeft, hoe vaak dit is voorgevallen en hoe oud men was, en of men hier met iemand over gepraat heeft.

De strikte splitsing van beide onderdelen is gebaseerd op tal van onderzoek dat heeft aangetoond dat SGG in de kindertijd, naast enkele andere risicofactoren, de belangrijkste risicofactor is om op volwassen leeftijd eveneens het slachtoffer te worden van SGG (Polusny & Follette, 1995; Wiehe, 1998; Meston et al., 1999). Naast deze verhoogde kans om op volwassen leeftijd opnieuw met SGG geconfronteerd te worden, is er ook evidentie voor gevonden dat slachtoffers van SGG in de kindertijd later vaker geconfronteerd worden met fysiek, psychologisch en/of seksueel geweld in de partnerrelatie (Arata, 2002; Barnes, Noll, Putnam & Trickett, 2009; Friesen et al., 2010; Messman-Moore & Long, 2003). In de literatuur is er geen eenduidig theoretisch model aanwezig dat ons helpt te verklaren waarom slachtoffers meer kans hebben om opnieuw geconfronteerd te worden met geweld en grensoverschrijdend gedrag (Messman-Moore & Long, 2003). Enkele onderzoekers (Grauerholz, 2000; Bronnenfrenner, 1979; Heise, Ellsberg & Gottmoeller, 2002) hebben daarom een overkoepelend model opgesteld dat rekening houdt met verschillende theoretische perspectieven en waarbij er aandacht is voor tal van factoren die de kans op het voorkomen van geweld vergroten. Niet al deze factoren spelen een even grote rol, maar we kunnen ervan uitgaan dat, naarmate meer van deze factoren aanwezig zijn, de kans op het voorkomen van geweld zal vergroten. Deze onderzoekers maken een onderscheid tussen factoren die een rol spelen op het niveau van het slachtoffer (zoals de persoonlijke voorgeschiedenis, de familiale sfeer), op het niveau van het misbruik (zoals de relatie met de geweldpleger, de assertiviteit van het slachtoffer om

tegen deze seksuele toenaderingen in te gaan), op het niveau van de sociale omgeving (zoals algemene levensomstandigheden, sociale status) en op het maatschappelijke niveau (zoals culturele opvattingen over SGG).

Naast deze verhoogde kans op herhaald slachtofferschap is gebleken dat ervaringen met SGG in de kindertijd geassocieerd zijn met tal van moeilijkheden op volwassen leeftijd. Onderzoek heeft uitgewezen dat posttraumatische stressstoornis, angst, depressie, alcohol en druggebruik, sociale isolatie en suïcide pogingen frequent voorkomende psychische moeilijkheden zijn bij slachtoffers van seksueel misbruik. Op het seksuele vlak toont onderzoek dat slachtoffers vaker vroeger starten met seks, meer seksueel risicogedrag vertonen, meer seksuele problemen vertonen en minder seksuele tevredenheid rapporteren (Browne & Finkelhor, 1986; Wiehe, 1998; Jasinki et al., 1998; Irish et al., 2010; Mullen et al., 1994).

Eenduidige prevalentiecijfers zijn niet voorhanden. Afhankelijk van de onderzoekspopulatie (klinische steekproef of een bevolkingssteekproef), de meetperiode (levensloop of laatste 12 maanden) en de manier waarop SGG gedefinieerd wordt, verkrijgt men grote verschillen in prevalentiecijfers. Gezien de gevoeligheid van het thema dient men ook steeds rekening te houden met de angst en de schaamte die voorkomen bij slachtoffers, vooral bij mannen, om dit soort van geweld te rapporteren (Pieters, Italiano, Offermans & Hellemans, 2010). We moeten de beschikbare cijfers dus steeds met enige voorzichtigheid interpreteren. De Wereldgezondheidsorganisatie rapporteert dat 6 tot 59% van de vrouwen ooit in hun leven het slachtoffer wordt van seksueel geweld gepleegd door de partner (Krug et al., 2002). Cijfers over ervaringen met seksueel geweld in de kindertijd variëren van 1 tot 21% (Krug et al., 2002). Cijfers uit internationaal onderzoek waarvan de sociaal-culturele context dichter bij ons aansluit, komen van een recente Nederlandse populatiestudie (Bakker et al., 2009). Een derde van de vrouwen en één op twintig mannen tussen 15 en 70 jaar rapporteert ooit in haar/zijn leven seksueel geweld meegemaakt te hebben. Twaalf procent van de vrouwen en bijna drie procent van de mannen werd ooit verkracht (Bakker et al., 2009). Uit een specifieke populatiestudie bij Nederlandse jongeren tot 25 jaar blijkt dat 17% van de meisjes en 5% van de jongens wel eens gedwongen werd om seksuele dingen te doen die ze eigenlijk niet wilden doen (De Graaf, Kruijer, Van Acker & Meijer, 2012). Een populatiestudie in Frankrijk rapporteert dat 20.4% van de vrouwen en 6.8% van de mannen tussen 18 en 69 jaar ooit geconfronteerd werd met seksuele agressie, gaande van ongewenste seksuele aanrakingen tot verkrachting (Bajos & Bozon, 2008). Recent onderzoek naar ervaringen met geweld bij 2014 vrouwen en mannen in België rapporteert dat 0.8% van de mannen en 5.6% van de vrouwen sinds de leeftijd van 18 jaar het slachtoffer werd van seksueel geweld. De prevalentie van seksueel geweld voor de leeftijd van 18 jaar ligt iets hoger: 8.9% van de vrouwen en 3.2% van de mannen werd voor de leeftijd van 18 jaar het slachtoffer van seksueel geweld (Pieters et al., 2010).

1. Prevalentie en vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag

1.1. Vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor 18 jaar

Tabel 1 illustreert het voorkomen van de verschillende vormen van SGG voor de leeftijd van 18 jaar. Veertien procent van de respondenten kreeg wel eens een kwetsende seksuele opmerking. Ongeveer evenveel respondenten (13.6%) werd op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt. Vijf procent van de respondenten werd gedwongen om naakt te zijn. Twee procent van de respondenten werd gedwongen om naar seksuele beelden te kijken, 3.3% van de respondenten werd gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan en 2.5% werd tot masturbatie gedwongen. Bijna 4% rapporteert een poging tot verkrachting en 2.3% werd het slachtoffer van verkrachting.

Aangezien het hier om slechts een kleine groep – van het totale aantal – respondenten gaat, berekenen we geen statistische verschillen tussen vrouwen en mannen voor het voorkomen van deze afzonderlijke vormen van SSG.⁸⁶ We geven enkel een overzicht van het aantal vrouwen en mannen die rapporteren deze vormen van SGG te hebben meegemaakt.

Tabel 1. Vormen van SGG voor 18 jaar naar geslacht.

	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Kwetsende seksuele opmerkingen	252	14.0%	90	10.0%	162	18%
Op een kwetsende manier aangeraakt of vastgepakt worden	245	13.6%	69	7.6%	176	19.5%
Gedwongen om naakt te zijn	94	5.2%	32	3.5%	62	6.9%
Gedwongen om naar seksuele beelden te kijken	40	2.2%	16	1.8%	24	2.6%
Gedwongen tot masturbatie	45	2.5%	18	2.0%	27	3.0%
Gedwongen orale seks toe staan of uit te voeren	60	3.3%	12	1.4%	48	5.3%
Poging tot verkrachting	71	3.9%	10	1.1%	61	6.7%
Verkrachting	42	2.3%	7	0.7%	35	3.9%
Iets anders	76	4.2%	19	2.2%	57	6.3%

1.2. Vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar

Na de leeftijd van 18 jaar zien we dat 9.8% van de respondenten wel eens een seksueel kwetsende opmerking kreeg. Zeven procent van de respondenten werd op een kwetsende manier seksueel aangeraakt of vastgepakt. Bijna 2% van de respondenten werd gedwongen om naakt te zijn. Van alle respondenten geeft 1.2% aan dat ze naar

86. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

seksuele beelden moesten kijken. 1.4% van de vrouwen werd gedwongen tot masturbatie en 4.8% van de vrouwen werd gedwongen om orale seks uit te voeren of toe te staan. 2.6% van de respondenten rapporteert een poging tot verkrachting. Twee procent van de respondenten werd na de leeftijd van 18 jaar verkracht.

Gezien de lage prevalentiecijfers voor mannen die na de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, berekenen we hier geen statistisch significante verschillen tussen vrouwen en mannen. Geen van de mannen werd na de leeftijd van 18 jaar gedwongen tot masturbatie of gedwongen orale seks uit te voeren of toe te staan.

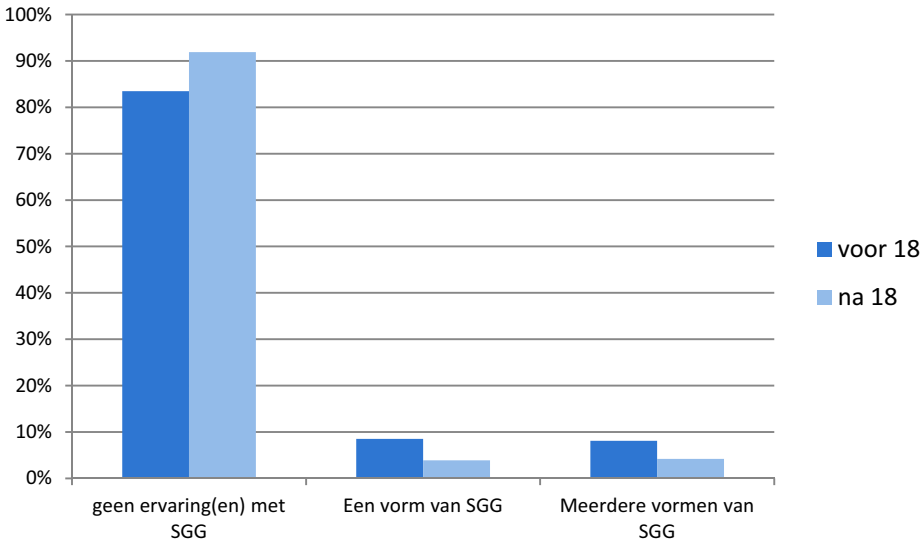
Tabel 2. Vormen van SGG na 18 jaar naar geslacht.

	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Kwetsende seksuele opmerkingen	165	9.8%	46	5.5%	119	14.1%
Op een kwetsende manier aangeraakt of vastgepakt worden	122	7.3%	18	2.1%	104	12.4%
Gedwongen om naakt te zijn	32	1.9%	2	0.3%	30	3.5%
Gedwongen om naar seksuele beelden te kijken	19	1.2%	1	0.2%	18	2.1%
Gedwongen tot masturbatie	12	0.7%	0	0.0%	12	1.4%
Gedwongen orale seks toe staan of uit te voeren	41	2.4%	0	0.0%	41	4.8%
Poging tot verkrachting	43	2.6%	3	0.4%	40	4.7%
Verkrachting	36	2.2%	4	0.4%	32	3.8%
Iets anders	23	1.3%	2	0.2%	21	2.5%

1.3. Algemene prevalentie seksueel grensoverschrijdend gedrag

Zoals hierboven beschreven, kan SGG verschillende vormen aannemen. Naast het afzonderlijk bekijken van deze verschillende vormen van SGG, kunnen we een algemene maat opstellen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze maat is gebaseerd op het aantal respondenten dat bevestigend antwoordt op één van de bovenstaande vormen. Kwetsende seksuele opmerkingen werden hierbij niet opgenomen om uit te sluiten dat respondenten die enkel dit item aanduidden, mee zouden worden opgenomen in de prevalentiecijfers voor SGG. Dit zou leiden tot een ruime operationalisatie van SGG. Dit is conform het onderzoek naar seksuele gezondheid in Nederland (cf. Bakker et al., 2009).

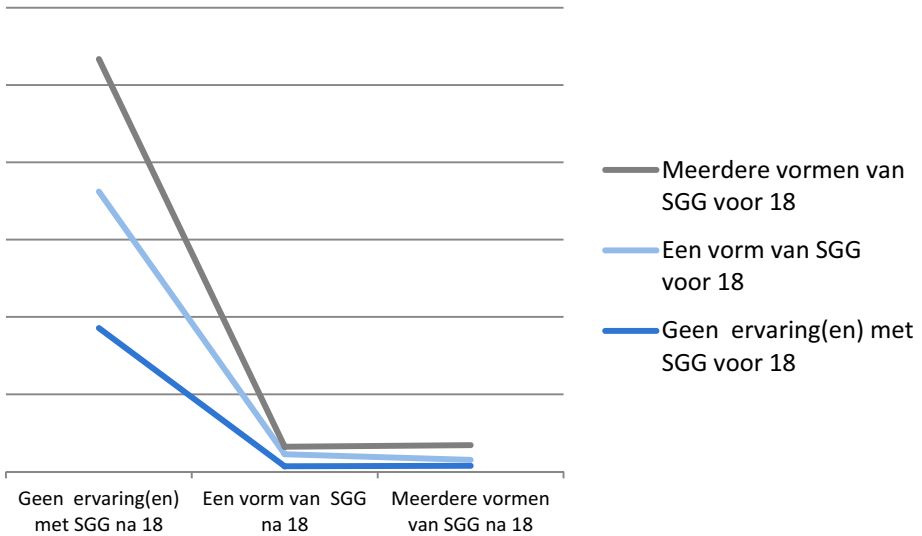
Op basis van deze maat heeft 16.6% ($N=301$) van de respondenten ervaring met SGG voor de leeftijd van 18 jaar. Meer specifiek heeft 8.5% ($N=154$) ervaring met één vorm van SGG en ongeveer evenveel personen (8.1%, $N=147$) heeft ervaring met meerdere vormen van SGG. Ervaring met SGG na de leeftijd van 18 jaar wordt gerapporteerd door 8.1% ($N=148$) van de respondenten, met name 3.9% ($N=71$) heeft ervaring met één vorm van SGG en 4.2% ($N=77$) rapporteert ervaring met meerdere vormen van SGG.



Figuur 1. Algemene prevalentie SGG voor en na de leeftijd van 18 jaar.

Zoals reeds aangegeven, wordt in de literatuur gedocumenteerd dat ervaring(en) met SGG voor de leeftijd van 18 jaar een belangrijke risicofactor vormt/vormen om op volwassen leeftijd eveneens met SGG geconfronteerd te worden (Messman-Moore & Long, 2003; Daigneault et al., 2009). Sommige auteurs komen tot de conclusie dat twee derde van de vrouwen die in de kindertijd het slachtoffer werden van SGG, ook geconfronteerd worden met SGG in de volwassenheid (Arata, 2002; Barnes et al., 2009; Classen et al., 2005). Ook mannen worden op volwassen leeftijd vaker opnieuw slachtoffer, al is dit tot nog toe veel minder empirisch onderzocht (Daigneault et al., 2009).

In onze Sexpert-studie vinden we dat het merendeel van de respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar met SGG geconfronteerd werd, geen latere ervaringen met SGG rapporteert (zie Tabel 3: 88.3% en 85.7%). Naast deze 'positieve' bevinding zien we echter wel dat respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar slachtoffer van SGG werden, vaker het slachtoffer werden van (een) grensoverschrijdende gedraging(en) na de leeftijd van 18 jaar in vergelijking met respondenten die geen ervaringen hebben met SGG. Van de respondenten die geen ervaring hadden met SGG voor de leeftijd van 18 jaar, rapporteert 7.1% ervaring met SGG na 18 jaar (3.4% één vorm en 3.7% meerdere vormen). Van de respondenten die voor 18 jaar één vorm van SGG meemaakten, rapporteert 11.7% ervaring met SGG na 18 jaar (7.8% één vorm en 3.9% meerdere vormen) en van de respondenten die ervaring hebben met meerdere vormen van SGG voor 18 jaar, rapporteert 14.3% ervaring met SGG na 18 jaar (4.8% één vorm en 9.5% meerdere vormen).



Figuur 2. Ervaringen met SGG voor 18 jaar en SGG na 18 jaar.

Tabel 3. Ervaringen met SGG voor 18 jaar en SGG na 18 jaar.

	Ervaringen met SGG na 18 jaar						
	Totaal	Geen ervaring(en) met SGG		Een vorm van SGG		Meerdere vormen van SGG	
Ervaring(en) met SGG voor 18 jaar	N	N	%	N	%	N	%
Geen ervaring(en) met SGG	1524	1415	92.8%	52	3.4%	57	3.7%
Een vorm van SGG	154	136	88.3%	12	7.8%	6	3.9%
Meerdere vormen van SGG	147	126	85.7%	7	4.8%	14	9.5%
Totaal	1825	1677	91.9%	71	3.9%	77	4.2%

* $\chi^2(4)=18.86; p < .05$

1.4. Verschillen tussen mannen en vrouwen in het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Vrouwen worden vaker dan mannen het slachtoffer van SGG en dit zowel voor als na de leeftijd van 18 jaar. We zien dat, voor de leeftijd van 18 jaar, 10.6% van de vrouwen ten opzichte van 6.3% van de mannen ervaring heeft met één vorm van SGG. 11.7% van de vrouwen heeft ervaring met meerdere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor de leeftijd van 18 jaar ten opzichte van 4.4% van de mannen.

Tabel 4. Ervaringen met SGG voor 18 jaar naar geslacht.

	Ervaringen met SGG voor 18 jaar					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Geen ervaring(en) met SGG	1524	83.5%	812	89.3%	712	77.7%
Een vorm van SGG	154	8.4%	57	6.3%	97	10.6%
Meerdere vormen van SGG	147	8.1%	40	4.4%	107	11.7%
Totaal	1825	100%	909	100%	916	100%

* $\chi^2(2)=47.46; p<.05$

Na de leeftijd van 18 jaar vinden we dat deze verschillen tussen mannen en vrouwen hoofdzakelijk liggen in het aantal keer dat ze met SGG geconfronteerd worden: 6.0% van de vrouwen ten opzichte van 1.7% van de mannen heeft ervaring met één vorm van SGG. Bijna 8% (7.8%) van de vrouwen ten opzichte van 0.7% van de mannen rapporteert meerdere vormen van SGG na de leeftijd van 18 jaar.

Tabel 5. Ervaringen met SGG na 18 jaar naar geslacht.

	Ervaringen met SGG na 18 jaar					
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Geen ervaring(en) met SGG	1677	91.9%	887	97.7%	790	82.6%
Een vorm van SGG	70	3.8%	15	1.7%	55	6.0%
Meerdere vormen van SGG	77	4.2%	6	0.7%	71	7.8%
Totaal	1824	100%	908	100%	916	100%

* $\chi^2(2)=83.30; p<.05$

*Noot: aantal vormen van SGG.

2. Seksueel grensoverschrijdend gedrag: meest ingrijpende gebeurtenis

Aan alle respondenten die bevestigend antwoordden op één van de vragen die naar SGG peilen, werd gevraagd in welke mate deze gebeurtenis(en) een emotionele impact had(den) (helemaal niet – eerder niet – matig – eerder wel – heel erg). Zodra respondenten aangaven dat deze gebeurtenis ‘eerder wel’ een emotionele impact had, werden enkele vervolgvragen gesteld. Over de gebeurtenis die ze als meest ingrijpend ervaren hebben (met uitsluiting van kwetsende seksuele opmerkingen), werden enkele vragen gesteld, zoals wie dit gedrag gesteld heeft, hoe vaak dit is voorgevallen, hoe oud men was en of men hier met iemand heeft over gepraat.

2.1. Relatie geweldpleger

We hebben voor deze meest ingrijpende gebeurtenis enkele vragen gesteld over de geweldpleger, bijvoorbeeld of het ging om één persoon of om meerdere personen en wat de relatie was met de geweldpleger. Zowel voor als na de leeftijd van 18 jaar gaat het in de grote meerderheid om één persoon (81.5% voor 18 jaar en 86.8% na 18 jaar) en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. In 18.5% (voor 18 jaar) en 13.2% (na 18 jaar) van de gevallen rapporteren respondenten dat het om meerdere personen ging.

Met betrekking tot de relatie met de geweldpleger vinden we dat bij het merendeel van de slachtoffers, ongeacht of het feit voor of na de leeftijd van 18 jaar heeft plaatsgevonden, de geweldpleger een bekende is. Slechts in 16.6% (voor 18 jaar) en 14.2% (na 18 jaar) gaat het om een onbekende. Over het algemeen zien we dat bij slachtoffers van SGG voor de leeftijd van 18 jaar familieleden/huisgenoten (24.9%) en kennissen (24.7%) het vaakst als geweldplegers genoemd worden. Wanneer we nagaan welke familieleden genoemd worden, dan blijkt dat het voornamelijk om mannelijke familieleden gaat: vader/stiefvader/vader van de partner (17.3%), broer/stiefbroer/broer van de partner (13.7%), grootvader of grootvader van de partner (6.2%) of een ander familielid (57.7%). Gezien het lage aantal respondenten die deze vragen beantwoordde (zie Tabel 6, eerste kolom), geven we enkel een overzicht weer van het aantal mannen en vrouwen die deze vragen invulden. We doen geen uitspraken over significante man-vrouwverschillen.

Tabel 6. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: relatie geweldpleger.

Geweldpleger	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
1. partner	22	6.9%	7	6.9%	15	6.9%
2. ex-partner	19	6.0%	2	2.0%	17	7.9%
3. familielid, huisgenoot	79	24.9%	11	11%	68	31.3%
4. vriend/in	21	6.8%	9	8.9%	12	5.6%
5. leerkracht, begeleider, overste, geestelijke, hulpverlener, ...	18	5.9%	14	13.9%	4	1.9%
6. kennis	78	24.7%	20	19.8%	58	27.0%
7. collega, klasgenoot, medestudent	20	6.3%	12	11.8%	8	3.7%
8. onbekende	53	16.6%	21	20.4%	32	14.8%
9. iemand anders	4	1.1%	1	0.7%	3	1.3%

Na de leeftijd van 18 jaar zien we dat – van het kleine aantal respondenten dat deze vraag beantwoordde – de meeste respondenten de ex-partner (26.9%) als voornaamste geweldpleger rapporteren, gevolgd door de partner (19.8%) en een kennis (17.9%). Vervolgens worden onbekenden (14.2%), collega's/klasgenoot/medestudent (10.4%) en vriend(in) (7.8%) het vaakst genoemd. Familieleden worden door

4.7% van de vrouwen genoemd. Deze resultaten zijn echter niet generaliseerbaar vanwege de kleine gerapporteerde aantallen.⁸⁷ Bovendien is het niet mogelijk om op basis van deze cijfers verschillen tussen vrouwen en mannen te bepalen.

Tabel 7. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: relatie geweldpleger.

Geweldpleger	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
1. partner	32	19.8%	1	4.3%	31	22.5%
2. ex-partner	44	26.9%	2	7.4%	42	30.3%
3. familielid, huisgenoot	7	4.0%	0	0.0%	7	4.7%
4. vriend/in	13	7.8%	8	31.2%	5	3.7%
5. leerkracht, begeleider, overste, geestelijke, hulpverlener, ...	2	1.0%	2	6.4%	0	0.0%
6. kennis	29	17.9%	5	20.2%	24	17.6%
7. collega, klasgenoot, medestudent	17	10.4%	0	0.0%	17	12%
8. onbekende	23	14.2%	6	23.1%	17	12.6%
9. iemand anders	2	1.3%	0	0.0%	2	1.6%

2.2. Eénmalig of herhaaldelijk

We vroegen aan de respondenten of deze meest ingrijpende gebeurtenis voor de leeftijd van 18 jaar éénmalig of herhaaldelijk is voorgevallen. In 64.2% van de gevallen ging het om een éénmalige gebeurtenis. Een niet te onderschatten percentage van de respondenten (35.8%) geeft aan deze gebeurtenis meermaals te hebben ervaren. Vrouwen worden over het algemeen vaker met SGG geconfronteerd dan mannen, maar in de groep respondenten die voor hun achttiende minstens iets hebben meegemaakt, vinden we geen verschillen tussen mannen en vrouwen wat de frequentie (éénmalig of herhaaldelijk) betreft: 71.7% van de mannen en 60.7% van de vrouwen geeft aan dat ze eenmalig met deze gebeurtenis geconfronteerd werden. Herhaaldelijk slachtofferschap werd gerapporteerd door 28.3% van de mannen en 39.3% van de vrouwen.

Tabel 8. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: éénmalig/herhaaldelijk.

Eénmalig/Herhaaldelijk	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Eénmalig	191	64.2%	66	71.1%	125	60.7%
Herhaaldelijk	107	35.8%	26	28.3%	81	39.3%

$\chi^2(1)=3.38; p=.06$

87. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

We vinden heel soortgelijke resultaten voor SGG na de leeftijd van 18 jaar: 59.9% van de respondenten geeft aan dat deze gebeurtenis eenmalig was. De overige 40% werd herhaaldelijk met SGG geconfronteerd. We vinden dat er binnen de groep vrouwen meer vrouwen zijn die herhaaldelijk SGG meemaakten in vergelijking met deze verdeling voor mannen.

Tabel 9. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: eenmalig/herhaaldelijk.

Eenmalig/Herhaaldelijk	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Eenmalig	93	59.9%	15	75%	78	57.4%
Herhaaldelijk	63	40.1%	5	25%	58	42.6%

$\chi^2(1)=2.26; p=.13$

2.3. Leeftijd

We vroegen aan respondenten om voor het meest aangrijpende feit aan te geven hoe oud ze op dat moment waren. Aan respondenten die antwoordden dat ze dit eenmalig meemaakten, werd de vraag gesteld ‘Hoe oud was je toen dit gebeurd is?’ Respondenten die aangaven dat ze herhaaldelijk het slachtoffer werden van deze feiten, kregen de volgende vragen voorgelegd: ‘Hoe oud was je toen dit de eerste keer gebeurd is?’ en ‘Hoe oud was je toen dit de laatste keer gebeurd is?’ Respondenten die SGG voor de leeftijd van 18 jaar rapporteerden, waren gemiddeld 13 jaar oud indien ze eenmalig met SGG geconfronteerd werden. Indien ze herhaaldelijk het slachtoffer werden van SGG, dan was de gemiddelde leeftijd bij de eerste keer 11 jaar en bij de laatste keer 14 jaar. Wanneer we geslachtsverschillen bekijken, dan zien we dat het SGG bij jongens gemiddeld genomen twee jaar vroeger start dan bij meisjes (9.5 jaar ten opzichte van 11.7 jaar). Ook de leeftijd bij de laatste keer is bij jongens gemiddeld twee jaar jonger dan bij meisjes (11.3 jaar ten opzichte van 13.6 jaar) (Tabel 10).

Respondenten uit onze Sexpert-studie die eenmalig met SGG geconfronteerd werden na de leeftijd van 18 jaar, waren gemiddeld 23 jaar oud. Respondenten die herhaaldelijk met SGG te maken kregen, waren de eerste keer gemiddeld 25.8 jaar oud en 31.8 jaar bij de laatste keer. We vinden hierin geen verschillen tussen vrouwen en mannen (Tabel 11).

Tabel 10. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: leeftijd.

Leeftijd	Totaal			Mannen			Vrouwen			
	N	range	Gemiddelde	SD	range	Gemiddelde	SD	range	Gemiddelde	SD
Eenmalig: leeftijd	190	2-17	13.36	3.06	6-17	13.15	2.63	2-17	13.48	3.27
Herhaaldelijk: leeftijd eerste keer*	102	2-17	11.20	3.81	2-16	9.51	3.92	3-17	11.72	5.83
Herhaaldelijk: leeftijd laatste keer**	90	3-18	13.05	3.54	3-18	11.33	4.18	5-18	13.67	3.09

* $t(100)=-2.56; p<.05$ ** $t(90)=-2.90; p<.05$

Tabel 11. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: leeftijd.

Leeftijd	Totaal			Mannen			Vrouwen			
	N	range	Gemiddelde	SD	range	Gemiddelde	SD	range	Gemiddelde	SD
Eenmalig: leeftijd	93	18-47	22.79	6.28	18-37	22.03	5.16	18-47	22.94	6.49
Herhaaldelijk: leeftijd eerste keer*	60	18-66	25.81	10.68	18-44	24.47	10.04	18-66	25.93	10.81
Herhaaldelijk: leeftijd laatste keer**	63	18-66	31.88	11.86	18-48	25.51	11.27	18-66	32.44	11.84

(1) $f(91)=-.52; p=.61$, (2) $f(58)=-.29; p=.77$, (3) $t(61)=-1.27; p=.21$ * $p<.05$, ** $p<.01$

2.4. Erover praten en ervaren steun

Om naar sociale steun te peilen hebben we aan respondenten de vraag gesteld of ze over deze voor hen meest aangrijpende gebeurtenis reeds met iemand gesproken hebben. Iets meer dan de helft van de respondenten (57.7%) die voor de leeftijd van 18 jaar met SGG geconfronteerd werd, heeft over deze meest ingrijpende gebeurtenis met iemand of met meerdere personen gesproken. Dit betekent dat een kleine helft (42.3%) hier met niemand over gesproken heeft. Verdere analyses tonen aan dat meer vrouwen dan mannen hier met één of meerdere personen over gesproken heeft: 64.7% van de vrouwelijke slachtoffers ten opzichte van 41.9% van de mannelijke slachtoffers. Vervolgens vroegen we aan deze respondenten in welke mate ze zich door deze persoon/personen gesteund voelen. Respondenten konden antwoorden op een vijfpunten Likertschaal, gaande van ‘helemaal niet’ tot ‘heel erg’. Hieruit blijkt dat de meerderheid zich eerder wel tot heel erg gesteund voelt: slechts 5.0% van zij die erover gesproken hebben, voelt zich helemaal niet gesteund, 8.1% eerder niet, 14.8% tussenin, 35.1% eerder wel en 37% voelt zich heel erg gesteund. Mannen ($M=3.73$, $SD=1.18$) voelen zich gemiddeld genomen niet meer of minder gesteund dan vrouwen ($M=3.96$, $SD=1.12$) ($t(169)=-1.1$; $p=.27$).

Tabel 12. Meest ingrijpende gebeurtenis voor 18 jaar: erover gepraat / niet over gepraat.

Erover gesproken	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
Ja	173	57.7%	39	41.9%	134	64.7%
Nee	127	42.3%	54	58.1%	73	35.3%
Totaal	300	100%	93	100%	207	100%

* $\chi^2(1)=13.66$; $p<.05$

Ook als volwassene is het moeilijk om over ervaring(en) met SGG te praten. Net zoals voor SGG voor de leeftijd van 18 jaar, zien we ook hier dat slechts een kleine meerderheid (55.3%) hier met iemand over gepraat heeft. In tegenstelling tot mannelijke en vrouwelijke slachtoffers die voor de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, vinden we hier geen verschillen tussen mannen en vrouwen: evenveel mannen als vrouwen hebben met een of meerdere personen gepraat. Als we peilen naar de mate waarin slachtoffers zich door deze persoon/personen gesteund voelen, dan rapporteert 85% zich ‘eerder wel’ tot ‘heel erg’ gesteund te voelen. Een kleine 15% heeft niet het gevoel gesteund te worden. Daarnaast zien we dat mannen ($M=3.82$, $SD=0.94$) en vrouwen ($M=4.18$, $SD=0.84$) zich in gelijke mate gesteund voelen ($t(84)=-1.47$; $p=.15$).

Tabel 13. Meest ingrijpende gebeurtenis na 18 jaar: erover gepraat / niet over gepraat.

Erover gesproken	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%	N	%
JA	87	55.4%	14	60.9%	73	54.4%
NEEN	70	44.6%	9	39.1%	61	45.5%
TOTAAL	157	100%	23	100%	134	100%

$\chi^2(1)=0.33; p=.57$

3. Prevalentie en vormen van fysiek en psychologisch partnergeweld

We hebben aan respondenten, vanaf de leeftijd van 18 jaar, eveneens enkele vragen gesteld over het voorkomen van fysiek en psychologisch geweld door de huidige partner of de ex-partner. 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, ongeacht of dit plaatsvindt in de openbare ruimte of in het privéleven, vormen hier deel van (Krug et al., 2002). Tal van klinische en populatiestudies hebben reeds aangetoond dat de verschillende vormen van geweld dikwijls samen voorkomen en een progressief verloop kennen (Walker, 1979). Om dit patroon op een accurate manier in kaart te brengen, peilen we in deze studie, naast een diepgaande bevraging naar de aanwezigheid naar SGG, ook naar de aanwezigheid van de andere vormen van interpersoonlijk geweld. Meer specifiek kiezen we er in deze Sexpert-studie voor om te peilen naar de aanwezigheid van fysiek en/of psychologisch geweld binnen de partnerrelatie (huidige partner of ex-partner).

3.1. Fysiek en psychologisch partnergeweld

De diversiteit van daden die naar fysiek geweld peilen, is heel groot. Omdat dit geen onderzoek is dat expliciet peilt naar de aanwezigheid van alle mogelijke vormen van fysiek geweld, hebben we ervoor gekozen om één vraag te stellen die de meest voorkomende handelingen van fysiek geweld samenvat: *'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?'* Deze vraag komt uit de 'Abuse Assessment Screening' (Basile, Hertz & Back, 2007). Over het algemeen zien we dat 9.6% van de respondenten rapporteerde het slachtoffer te zijn geworden van fysiek partnergeweld. Hiervan rapporteert de meerderheid dat dit zelden was (6.9%), 2.6% heeft soms fysieke agressie meegemaakt en 0.7% werd vaak tot heel vaak het slachtoffer van fysiek partnergeweld. Wanneer we verschillen bekijken tussen vrouwen en mannen, dan zien we dat vrouwen vaker dan mannen het slachtoffer worden van fysiek partnergeweld (zie Tabel 14).

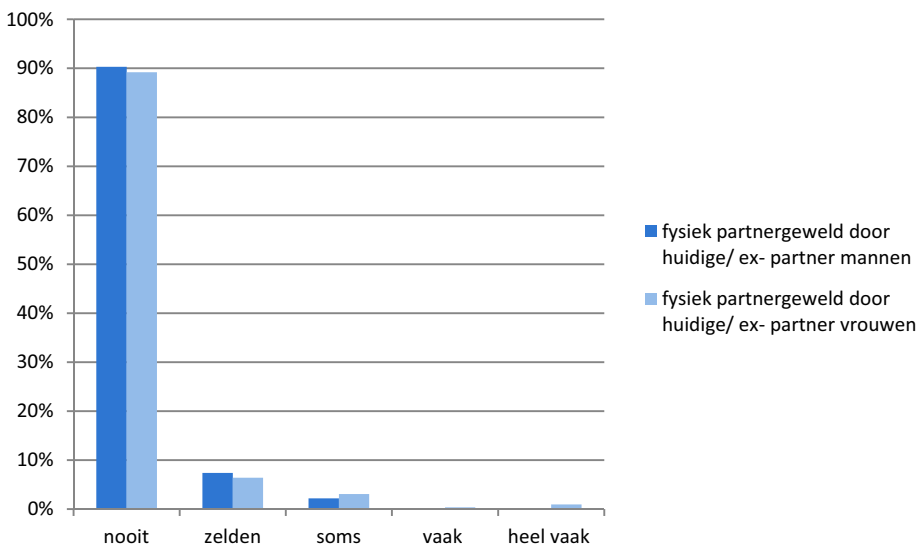
Consensus over welke handelingen naar psychologisch geweld verwijzen, is zowaar nog moeilijker te bereiken dan de andere vormen van geweld. Ongeacht het grote aantal daden zijn er toch een viertal categorieën waaronder het merendeel van deze gedragingen kunnen worden geplaatst: (1) beperken en isoleren van de partner, (2) kleineren en beledigen van de partner, (3) controleren en (4) dreigingen uiten (Garcia-Moreno et al., 2006). In de Sexpert-studie peilden we aan de hand van zeven items op een vierpuntschaal (0=nooit tot 4=heel vaak) naar het voorkomen van psychologisch partnergeweld. Respondenten konden een score hebben voor deze maat van psychologisch geweld tussen 0 en 28 (op basis van het aantal items die ze aanduiden en hoe vaak ze dit meemaakten). De interne consistentie voor deze schaal is 0.87 (Cronbach alpha).

Naast het in kaart brengen van het voorkomen van fysiek en psychologisch partnergeweld afzonderlijk, wilden we nagaan of, consistent met de bestaande literatuur, er een verband is tussen beide vormen van partnergeweld. Onze resultaten bevestigen dit verband: zowel voor mannen ($r=0.50$; $p<.05$) als voor vrouwen ($r=0.62$; $p<.05$) vinden we dat personen die ervaring hebben met fysiek geweld, eveneens meer psychologisch partnergeweld rapporteren.

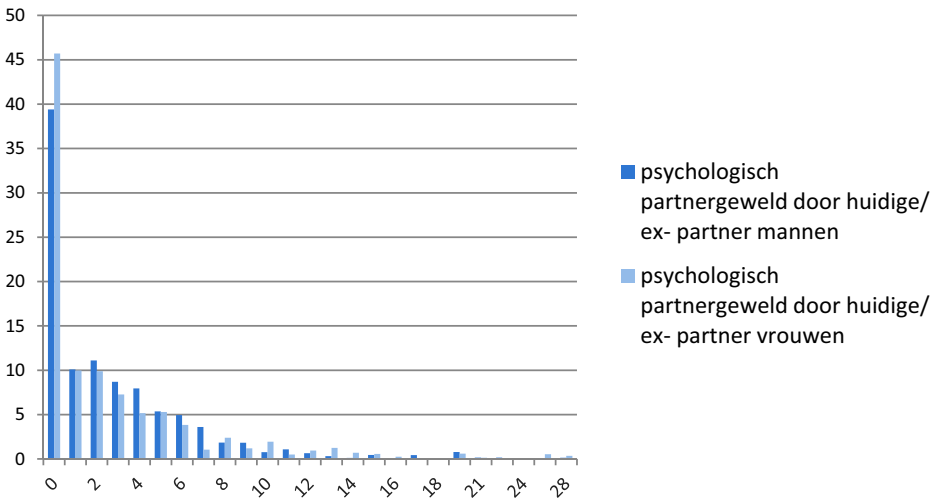
Tabel 14. Voorkomen van fysiek en psychologisch partnergeweld.

	N	Range	Mannen		Vrouwen		t
			Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD	
Fysiek partnergeweld	1665	0-4	0.13	0.40	0.17	0.58	$t(1490)=-2.1^*$
Psychologisch partnergeweld	1653	0-28	2.78	3.79	1.15	4.50	$t(1616)=-0.11$

* $p<.05$



Figuur 3. Voorkomen van fysiek partnergeweld.



Figuur 4. Voorkomen van psychologisch partnergeweld.

3.2. Ervaring(en) met seksueel grensoverschrijdend gedrag en fysiek en psychologisch partnergeweld

Verschillende studies hebben een verband aangetoond tussen SGG in de kindertijd en interpersoonlijk geweld op volwassen leeftijd, intiem partnergeweld inbegrepen (Browne & Finkelhor, 1986; DiLillo, 2001; Barnes et al., 2009). DiLillo (2001) vond dat vrouwen die in hun kindertijd SGG meemaakten, meer kans hadden om in hun partnerrelatie geconfronteerd te worden met fysiek geweld. Het verband tussen SGG en psychologisch partnergeweld is minder duidelijk (Daigneault et al., 2009), maar vanuit de literatuur zijn er aanwijzingen dat slachtoffers van SGG vaker dan niet-slachtoffers door hun partner gedomineerd en geïsoleerd worden (Messman-Moore & Long, 2000). Een studie bij een groep Chinese jongeren in een beginnende relatie toonde aan dat diegenen die in de kindertijd seksueel geweld meemaakten, meer fysiek geweld rapporteerden door hun huidige partner (Chan et al., 2011). Ander onderzoek vond dat vrouwelijke slachtoffers van SGG bijna tweemaal zoveel kans hadden om fysiek en seksueel partnergeweld mee te maken (Barnes et al., 2009).

Uit onze Sexpert-studie blijkt dat het grote merendeel van de respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, geen fysiek (84.2%) of psychologisch (61.7%) partnergeweld rapporteert. Daarnaast vinden we dat, van die respondenten die fysiek partnergeweld rapporteren, er meer respondenten zijn die wel SGG meemaakten voor de leeftijd van 18 jaar (15.8%) dan die geen SGG meemaakten (9.1%). Zo ook vinden we dat, van die respondenten die psychologisch partnergeweld rapporteren, er meer respondenten zijn die voor de leeftijd van 18 jaar wel SGG meemaakten (38.3%) dan die geen SGG meemaakten (27%).

Tabel 15a. Ervaringen met fysiek partnergeweld in functie van ervaring met SGG.

Fysiek partnergeweld huidige partner / ex-partner						
	Totaal		Neen		Ja	
SGG	N	N	%	N	%	
Geen ervaring(en) met SGG	1385	1259	90.9%	126	9.1%	
Wel ervaring met SGG	279	235	84.2%	44	15.8%	
Totaal	1664	1494	89.8%	170	10.2%	

$\chi^2(1)=11.27; p<.001$

Tabel 15b. Ervaringen met psychologisch partnergeweld in functie van ervaring met SGG.

Psychologisch partnergeweld huidige partner / ex-partner						
	Totaal		Neen		Ja	
SGG	N	N	%	N	%	
Geen ervaring(en) met SGG	1377	1005	73.0%	372	27.0%	
Wel ervaring met SGG	277	171	61.7%	106	38.3%	
Totaal	1664	1176	71.1%	478	28.9%	

$\chi^2(1)=14.21; p<.001$

4. Gezondheidscorrelaten

Net zoals er geen uniformiteit is in de cijfers over het voorkomen van SGG, is er ook geen uniformiteit over de gezondheidsuitkomsten van personen die ooit SGG meemaakten. Sommigen vertonen geen moeilijkheden op fysiek, psychologisch en/of seksueel vlak, anderen vertonen depressieve klachten, gevoelens van angst, posttraumatische stress, eetstoornissen, een laag zelfbeeld, persoonlijkheidsproblemen, verslavingsproblemen, ... (Putnam, 2003; Dimitrova et al., 2010; Walsh, Fortier & DiLillo, 2010).

Los van de vragen die naar SGG peilen, werden in deze Sexpert-studie enkele vragen gesteld die peilen naar hoe respondenten hun huidige fysieke en mentale gezondheid inschatten. We deden dit met behulp van de SF-12, een selectie van 12 vragen (voorbeelditems: ‘De afgelopen vier weken, hoe vaak voelde je je neerslachtig en somber?’, ‘Hoe vaak werd je de afgelopen vier weken gehinderd uit pijn?’) uit de SF-36 (Short Form Health Survey). Op basis van de subschalen uit de SF-12 kunnen we een beeld vormen van hoe respondenten op het moment van afname van de vragenlijst hun eigen fysieke en mentale gezondheid inschatten.

4.1. Inschatting van de fysieke en mentale gezondheid

Consistent met de literatuur kunnen we verwachten dat respondenten die een of meerdere ervaringen hebben met SGG, een verminderde fysieke en/of mentale gezondheidstoestand rapporteren dan respondenten die geen ervaring hebben met SGG. Omdat we niet over de leeftijd beschikken waarop respondenten een of meer-

dere ervaringen hadden met SGG, is het echter enkel mogelijk om een verband na te gaan, niet om causale conclusies te maken. Wanneer we het verband nagaan tussen SGG voor de leeftijd van 18 jaar en fysieke en mentale gezondheid, dan vinden we – controlerend voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau – zowel een significant verband met mentale gezondheid als met fysieke gezondheid. Daarnaast vinden we ook een interactie-effect tussen geslacht en SGG voor de leeftijd van 18 jaar, maar dit enkel voor mentale gezondheid. Met andere woorden, we vinden dat zowel mannelijke als vrouwelijke slachtoffers van SGG voor de leeftijd van 18 jaar een minder goede fysieke en mentale gezondheid rapporteren op het moment dat ze de vragenlijst invullen dan niet-slachtoffers, en dat de impact op de mentale gezondheid voor vrouwen nog iets groter is dan voor mannen.

Tabel 16. Samenvatting multivariate regressie voor het verband tussen ervaringen met SGG voor 18 jaar en fysieke en mentale gezondheid gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

	Gemiddelde	SD	B	F
Fysieke gezondheid				F(1,1589)=4.89*
Geen ervaring met SGG	16.75	.09	.90*	
Wel ervaring met SGG	16.24	.21		
Mentale gezondheid				F(1, 1589)=15.99***
Geen ervaring met SGG	22.22	.10	1.70**	
Wel ervaring met SGG	21.12	.26		

N=1590. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Wanneer we hetzelfde verband willen toetsen voor respondenten die na de leeftijd van 18 jaar het slachtoffer werden van SGG, dan vinden we geen effect van SGG op de afhankelijke variabelen (fysieke en mentale gezondheid), ongeacht of we controleren voor leeftijd, geslacht en opleiding of niet ($p = .80$). Met andere woorden, respondenten die na de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, schatten hun fysieke en mentale gezondheid niet lager in dan respondenten die geen SGG meemaakten.

Tabel 17. Samenvatting multivariate regressie voor het verband tussen ervaringen met SGG na 18 jaar en fysieke en mentale gezondheid gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

	Gemiddelde	SD	B	F
Fysieke gezondheid				F(1, 1590)=0.35
Geen ervaring met SGG	16.66	.08	.30	
Wel ervaring met SGG	16.84	.42		
Mentale gezondheid				F(1,1590)=0.98
Geen ervaring met SGG	22.02	.01	.85	
Wel ervaring met SGG	21.84	.51		

N=1590.

4.2. Seksueel functioneren en seksuele beleving

In de onderzoeksliteratuur naar seksueel geweld is de langetermijneffect van ervaringen met seksueel geweld op het latere seksuele functioneren één van de meest prominente onderzoeksvragen. Ervaringen met SGG in de kindertijd verstoren de normale seksualiteitsontwikkeling en kunnen leiden tot onaangepaste attitudes ten aanzien van seks (Mullen et al., 1994). Hoofdzakelijk in klinische steekproeven vindt men een verband met seksuele problemen, seksuele angst, schaamte en minder seksuele tevredenheid. Verschillende studies komen tot de bevinding dat sommige slachtoffers seksueel contact zoveel mogelijk proberen te vermijden en andere slachtoffers net een overmatig verlangen hebben naar seksueel contact en meer risicogedrag vertonen (Browne & Finkelhor, 1986; Mullen et al., 1994; Greenwald et al., 1990). De moeilijkheid met klinische steekproeven is dat ze een weerspiegeling zijn van slechts een kleine minderheid van slachtoffers en dit dikwijls net diegenen zijn die meer psychische moeilijkheden ervaren (Greenwald et al., 1990). De invloed van ervaringen met SGG op het seksuele functioneren op volwassen leeftijd op populatieniveau is veel minder onderzocht en levert ook minder eenduidige resultaten op. Zo vinden sommige onderzoekers dat slachtoffers evenveel seksueel actief zijn als niet-slachtoffers, maar wel meer ontevredenheid uiten over hun seksleven als over hun eigen seksualiteit en meer seksuele problemen hebben (Mullen et al., 1994). Anderen vinden geen verschillen op het vlak van seksuele tevredenheid en seksuele problemen (Greenwald et al., 1990). Een mogelijke verklaring voor deze grote inconsistenties in de literatuur is de gehanteerde definitie van SGG (Rellini & Meston, 2007). Een grootschalige Amerikaanse bevolkingsstudie (Laumann et al., 1994) toonde aan dat vrouwen die ooit SGG meemaakten, meer moeilijkheden hadden om een orgasme te bereiken, meer pijn hadden tijdens seks en zich meer angstig voelden over hun seksuele prestaties. Daarnaast dachten ze vaker aan seks dan niet-slachtoffers, hadden ze meer sekspartners gehad, masturbeerden ze vaker en hadden ze meer orale, anale en groepsseks dan vrouwen die geen SGG meemaakten. Resultaten uit een Nederlandse populatiestudie vonden geen verband tussen SGG en de beleving van seks, maar wel tussen SGG en seksuele stress, seksuele zelfachting, satisfactie en interactiecompetentie. Er werd geen samenhang gevonden tussen SGG en de frequentie van seksueel contact. Om te peilen naar het effect van SGG op het seksuele functioneren in onze Sexpert-studie, controleerden we voor geslacht, leeftijd en opleiding. Dit betekent dat we, ongeacht het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau van de respondenten, willen bekijken hoe SGG het seksuele functioneren beïnvloedt.

Als we de leeftijd bekijken waarop mensen in onze Sexpert-studie voor de eerste keer seks hadden, dan zien we dat de gemiddelde leeftijd ongeveer één jaar lager ligt voor respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten (17.5 jaar) dan voor diegenen die geen SGG meemaakten (18.6 jaar). We vinden geen samenhang tussen SGG, het aantal sekspartners gedurende de levensloop (gemiddeld 7.03 personen ten opzichte van 8.24 personen) en de frequentie van seks in de afgelopen twee

weken (2.40 keer ten opzichte van 2.48 keer). Naast het peilen naar enkele concrete seksuele gedragingen, peilden we eveneens naar de samenhang tussen ervaringen met SGG en het seksuele welbevinden. De onderstaande tabel illustreert dat er geen verband is tussen SGG voor de leeftijd van 18 jaar en seksuele tevredenheid (*Hoe tevreden of ontevreden ben je over het algemeen over jouw seksleven?*) gedurende de levensloop, noch met het belang van seks (*Hoe belangrijk of onbelangrijk is het voor jou om seks te hebben?*). Met andere woorden, respondenten die voor hun achttiende een of meerdere seksueel grensoverschrijdende handelingen meemaakten, zijn over het algemeen niet minder tevreden over hun seksleven en hechten niet meer of minder belang aan seks dan respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar geen SGG meemaakten.

Tabel 18. Samenvatting hiërarchische regressieanalyses voor het verband tussen ervaringen met SGG voor 18 jaar en seksueel functioneren gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

	N	Gemiddelde	SD	B	F
Leeftijd 1ste keer seks					F(4, 1492)=94.05
Geen ervaring met SGG	1249	18.62	3.52	-.10***	
Wel ervaring met SGG	253	17.53	2.76		
Aantal sekspartners					F(4, 1674)=9.64
Geen ervaring met SGG	1404	7.03	17.05	.03	
Wel ervaring met SGG	281	8.24	15.11		
Frequentie seks					F(4,1678)=40.53
Geen ervaring met SGG	1405	2.40	2.86	.003	
Wel ervaring met SGG	283	2.48	2.60		
Tevredenheid seksleven algemeen					F(4,1447)=0.92
Geen ervaring met SGG	1220	3.41	.07	-.08	
Wel ervaring met SGG	247	3.57	.11		
Belang van seks					F(4, 1447)=0.46
Geen ervaring met SGG	1220	3.61	.06	.02	
Wel ervaring met SGG	247	3.72	.10		

***p<.001

5. Besluit

Onderzoek naar SGG rapporteert grote verschillen in prevalentiecijfers. Tot nog toe waren er in Vlaanderen geen prevalentiecijfers voorhanden. In deze Sexpert-studie werden alle meerderjarige respondenten bevraagd over mogelijke ervaringen met tal van vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG). Cijfers over het voorkomen van seksueel geweld moeten steeds met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Afhankelijk van hoe seksueel geweld gedefinieerd wordt, over welke tijdsperiode het bevraagd werd en aan wie het gevraagd werd, worden andere cijfers

gevonden. In deze studie hebben we ervoor gekozen om ons niet te beperken tot de meest ernstige vormen van seksueel geweld, zoals poging tot verkrachting en verkrachting, maar hebben we ook niet-fysieke, mildere vormen opgenomen, zoals ongewenste seksuele aanrakingen en gedwongen worden naar seksuele beelden te kijken. We plaatsten al deze gedragingen onder de noemer ‘seksueel grensoverschrijdend gedrag’.

- ♦ Uit onze resultaten blijkt dat 16.6% van de respondenten voor de leeftijd van 18 jaar minimaal één vorm van SGG heeft meegemaakt, vrouwen (22.3%) werden vaker met SGG geconfronteerd dan mannen (10.7%). Na de leeftijd van 18 jaar rapporteert 8.1% van de respondenten ervaring met SGG; meer specifiek 13.8% van de vrouwen en 2.4% van de mannen.
- ♦ Wanneer we de specifieke vormen van SGG *voor de leeftijd van 18 jaar* bekijken, dan vinden we dat 14% van de respondenten wel eens een kwetsende seksuele opmerking heeft gekregen, 13.6% op een seksueel kwetsende manier werd aangeraakt of vastgepakt, 5% gedwongen werd om naakt te zijn, 2.2% gedwongen werd om naar seksuele beelden te kijken, 2.5% gedwongen werd tot masturbatie, 3% gedwongen werd orale seks uit te voeren of toe te staan, 3.9% het slachtoffer werd van een poging tot verkrachting en 2.3% verkracht werd.
- ♦ Wanneer we de specifieke vormen van SGG *na de leeftijd van 18 jaar* bekijken, dan vinden we dat 10% van de respondenten wel eens een kwetsende seksuele opmerking kreeg, 7% op een seksueel kwetsende manier werd aangeraakt, 2% gedwongen werd om naakt te zijn, 1.2% gedwongen werd om naar seksuele beelden te kijken, 1.4% gedwongen werd tot masturbatie, 4.8% gedwongen werd orale seks uit te voeren of toe te staan, 2.6% een poging tot verkrachting rapporteert en 2% verkracht werd.
- ♦ Het merendeel van de respondenten die SGG rapporteerden, heeft dit ‘slechts’ in één levensfase meegemaakt. Toch vinden we dat respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar met SGG geconfronteerd werden, na de leeftijd van 18 jaar vaker geconfronteerd worden met SGG dan respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar geen SGG meemaakten. Zowel voor als na 18 jaar is de geweldpleger dikwijls één persoon en een bekende voor het slachtoffer.
- ♦ We vinden dat respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, hun fysieke en mentale gezondheid als minder goed beschouwen dan respondenten die geen SGG meemaakten. Respondenten die na de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, schatten hun fysieke en mentale gezondheid niet negatiever in dan respondenten die geen SGG meemaakten.
- ♦ Met betrekking tot het verband tussen SGG voor de leeftijd van 18 jaar en seksueel functioneren vinden we dat slachtoffers gemiddeld een jaar vroeger dan niet-slachtoffers voor de eerste keer seks hebben. We vinden geen verschil naar het aantal sekspartners. Een positieve bevinding is dat respondenten die voor de

leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, even tevreden zijn over hun seksleven en over hoe belangrijk ze seks vinden dan respondenten die geen SGG meemaakten.

Referenties

- Arata, C.M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135-164.
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: Éditions La Découverte.
- Basile, K.C., Hertz, M.F. & Back, S.E. (2007). *Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for use in Healthcare settings: Version 1*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Barnes, J.E., Noll, J.G., Putnam, F.W. & Trickett, P.K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 33(7), 412-420.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijjer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Chan, K.L., Straus, M.A., Brownridge, D.A., Tiwari, A. & Leung, W.C. (2011). Prevalence of Dating Partner Violence and Suicidal Ideation Among Male and Female University Students Worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 529-537.
- Classen, C.C., Palesh, O.G. & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*, 6(2), 103-129.
- Coker, A.L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 149-177.
- Daigneault, I., Hebert, M. & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: a study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 638-647.
- de Graaf, H., Kruijjer, H., Van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25^{ste}. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Utrecht: Rutgers WPF.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553-576.
- Dimitrova, N., Pierrehumbert, B., Glatz, N., Torrisi, R., Heinrichs, M., Halfon, O. & Chouchena, O. (2010). Closeness in relationships as a mediator between sexual abuse in childhood or adolescence and psychopathological outcome in adulthood. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 183-195.

- Dutton, D.G. & Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior, 11*(5), 457-483.
- 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.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi country study on women's health and domestic violence. *The Lancet, 368*(9543), 1260-1269.
- Grauerholz, L. (2000). An Ecological Approach to Understanding Sexual Revictimization: Linking Personal, Interpersonal, and Sociocultural Factors and Processes. *Child Maltreatment, 5*(1), 5-17.
- Greenwald, E., Leitenberg, H., Cado, S. & Tarran, M.J. (1990). Childhood sexual abuse: long-term effects on psychological and sexual functioning in a nonclinical and nonstudent sample of adult women. *Child Abuse and Neglect, 14*, 503-413.
- Heise, L., Ellsberg, M. & Gottmoeller, M. (2002). A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 78*, S5-S14.
- Irish, L., Kobayashi, I. & Delahanty, D.L. (2010). Longterm physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology, 35*, 450-461.
- Jasinki, J.L., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1998). *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Made available by Sage Publications.
- 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.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- 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., Heiman, J.R. & Trapnell, P.D. (1999). The relationship between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research, 36*(4), 385-395.
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Romans, S.E. & Anderson, J.C. (1994). The effects of child sexual abuse on interpersonal, social and sexual functioning in adult life. *British Journal of Psychiatry, 165*, 33-47.
- 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.
- 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.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 269-278.

- Rellini, A.H. & Meston, C.M. (2007). Sexual desire and linguistic analysis: A comparison of sexually abused and non-abused women. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 67-77.
- Römkens, R. & Van Poppel, J. (2006). *Geweld onder intimi. Vooronderzoek over methodiek en resultaten van onderzoek over prevalentie, determinanten, gevolgen en hulpzoekend gedrag bij huiselijk geweld*. Tilburg: IVA.
- Saltzman, L.E., Fanslow, J.L., McMahon, P.M. & Shelley, G.A. (2002). Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Walsh, Z., Swogger, M.T., O'Connor, B.P., Chatay Schonbrun, Y., Shea, M.T. & Stuart, G.L. (2010). Subtypes of Partner Violence Perpetrators Among Male and Female Psychiatric Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 563-574. American Psychological Association.
- Walker, L. (1979). *The battered women syndrome*. New York: Harper & Row.
- Wiehe, V.R. (1998). *Understanding Family Violence: treating and preventing partner, child, sibling and elder abuse*. SAGE Publications Inc.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health – 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: World Health Organization.
- 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.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research (2010). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva: World Health Organization.

Hoofdstuk 6

Profielen van seksuele gezondheid

Naar een meer omvattende benadering van seksuele gezondheid op basis van latente klasseanalyse

Wouter Pinxten en John Lievens

1. Inleiding

De drie voorgaande hoofdstukken zijn elk toegespitst op een specifiek aspect van seksuele gezondheid. In dit hoofdstuk nemen we deze en andere indicatoren uit de Sexpert-studie samen en bestuderen we hoe en in welke mate ze samenhangen. Het is immers mogelijk dat het dezelfde mensen zijn die met verschillende fenomenen of problematieken geconfronteerd worden. Door profielen van respondenten samen te stellen, krijgen we zicht op hoe aspecten van seksuele gezondheid clusteren en kijken we op een meer omvattende manier naar het begrip seksuele gezondheid.

Om dit overkoepelende beeld te schetsen, gebruiken we latente klasseanalyse. Dit is een statistische techniek die – onder andere – toegepast kan worden om groepen van respondenten te ontdekken, op basis van hun antwoordpatronen bij vragen met categorische antwoordmogelijkheden (McCutcheon, 1987). Het resultaat van zo een analyse is een opdeling van respondenten in groepen, waarbij de respondenten binnen een groep zo veel mogelijk op elkaar gelijken, terwijl de verschillende groepen zo sterk mogelijk van elkaar verschillen (McCutcheon, 1987).

Enkele auteurs hebben latente klasseanalyse reeds toegepast in onderzoek over seksuele gezondheid. Lanza en Collins (2008) hebben door middel van latente klasseanalyse onderzoek gedaan naar seksueel risicogedrag bij Amerikaanse adolescenten. Op basis van een aantal indicatoren van seksueel risicogedrag (aantal (seks-)partners in het afgelopen jaar, onbeschermd vrijen, ...) onderscheiden ze vijf profielen. Aan het ene uiterste vinden ze jongeren met een kleine kans om een partner te hebben en die in het afgelopen jaar geen seks hadden (de *nondaters*). Aan het andere uiterste vinden ze jongeren met een hoge kans op veel (seks-)partners en een hoge kans op onveilig vrijen (de *multipartners exposed* groep). De andere groepen hebben elk een specifiek profiel dat zich tussen deze twee uitersten bevindt. Konda et al. (2011) hebben een soortgelijk onderzoek gedaan naar risicogedrag bij *esquineros* – heteroseksuele, gemarginaliseerde Peruviaanse mannen. Zij vinden vier groepen van respondenten, met elk een duidelijk onderscheiden risicoprofiel. Laumann, Paik en Rosen (1999) hebben in hun onderzoek naar seksuele disfuncties eveneens latente klasseanalyse toegepast. Concreet hebben ze een ruim scala aan vragen in verband met seksuele problemen teruggebracht tot drie bredere seksuele disfuncties. Die werden in een tweede stap in verband gebracht met diverse correlaten van seksuele gezondheid.

Terwijl Laumann et al. (1999) hun groepen definiëren op basis van de aan- of afwezigheid van disfuncties, classificeren wij de respondenten op basis van uiteenlopende indicatoren van seksuele gezondheid. Deze aanpak ligt in lijn met de brede definitie van seksuele gezondheid die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert. Deze definitie benadrukt immers dat seksuele gezondheid meer is dan de aan- of afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek (WHO, Departement of Reproductive Health and Research, 2006; WHO & United Nations Population Fund, 2010). Om de groepen beter te duiden, bekijken we in een tweede stap de samenhang met enkele achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd en partnerstatus).

2. Analyses

2.1. Profielen van seksuele gezondheid

In het licht van de WHO-definitie beperken we ons bij de constructie van de profielen⁸⁸ van seksuele gezondheid niet louter tot seksgerelateerde problemen. Concreet nemen we ook kenmerken op die verband houden met de beleving van seks en de variëteit aan seksuele praktijken. Omdat de seksuele praktijken in de Sexpert-studie in fijn detail zijn gemeten, verrichten we eerst een latente klasseanalyse specifiek op de praktijken (paragraaf 2.1.1). De oplossing hiervan nemen we vervolgens op in de meer omvattende profielschets (paragraaf 2.1.2).

2.1.1. Latente klasseanalyse van seksuele praktijken

Op basis van de informatie over de verschillende seksuele praktijken (zie Hoofdstuk 1, deel 4.2), kunnen we een aantal profielen onderscheiden van respondenten die in de voorbije zes maanden bepaalde handelingen wel of niet gedaan hebben. De hier beschreven profielen – of repertoires – kunnen worden geïnterpreteerd als handelingspatronen of manieren waarop mensen hun seksualiteit beleven. Deze analyse is een tussenstap naar een meer omvattende analyse van seksuele gezondheid in de volgende paragraaf.

Na enkele voorbereidende stappen⁸⁹ hebben we de overblijvende acht variabelen in

88. Omdat we een aantal indicatoren opnemen die over de afgelopen zes maanden bevraagd zijn, zijn de analyses beperkt tot respondenten die in de afgelopen zes maanden seks hebben gehad.

89. Voordat we de effectieve analyse uitvoerden, deden we twee voorbereidende stappen. Ten eerste weerden we twee items in verband met seksuele praktijken uit de analyse. Het item knuffelen schraptten we omdat het overgrote merendeel van de respondenten dit in de afgelopen zes maanden deed en er dus zeer weinig variatie was. Ook het item dat polst naar andere seksuele praktijken werd uit de analyse verwijderd omdat daaropvolgend niet werd gevraagd welke andere praktijken de respondenten deden. Ten tweede voegden we een aantal items samen. In de vragenlijst zijn strelen onder en boven de kleren als twee aparte items bevraagd. Voor deze analyse is dit onderscheid niet relevant omdat we hoofdzakelijk willen weten óf mensen strelen, waarbij het minder belangrijk is of dit boven of onder de kleren is. Daarom werden de twee items samengevoegd, waarbij personen die op minstens één van de twee items uit de vragenlijst bevestigend antwoorden, ook 'ja' scoren op het samengestelde item. Een soortgelijke operatie deden we met de items naakt bij elkaar liggen en elkaars naakte lichaam strelen; de items in verband met orale seks geven en ontvangen; en de items in verband met anale seks geven en ontvangen.

verband met seksuele praktijken in een latente klasseanalyse opgenomen. Het resultaat van deze analyse tonen we in Tabel 1, waarin we twee delen onderscheiden. Ten eerste geven we in de kolom ‘Univariate verdeling’ weer hoeveel procent van de totale steekproef elk van de praktijken heeft gedaan. Strelen onder en/of boven de kleren deed bijvoorbeeld 88% van de populatie in de afgelopen zes maanden. Uit deze kolom lezen we af dat strelen onder en/of boven de kleren, naakt bij elkaar liggen en/of elkaars naakte lichaam strelen, de geslachtsdelen van de andere met de hand stimuleren en geslachtsgemeenschap zeer frequent voorkomen: voor elk van deze activiteiten duidt meer dan 80% van de respondenten aan dat ze die in de afgelopen zes maanden deden. Ook orale seks (62%) en in mindere mate droogvrijen⁹⁰ (43%) komen frequent voor. Anale seks en het gebruik van seksspeeltjes komen in de steekproef duidelijk minder vaak voor.

Ten tweede tonen we in Tabel 1 ook de resultaten van de best passende oplossing van de latente klasseanalyse, waarin de respondenten in vijf groepen worden onderverdeeld.⁹¹ In de tabel wordt bij elk van de groepen voor elke variabele aangegeven wat de kans is dat respondenten uit die cluster een bepaalde handeling hebben gedaan. Respondenten uit Cluster 1 hebben bijvoorbeeld een kans van 98% dat ze in de afgelopen zes maanden onder of boven de kleren hebben gestreeld. Er is voor deze groep bijgevolg een kans van 2% dat ze dit niet hebben gedaan. Door dit te vergelijken met de kans in de volledige steekproef (de kolom ‘Univariate verdeling’), kunnen we voor elke cluster nagaan of deze handeling er meer of minder wordt gedaan dan in de volledige steekproef. Voor de volledige steekproef geldt dat ongeveer 84% in de afgelopen zes maanden onder en/of boven de kleren heeft gestreeld. Als we dit vergelijken met de kansen uit de eerste cluster (98%), kunnen we besluiten dat respondenten in Cluster 1 een grotere kans hebben om in de afgelopen zes maanden gestreeld te hebben in vergelijking met de volledige steekproef.⁹² Op basis van deze kansen kunnen we voor elke groep de karakteristieke kenmerken onderscheiden. In de latente klasseanalyse wordt voor elke respondent eveneens de kans berekend dat hij/zij tot een bepaalde cluster behoort. De respondenten hebben we dan toegewezen aan de cluster waarvoor ze de hoogste kans hebben om erbij te horen.⁹³

90. Seks waarbij de geslachtsdelen tegen het lichaam of de geslachtsdelen van de andere persoon worden gewreven.

91. Bij de selectie van het best passende model hebben we rekening gehouden met de gestandaardiseerde residuen, de hoeveelheid classificatiefouten en de p -, BIC- en BIC²-waarden.

92. Naar analogie van Caen (2009) hanteren we een vast criterium om te beoordelen of deze kansen noemenswaardig hoger of lager zijn. Als de kans op een gedraging in een cluster minstens 1.15 keer hoger is dan in de steekproef (zie de kolom ‘Univariate verdeling’), hebben we die in de tabel in het vet gezet. In de cluster is er dan een hogere kans dat deze gedraging er voorkomt. Als een gedraging er maximaal 1/1.15 keer zo vaak voorkomt in vergelijking met de volledige steekproef, dan doet ze zich in die cluster beduidend minder vaak voor en is ze in de tabel onderstreept.

93. Respondenten waarvan de hoogste kans om tot een bepaalde cluster te behoren, minder dan 5% verschilt van de kans om tot een andere cluster te behoren, hebben we niet aan een cluster toegewezen (dit naar analogie van Caen (2009)). Dit verklaart waarom het totale aantal respondenten na toewijzing kleiner is dan het aantal respondenten waarmee we de analyse startten (Tabel 1). Concreet hebben we 50 respondenten niet aan een cluster toegewezen.

Uit de latente klasseanalyse komen vijf profielen naar voren, die we hebben gerangschikt van meest divers naar minst divers. Als we deze profielen inhoudelijk onderzoeken, zien we dat een aantal ervan sterk op elkaar lijken: die zullen we telkens samen bespreken. Ondanks deze inhoudelijke gelijkenis, hebben we er toch voor gekozen om ze als aparte profielen te beschouwen. Statistisch kwamen deze groepen immers uit de analyse, wat erop wijst dat het wel degelijk onderscheiden profielen zijn.

- ♦ De **eerste groep** omvat 13% van de steekproef; respondenten in die groep hebben duidelijk het meest diverse patroon van seksuele handelingen: voor alle seksuele handelingen hebben ze een hogere kans dan de volledige steekproef. Daarnaast springen vooral de kansen voor anale seks (.38) en het gebruik van seksspeeltjes (.58) in vergelijking met de andere groepen en de volledige steekproef in het oog. Deze groep zien we bijgevolg als een meer experimentele groep respondenten.
- ♦ De tweede en derde groep lijken inhoudelijk sterk op elkaar en hebben beide een gemiddeld divers patroon van seksuele handelingen. De **tweede groep** (Gemiddeld divers A) is meteen ook de grootste groep uit de analyse, bestaande uit 33% van de respondenten. Kenmerkend voor deze groep respondenten is dat ze voor de meeste handelingen een hogere kans hebben om ze te doen. Voor geslachtsgemeenschap en anale seks verschillen ze niet wezenlijk van de volledige steekproef, terwijl ze wel een kleinere kans hebben om seksspeeltjes te gebruiken. De **derde groep** (Gemiddeld divers B) beslaat 32% van de respondenten en lijkt sterk op de tweede groep. Voor strelen onder en/of boven de kleren, elkaars naakte lichaam strelen en/of naakt bij elkaar liggen, orale seks, het stimuleren van de geslachtsdelen van de ander en geslachtsgemeenschap scoren ze net als de tweede groep hoog, maar ze verschillen niet wezenlijk van de steekproef. De meest opvallende verschillen met de tweede groep zijn dat respondenten van deze groep ten eerste een opvallend kleine kans hebben op droogvrijen⁹⁰ (.02), terwijl de tweede groep dit vaker doet dan het steekproefgemiddelde. Ten tweede hebben ze een kleine kans op anale seks, terwijl de kans voor de tweede groep niet wezenlijk verschilt van die van de steekproef. Deze groepen hebben een minder uitgebreid repertoire dan de eerste groep en het verschil met die eerste groep ligt vooral bij anale seks en het gebruik van seksspeeltjes, de meer experimentele activiteiten dus. We zien dit bijgevolg als twee varianten van het gemiddeld diverse profiel.
- ♦ De twee laatste profielen lijken inhoudelijk eveneens sterk op elkaar en zijn duidelijk het minst divers. In de **vierde groep** (Minst divers A) zit 9% van de respondenten. Deze groep scoort voor de meeste activiteiten lager dan de volledige steekproef, behalve voor strelen onder en/of boven de kleren (.75) en het stimuleren van de geslachtsdelen van de ander (.76). Wat bij deze groep ook de aandacht trekt, is de opvallend kleine kans op orale seks (.15). De **vijfde groep** (Minst divers B) wordt door 13% van de steekproef gevormd.

Deze groep heeft duidelijk een kleine kans om de verschillende seksuele praktijken te doen. De activiteit waarvoor ze de hoogste kans hebben, is geslachts-gemeenschap (.47). Wat bij hen ook opvalt, zijn hun lage scores voor strelen onder en/of boven de kleren (.35) en naakt bij elkaar liggen en/of elkaars naakte lichaam strelen (.36). Dit interpreteren we als een teken van een beperkte mate aan intimiteit.

De analyse van de seksuele praktijken levert zo een aantal onderscheiden seksuele handelingspatronen op. De typologie uit deze analyse nemen we daarnaast op in de ruimere profielschets van seksuele gezondheid, die we in de volgende paragraaf uitwerken.

Tabel 1. Beste oplossing van de latente klasseanalyse op seksuele praktijken. Model met vijf clusters, waarbij de kansen per cluster getoond worden (N=1347).

	Univariate verdeling	Cluster 1 Meest divers	Cluster 2 Gemiddeld divers (A)	Cluster 3 Gemiddeld divers (B)	Cluster 4 Minst divers (A)	Cluster 5 Minst divers (B)
1. Strelen onder en/of boven kleren	.84	.98	.97	.90	.75	<u>.35</u>
2. Naakt bij elkaar liggen en/of elkaars naakte lichaam strelen	.85	.99	1.00	.92	<u>.67</u>	<u>.36</u>
3. Droogvrijen ⁹⁰	.43	.64	.90	<u>.02</u>	<u>.36</u>	<u>.00</u>
4. De geslachtsdelen van de andere persoon met de hand stimuleren en/of aanraken	.83	.99	.97	.91	.76	<u>.18</u>
5. Orale seks	.62	1.00	.77	.70	<u>.15</u>	<u>.14</u>
6. Geslachtsgemeenschap	.82	.99	.92	.94	<u>.49</u>	<u>.47</u>
7. Anale seks	.10	.38	.10	<u>.02</u>	<u>.02</u>	<u>.05</u>
8. Seksspeeltjes	.15	.58	<u>.09</u>	<u>.11</u>	<u>.00</u>	<u>.10</u>
Clustergrootte na modale toewijzing		12.60%	32.90%	32.20%	9%	13.30%
Aantal eenheden per cluster (na toewijzing)		163	427	417	117	173
Totaal aantal eenheden (na toewijzing)				1297		

Onderstreep=beduidend kleinere kans in vergelijking met de volledige steekproef; vet=beduidend grotere kans in vergelijking met de volledige steekproef.⁹²

2.1.2. Latente klasseanalyse van de indicatoren van seksuele gezondheid

Bij de selectie van variabelen voor de ruimere analyse over seksuele gezondheid hebben we in eerste instantie beslist om de variabelen uit de drie voorgaande hoofdstukken op te nemen. Dit zijn de variabelen in verband met disfuncties, seksueel grensoverschrijdend gedrag en problemen bij de zwangerschap. Daarnaast hebben we een aantal variabelen toegevoegd die ons meer inzicht geven in de seksuele ervaringen van de respondenten en de manier waarop ze hun seksualiteit beleven. Hiervoor nemen we variabelen in verband met tevredenheid, seksuele praktijken, frequentie

en het aantal partners in de analyse op. Concreet gebruiken we de volgende indicatoren om tot een typologie van de ruimere seksuele gezondheid te komen.

- ♦ **Tevredenheid over het seksleven van de afgelopen zes maanden:** hier hebben we een tweedeling gemaakt van personen die tevreden zijn over hun seksleven (mensen die heel tevreden of tevreden zijn) en zij die ontevreden zijn (personen die heel ontevreden, ontevreden of noch ontevreden noch tevreden zijn over hun seksleven⁹⁴).
- ♦ **Typologie van seksuele praktijken in de afgelopen zes maanden:** voor deze variabele gebruiken we de oplossing van de latente klasseanalyse uit de vorige paragraaf, waarbij we vijf groepen onderscheiden.
- ♦ **Frequentie seks in de afgelopen zes maanden:** qua frequentie onderscheiden we respondenten die minder dan gemiddeld (een enkele keer de afgelopen zes maanden of één keer per maand), gemiddeld (enkele keren per maand of één keer per week) of bovengemiddeld (meerdere keren per week of dagelijks) seks hebben.
- ♦ **Aantal sekspartners tijdens de levensloop:** om het aantal partners in kaart te brengen, hebben we een tweedeling gemaakt tussen personen met 0 tot en met 4 sekspartners tijdens de levensloop en personen met 5 of meer sekspartners tijdens de levensloop.
- ♦ **De ervaring van seksuele disfuncties tijdens de levensloop:** in navolging van Hoofdstuk 4 onderscheiden we het louter ervaren van seksuele functieproblemen en het ervaren van functieproblemen gepaard met last (seksuele disfunctie). Een eerste categorie omvat personen die nog nooit een functieprobleem of disfunctie hebben gehad; in de tweede categorie zitten de personen die ooit een functieprobleem of functieproblemen hadden (dus zonder last) en de laatste groep omvat de personen die een functieprobleem of functieproblemen met hiermee gepaarde last ervoeren.
- ♦ **Slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor de leeftijd van 18 jaar:** voor deze variabele hebben we een onderscheid gemaakt tussen personen die voor hun achttiende levensjaar het slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld en personen bij wie dit niet het geval was. Bij de constructie van deze variabele nemen we alle seksueel grensoverschrijdende gedragingen mee die in Tabel 1 van Hoofdstuk 5 werden vermeld, met uitzondering van kwetsende seksueel getinte opmerkingen.
- ♦ **Slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag na de leeftijd van 18 jaar:** naar analogie van de vorige variabele onderscheiden we hier de personen die na hun achttiende levensjaar het slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld van

94. We rekenen enkel de respondenten die uitgesproken aangeven dat ze tevreden zijn tot de categorie tevreden. Vandaar dat de respondenten die noch tevreden, noch ontevreden zijn, bij de ontevreden groep zitten.

personen bij wie dit niet zo was. Ook hier hebben we alle vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag meegenomen die in Tabel 2 van Hoofdstuk 5 werden vermeld, met uitzondering van kwetsende seksueel getinte opmerkingen.

- ◆ **Problemen tijdens de zwangerschap:** bij de constructie van deze variabele hebben we de aparte variabelen voor respectievelijk abortus, miskraam en medische onderbreking (zie paragraaf 3 van Hoofdstuk 3) samen genomen. Concreet maken we het onderscheid tussen mensen die ooit een probleem ervoeren bij een zwangerschap (hetzij een abortus, een miskraam of een medische onderbreking) en personen die nooit een dergelijk probleem ervoeren. Daarnaast is er nog een aparte categorie voor vrouwen die nog nooit zwanger waren en mannen die nog nooit iemand zwanger hebben gemaakt.

Seksuele gezondheid is een concept dat uiteraard veel meer omvat dan de bovenstaande variabelen. Hierbij kan worden gedacht aan communicatie over seks, veilig vrijen, testgedrag, ... Bij deze analyse hebben we ons om twee redenen tot de bovenstaande variabelen beperkt. Ten eerste hebben we geprobeerd om andere variabelen toe te voegen, maar dit leidde ertoe dat er geen passend model kon worden geschat. Ten tweede zijn bepaalde variabelen heel scheef verdeeld (zoals besmetting met seksueel overdraagbare aandoeningen), waardoor het niet nuttig was om ze op te nemen. Bij een aantal andere variabelen hebben we noodgedwongen ook veel informatie moeten samen nemen. In verband met problemen tijdens de zwangerschap was het bijvoorbeeld niet mogelijk om de aparte variabelen rond abortus, miskraam en medische onderbreking op te nemen omdat te weinig respondenten deze problemen hebben ervaren. Daarom hebben we dit tot één samengesteld item gereduceerd.

Tabel 2 toont de resultaten van de best passende oplossing van de latente klasseanalyse.⁹¹ Zoals bij de analyse van seksuele praktijken geven we bij elk van de clusters voor elke variabele aan wat de kans is dat de respondenten uit die clusters een bepaald antwoord geven. In Cluster 1 is bijvoorbeeld 90% van de respondenten tevreden. Door dit te vergelijken met het percentage in de volledige steekproef uit de kolom 'Univariate verdeling', kan worden bepaald of deze groep meer of minder tevreden is. Aangezien in de steekproef 73% van de respondenten tevreden is, kunnen we besluiten dat respondenten van Cluster 1 meer tevreden zijn. Bij de interpretatie van de resultaten hanteren we dezelfde criteria als in de latente klasseanalyse van de seksuele praktijken.^{92,93} We bespreken eerst de tevreden en daarna de ontevreden groepen.

- ◆ De **eerste cluster** beslaat 37% van de respondenten uit de analyse. Zij hebben een grote kans om tevreden te zijn over hun seksleven en tot de twee gemiddeld diverse profielen te behoren. Ze hebben ook een grote kans om qua frequentie gemiddeld te scoren en om gedurende hun leven weinig sekspartners te hebben gehad. Ten slotte hebben ze een kleine kans dat ze ooit het slachtoffer waren van seksueel grensoverschrijdend gedrag (zowel voor als na 18 jaar), dat ze ooit sek-

suele disfuncties hadden en problemen bij hun zwangerschap(pen) hebben ervaren. Dit zien we als een weinig uitgesproken profiel van respondenten die een gemiddeld aantal keren seks hebben, niet al te veel sekspartners hebben in de loop van hun leven, geen noemenswaardige problemen hebben ervaren en qua seksueel gedrag ook geen buitenbeentje zijn (dit zien we door de hoge kansen op de twee gemiddeld diverse seksuele profielen).

- ♦ De **tweede groep** omvat 31% van de steekproef. De respondenten uit deze groep hebben zoals de eerste groep een grote kans om tevreden te zijn over hun seksleven. Ze hebben daarnaast een hogere kans op het meest diverse seksuele profiel of op het eerste gemiddeld diverse profiel. Ook hebben ze een hoge kans om meer dan gemiddeld seks te hebben en veel sekspartners te hebben gehad in de loop van hun leven. De respondenten uit deze groep hebben bovendien een hoge kans om functiestoornissen te hebben ervaren, maar dan wel zonder last. Daarnaast blijken de respondenten van deze cluster een grotere kans te hebben om het slachtoffer te zijn geweest van grensoverschrijdend gedrag, zowel voor als na de leeftijd van 18 jaar. Uit de resultaten blijkt ten slotte dat ze een hoge kans hebben om nog nooit zwanger te zijn geweest of om bij de zwangerschap problemen te hebben ervaren. Deze groep respondenten lijkt seksueel zeer actief te zijn: ze hebben als enige groep een grote kans op het meest diverse profiel (wat gelijkstaat aan een hogere kans op alle seksuele praktijken), hebben vaak seks gehad in de laatste zes maanden en hebben veel sekspartners gehad. Daarnaast hebben ze een grote kans om verschillende seksuele problemen te hebben ervaren. Er is dus een aanzienlijke groep respondenten (31%) die seksuele problemen heeft ervaren, die seksueel zeer actief is en tevreden is over hun seksleven.
- ♦ De **derde groep** beslaat ongeveer 10% van de respondenten en blijkt een gemiddeld tevreden groep te zijn. Ook blijken ze een weinig divers seksueel repertoire te hebben. Ze hebben daarnaast een hogere kans om minder dan gemiddeld seks te hebben en weinig sekspartners gehad te hebben in de loop van hun leven. Met betrekking tot de problemen in verband met seks, scoort deze groep relatief laag. Enkel in verband met seksuele disfuncties is dit niet noodzakelijk het geval: voor deze groep is er enerzijds immers een hogere kans om geen seksuele disfuncties te hebben en anderzijds een hogere kans om enkel een functiestoornis zonder last te hebben. Er is dus een subgroep die geen disfuncties heeft en een subgroep die functiestoornissen zonder last heeft.⁹⁵ Daarnaast hebben ze een kleine kans om ooit het slachtoffer te zijn geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag en een hoge kans dat ze bij de zwangerschap nog nooit problemen hebben ervaren. Deze groep lijkt seksueel weinig actief te zijn: ze hebben een weinig divers seksueel profiel, hebben weinig seks gehad in de laatste zes maanden en hebben ook in de loop van hun leven weinig sekspartners gehad. Daarnaast zijn ze tevreden over hun seksleven en ervaren ze weinig seksgerelateerde

95. Dat deze groep in de analyse niet uit elkaar valt in deze twee subgroepen, komt doordat ze voor de rest zeer sterk op elkaar lijken.

problemen. Ze hebben enkel een hogere kans op seksuele functieproblemen, maar ze ervaren hier geen last van.

- ◆ Een **vierde groep** van een kleine 14% heeft een grote kans om ontevreden te zijn over hun seksleven. Net zoals de vorige groep hebben ze een weinig divers seksueel repertoire en hebben ze minder dan gemiddeld seks gehad in de voorbije zes maanden. Personen uit deze groep hebben ook een heel grote kans op seksuele disfuncties met last (.66) en om grensoverschrijdend seksueel gedrag te hebben meegemaakt voor en na de leeftijd van 18 jaar. In verband met problemen bij zwangerschap is het plaatje op het eerste gezicht minder duidelijk: deze groep heeft een hogere kans om geen problemen te ervaren bij de zwangerschap en een hogere kans om problemen te ervaren bij de zwangerschap. Er lijkt dus binnen deze groep een subgroep te zijn die geen problemen heeft ervaren bij de zwangerschap en een andere subgroep die wel problemen heeft ervaren.⁹⁵ Deze groep lijkt een probleemcluster te zijn: er is immers een hoge kans op de verschillende problemen en daarnaast is deze groep ook zeer ontevreden over hun seksleven. Dit gaat bij hen samen met een weinig divers seksueel repertoire en een lage seksfrequentie in de afgelopen zes maanden.
- ◆ Een **laatste groep** van 7.5% is eveneens ontevreden over hun seksleven. Met betrekking tot de praktijken hebben ze een hogere kans op het tweede gemiddeld diverse en het eerste minder diverse profiel. Ze lijken minder dan gemiddeld seks te hebben gehad in de voorbije zes maanden en veel sekspartners in de loop van hun leven te hebben gehad. De respondenten uit deze groep hebben een kleine kans om seksuele disfuncties met last te hebben ervaren en om het slachtoffer te zijn geweest van grensoverschrijdend seksueel gedrag. Ook hebben personen in deze groep een grote kans om nog nooit zwanger te zijn geweest. Samen genomen hebben deze respondenten een kleine kans op de verschillende seksuele problemen, ze hebben veel sekspartners gehad in de loop van hun leven, maar momenteel hebben ze maar zelden seks. Dit gaat gepaard met ontevredenheid over hun seksleven van de voorbije zes maanden.

Van de vijf groepen die we onderscheiden, zijn er dus drie tevreden (het equivalent van ongeveer drie vierde van de steekproef), terwijl twee groepen ontevreden zijn over hun seksleven. Van de tevreden groepen heeft er één duidelijk een hogere kans om de verschillende seksgerelateerde problemen te ervaren. De respondenten uit deze groep zijn echter wel tevreden over hun seksleven. Van de twee ontevreden groepen is er eveneens één groep die een hogere kans heeft om de verschillende seksgerelateerde problemen te ervaren. De andere ontevreden groep heeft daarentegen geen noemenswaardige seksuele problemen.

Tabel 2. Beste oplossing van de latente klasseanalyse op de indicatoren in verband met seksuele gezondheid. Model met vijf clusters, waarbij de kansen per cluster getoond worden (N=1238).

	Univariate verdeling	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Tevredenheid seksleven						
- niet tevreden – onverschillig	.27	<u>.10</u>	<u>.10</u>	.29	.88	.66
- tevreden	.73	.90	.90	.71	<u>.12</u>	<u>.34</u>
Clusteroplossing seksuele praktijken						
- meest divers	.13	<u>.06</u>	.32	<u>.01</u>	<u>.04</u>	<u>.02</u>
- gemiddeld divers (A)	.33	.39	.42	<u>.01</u>	<u>.20</u>	.32
- gemiddeld divers (B)	.33	.44	<u>.23</u>	<u>.11</u>	.36	.49
- minst divers (A)	.09	<u>.06</u>	<u>.00</u>	.30	.20	.12
- minst divers (B)	.12	<u>.05</u>	<u>.03</u>	.57	.20	<u>.05</u>
Frequentie seks						
- minder dan gemiddeld	.20	<u>.06</u>	<u>.01</u>	.57	.48	.67
- gemiddeld	.46	.59	<u>.35</u>	.42	.49	<u>.32</u>
- meer dan gemiddeld	.34	.35	.64	<u>.01</u>	<u>.03</u>	<u>.01</u>
Aantal sekspartners in het leven						
- 0 tot 4 partners	.55	.71	<u>.31</u>	1.00	.57	<u>.23</u>
- meer dan 4 partners	.45	<u>.29</u>	.69	<u>.00</u>	.43	.77
Seksuele disfuncties						
- geen disfunctie	.65	.83	.68	.56	<u>.15</u>	.74
- functiestoornis	.18	<u>.08</u>	.25	.26	.19	.18
- functiestoornis met last	.17	<u>.09</u>	<u>.07</u>	.18	.66	<u>.08</u>
Slachtoffer grensoverschrijdend seksueel gedrag (t.e.m. 18 jaar)						
- nooit meegemaakt	.82	.89	.73	.90	<u>.71</u>	.96
- ooit iets meegemaakt	.18	<u>.11</u>	.27	<u>.10</u>	.29	<u>.04</u>
Slachtoffer grensoverschrijdend seksueel gedrag (na 18 jaar)						
- nooit meegemaakt	.92	.95	.90	.97	.84	.98
- ooit iets meegemaakt	.08	<u>.05</u>	.10	<u>.03</u>	.16	<u>.02</u>
Probleem zwangerschap						
- nog nooit zwanger	.33	.32	.39	<u>.10</u>	<u>.16</u>	.65
- ooit zwangerschap, maar geen probleem	.50	.60	<u>.33</u>	.75	.58	<u>.27</u>
- ooit zwangerschap en probleem gehad	.17	<u>.08</u>	.28	<u>.15</u>	.26	<u>.08</u>
Clustergrootte na modale toewijzing		37.3%	31.1%	10.3%	13.7%	7.5%
Aantal eenheden per cluster (na toewijzing)		443	370	123	163	90
Totaal aantal eenheden (na toewijzing)		1189				

Onderstreept=beduidend kleinere kans in vergelijking met de volledige steekproef, vet=beduidend grotere kans in vergelijking met de volledige steekproef.⁹²

2.2. Duiding van de profielen van seksuele gezondheid

In dit deel brengen we de profielen van seksuele gezondheid in verband met enkele achtergrondkenmerken. Tabellen 3 tot 5 tonen hoe de categorieën van respectievelijk geslacht, leeftijd en huidige partnerstatus over de verschillende clusters verdeeld zijn. In elk van de tabellen tonen we ook de resultaten van een aantal Z-toetsen, die aangeven in welke mate er binnen elke cluster statistisch significante verschillen zijn. Een letter in superscript geeft telkens aan dat binnen een cluster een bepaalde categorie statistisch significant groter is dan de categorie die met de letter wordt aangegeven. Er blijken nauwelijks verschillen te zijn naar geslacht, enkel in Cluster 4 zijn er meer vrouwen dan mannen, terwijl er in Cluster 5 meer mannen zijn (Tabel 3).

Tabel 3. Kruistabel van de profielen van seksuele gezondheid en geslacht (rijpercentages).

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	
Man ^(A)	38.8%	29%	10.4%	11.6%	10.1% ^(B)	100%
Vrouw ^(B)	35.7%	33.3%	10.2%	16.1% ^(A)	4.7%	100%

(.) Z-toets, $p < .05$.

In Tabel 4 tonen we hoe de clusters over elk van de leeftijdscategorieën zijn verdeeld. In de tweede en de vijfde groep zijn de ouderen duidelijk in de minderheid. In de derde groep, daarentegen, zijn de ouderen wel sterk vertegenwoordigd en ook in de vierde groep zijn ze duidelijk in de meerderheid. In de vierde groep zijn de jongeren ook het minst vertegenwoordigd. Respondenten van de derde en vierde cluster bleken seksueel minder actief te zijn met een weinig divers seksueel repertoire en een lage seksfrequentie.

Tabel 4. Kruistabel van de profielen van seksuele gezondheid en leeftijd (rijpercentages).

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	
14-25 ^(A)	42.3%	39.2% ^(C)	2.3%	4.1%	12.2% ^(C)	100%
26-49 ^(B)	35.6%	37.6% ^(C)	4.6%	13.7% ^(A)	8.5% ^(C)	100%
50-80 ^(C)	37.1%	16.2%	23.8% ^{(A) (B)}	19.6% ^{(A) (B)}	3.4%	100%

(.) Z-toets, $p < .05$.

In Tabel 5 tonen we de verdeling van de huidige partnerstatus over de verschillende clusters. In Clusters 1, 2 en 3 zijn de mensen met een partner oververtegenwoordigd. Dit zijn de drie clusters die tevreden zijn over hun seksleven. In de vijfde cluster zijn de mensen zonder partner sterker vertegenwoordigd dan de mensen met partner. De respondenten uit deze cluster bleken ook weinig seks te hebben gehad in de afgelopen zes maanden, wat hier waarschijnlijk mee samenhangt.

Tabel 5. Kruistabel van de profielen van seksuele gezondheid en het momenteel al dan niet hebben van een partner (rijpercentages).

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	
Momenteel geen partner ^(A)	21.4%	35%	1.7%	6.8%	35% ^(B)	100%
Momenteel een partner ^(B)	39% ^(A)	30.7% ^(A)	11.3% ^(A)	14.5%	4.6%	100%

(.) Z-toets, $p < .05$.

3. Besluit

In dit hoofdstuk hebben we een typologie van respondenten gemaakt op basis van een aantal indicatoren in verband met seksuele gezondheid. We zouden nog graag twee beperkingen meegeven bij de analyses in dit hoofdstuk. Een beperking inherent aan de gebruikte techniek is dat het enkel mogelijk is om het overkoepelende plaatje mee te geven, terwijl er niet op alle details kan worden ingegaan. Door deze beperking was het noodzakelijk om bij de operationalisering van de indicatoren veel informatie samen te nemen. Voor de variabele in verband met zwangerschap was het bijvoorbeeld niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen abortus, miskraam en medische onderbreking. Ten tweede is het ook niet mogelijk om uitspraken over causaliteit te doen. Als we bijvoorbeeld zien dat een groep tevreden is over hun seksleven en dat ze veel seks hebben, kunnen we niet besluiten dat de groep tevreden is omdat ze veel seks hebben of dat ze veel seks hebben omdat ze tevreden zijn. We weten dan enkel dat ze tevreden zijn en dat ze veel seks hebben.

De meerwaarde van deze analyse is dat we kunnen zien of en in welke mate bepaalde uitkomsten samen voorkomen. Hierdoor kunnen we op een meer omvattende manier naar seksuele gezondheid kijken. Als seksuele gezondheid zoals in de WHO-definitie immers ruim gedefinieerd wordt, is het ook nodig om dit in analyses mee te nemen en te kijken hoe uiteenlopende aspecten van seksuele gezondheid samenhangen. In een volgende stap kan bovendien via een multivariaat model worden nagegaan op welke andere kenmerken de hier onderscheiden clusters van elkaar verschillen.

Ondanks de beperkingen die we net formuleerden, levert de analyse een vrij gedetailleerd en overzichtelijk beeld op van hoe seksueel gedrag en beleving onderling samenhangen en samen clusteren in een beperkt aantal types. Door zowel indicatoren voor problematieken als voor belevingsaspecten in de analyses te betrekken, kunnen we vijf brede clusters van samenhangende patronen distilleren. Deze types of patronen geven uiteraard niet alle mogelijke verschillen en combinaties in de Vlaamse bevolking weer, maar geven wel aan hoe en in welke mate seksgerelateerde problemen en belevingsaspecten van seksueel gedrag samen voorkomen. Een opvallende vaststelling uit de analyses is dat de overgrote meerderheid van de respondenten tevreden is over hun seksleven, los van al dan niet geconfronteerd zijn met seksgerelateerde problemen, frequentie van seks of het aantal sekspartners tijdens hun leven. Een tweede opvallende vaststelling is dat seksgerelateerde problemen allesbe-

halve een marginaal fenomeen zijn. In drie van de clusters – samen goed voor meer dan de helft van de steekproef – hebben de respondenten een hogere kans om met seksgerelateerde problemen in aanraking te komen. Er zijn echter grote verschillen tussen deze drie clusters in de mate waarin dit het geval is en de specifieke problemen waarmee ze in aanraking komen. Samengevat kwamen uit de analyse de volgende profielen naar voren, die we bij deze bespreking structureren volgens de assen tevredenheid met seksleven en confrontatie met seksuele problematieken.

- ◆ De grootste groep (Cluster 1 van 37%) vertoont een heel hoge kans op tevredenheid en is weinig of niet geconfronteerd met seksuele problemen.
- ◆ Cluster 2 (31%) combineert een uitgesproken divers seksueel handelingspatroon en een bovengemiddeld aantal sekspartners met een hoge kans op tevredenheid, los van de hoge kansen op seksgerelateerde problemen (confrontatie met grensoverschrijdend gedrag, zwangerschapsproblemen en functiestoornissen zonder last).
- ◆ Cluster 3 (10%) is gemiddeld tevreden en wordt gekenmerkt door een vrij beperkt seksueel repertoire, een klein aantal sekspartners en een kleine kans op seksgerelateerde problemen, met uitzondering van functieproblemen zonder last, waarvoor ze wel hoger scoren.
- ◆ In Cluster 5 (8%) observeren we een heel specifieke combinatie van tevredenheid en seksgerelateerde problemen. Zoals uit de analyse blijkt, combineert deze cluster zeer kleine kansen op seksgerelateerde problemen met een uitgesproken hoge kans om ontevreden te zijn over het seksleven en een groot aantal sekspartners. Verdere analyse geeft aan dat in deze cluster het aantal respondenten zonder (huidige) partner oververtegenwoordigd is. Het feit van momenteel geen partner te hebben, hangt voor deze cluster waarschijnlijk samen met de hoge kans op ontevredenheid.
- ◆ Cluster 4 (14%), ten slotte, kunnen we als een ‘probleemcluster’ karakteriseren in de zin dat daarin een uitgesproken hoge kans op ontevredenheid met het seksleven gecombineerd wordt met duidelijk hoge kansen op de diverse indicatoren van seksgerelateerde problematieken. Met het oog op een seksueel gezondheidsbeleid is het dan ook deze laatste cluster die bijzondere aandacht verdient.

Referenties

- Caen, M. (2009). *Over smaken, voorkeuren en participatie*. Gent: Universiteit Gent.
- Konda, K.A., Celentano, D.D., Kegeles, S., Coates, T.J. & Caceres, C.F., NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group (2011). Latent class analysis of sexual risk patterns among Esquineros (street corner men) a group of heterosexually identified, socially marginalized men in urban coastal Peru. *Aids Behaviour*, 15, 862-868.
- Lanza, S.T. & Collins, L.M. (2008). A new SAS procedure for latent transition analysis: Transitions in dating and sexual risk behavior. *Developmental Psychology*, 44(2) 446-456.

- 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.
- McCutcheon, A.L. (1987). *Latent Class Analysis* (Sage University Paper series on Quantative Application in the Social Sciences, No. 07-064). Newbury Park, CA: Sage.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health – 28-31 January 2002, Geneva*. Genève: WHO.
- World Health Organization & United Nations Population Fund (2010). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Genève: WHO.

Executive summary (Nederlands)

Hoofdstuk 1. Seksuele gezondheid in Vlaanderen

Het gezinsklimaat en de bespreekbaarheid van seks en relaties

Eerst en vooral beschouwen we het gezinsklimaat en de bespreekbaarheid van thema's als seks en relaties in de gezinnen van de bevroegde respondenten. Personen die met minstens met één ouder of één kind samenwonen, ervaren hun gezinsklimaat over het algemeen als 'eerder warm' en de sfeer met betrekking tot (gesprekken over) seks en relaties als 'eerder open'.

Wat de bespreekbaarheid van seks en relaties betreft, vinden we dat het aantal jongeren dat effectief met gezinsleden gesprekken voert, groter is dan het aantal dat zegt behoefte te hebben aan dergelijke gesprekken. Mannen ervaren die behoefte nog minder dan vrouwen.

Eén op de vijf jongeren (14- tot 25-jarigen) en 40% van de 25-plussers duidt verder aan bij niemand uit het gezin terecht te kunnen met vragen over seks. Wat praten over relaties betreft, is dit aantal kleiner. Daarnaast duidt de meerderheid vooral de moeder als eerste vertrouwenspersoon aan. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen, zowel voor gesprekken over relaties als voor gesprekken over seks, en op alle leeftijden. Eén op vier jonge mannen spreekt ook met zijn vader over seks en relaties. De grote meerderheid van de ouders in onze steekproef, met inwonende kinderen tussen 4 en 18 jaar oud, geeft tot slot aan dat kinderen met hun vragen over seks en relaties minstens bij één persoon terecht kunnen, in de eerste plaats bij hun moeder.

Seksuele ervaring

Wat de seksuele ervaring van respondenten in onze studie betreft, zien we in de eerste plaats dat mannen en vrouwen even seksueel ervaren zijn. In totaal heeft 93% van de volledige steekproef ervaring met seks en 89% ervaring met geslachtsgemeenschap. In de jongste groep (14 tot 17 jaar) heeft 42% ervaring met seks en 36% ervaring met geslachtsgemeenschap. Van de seksueel ervaren respondenten is de meerderheid (79%) ook seksueel actief geweest tijdens de voorbije zes maanden, met uitzondering van de groep tussen 65 en 80 jaar. Vrouwen in de twee oudste leeftijdsgroepen (50-64 en 65-80) zijn daarbij ook minder actief geweest dan mannen van dezelfde leeftijd, terwijl de jongste vrouwen (14-17) net vaker seksueel actief waren dan hun mannelijke leeftijdsgenoten.

In hun leven hebben mannen in alle leeftijdsgroepen systematisch meer sekspartners gehad dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten, met uitzondering van de oudste groep (65-plussers). Bij vrouwen is het aantal sekspartners eerder in alle leeftijdsgroepen

gelijk (gemiddeld vijf sekspartners), terwijl de variatie in het aantal partners tussen mannen onderling groter is dan tussen vrouwen onderling.

De seksuele oriëntatie van respondenten meten we aan de hand van verschillende dimensies: zelfbenoeming (i.e. hoe je jezelf als persoon benoemt), seksueel verlangen (i.e. over wie je seksuele fantasieën hebt en tot wie je je seksueel aangetrokken voelt) en seksueel gedrag (i.e. het geslacht van de partners waarmee je seks hebt of had). Het aandeel respondenten dat zichzelf als holebi identificeert (i.e. homo, lesbisch of biseksueel) bedraagt 3.3%. Wanneer we rekening houden met de scores van respondenten op de verschillende dimensies (zelfbenoeming, seksueel verlangen en seksueel gedrag) dan identificeren we 3.9% mannen en 9.8% vrouwen die minstens op één van de drie dimensies een biseksuele of homoseksuele oriëntatie rapporteren. Er is verder meer holebiseksueel verlangen dan dat er holebiseksueel gedrag is. Dit geldt nog meer voor vrouwen dan voor mannen. Er zijn meer mannen die seks hebben met mannen, maar zich niet als holebi benoemen dan dat er vrouwen zijn die seks hebben met vrouwen, maar zich niet als holebi benoemen. Bij mannen vallen de drie dimensies (zelfbenoeming, seksueel verlangen en seksueel gedrag) vaker samen dan bij vrouwen.

Seksuele beleving

Niet alleen de seksuele ervaring, maar ook het belang van seks en de tevredenheid met het seksleven zijn belangrijke seksuele gezondheidsindicatoren. In onze bevraging scoren mannen gemiddeld 3.8 en vrouwen 3.5 op een vijfpuntenschaal die het belang van seks meet. Verder bestaat er een verschil tussen seksueel ervaren respondenten die de afgelopen zes maanden wel of niet seksueel actief waren: respondenten uit de niet-actieve groep vinden seks gemiddeld genomen minder belangrijk dan de actieve groep. In beide groepen vinden mannen seks belangrijker dan vrouwen. Ook is seks voor de oudste groep mannen en vrouwen minder belangrijk dan voor respondenten uit de andere leeftijdsgroepen.

Wat tevredenheid over het eigen seksuele leven betreft, scoren mannen gemiddeld 3.6 en vrouwen 3.5 op een vijfpuntenschaal. Mannen en vrouwen verschillen niet in seksuele tevredenheid, maar respondenten uit de niet-actieve groep zijn gemiddeld minder seksueel tevreden.

Seksueel gedrag

Om het feitelijke seksuele gedrag in kaart te brengen, is de frequentie waarmee respondenten seks hebben, een eerste indicator die we onder de loep nemen. Mannen en vrouwen in onze survey hebben gemiddeld genomen 1.21 keer per week seks en de jongvolwassenen (18-29), dertigers en veertigers rapporteren daarbij een hogere seksfrequentie dan andere leeftijdsgroepen. Wanneer we kijken naar respondenten in een partnerrelatie, dan zien we dat diegenen met een (vaste) partner een hogere frequentie van seks én een hogere seksuele tevredenheid rapporteren.

De meeste seksueel actieve mannen en vrouwen in onze bevraging hebben de afgelopen zes maanden vóór het interview diverse seksuele handelingen beoefend, zoals knuffelen, naakt/onder/boven de kledij strelen en naakt bij elkaar liggen. Vaginale seks (82.4%) en manuele stimulatie van de genitalia (82.6%) zijn de meest voorkomende seksuele handelingen. Zeven op tien mannelijke respondenten en vijf op tien vrouwelijke respondenten hebben de afgelopen zes maanden ook minstens één keer gemasturbeerd. Mannen masturberen daarbij meestal een tot meerdere keren per week, terwijl dit bij vrouwen meestal een tot meerdere keren per maand is.

De meerderheid van de mannen (90%) en de helft van de vrouwen ervaart (bijna) altijd een orgasme tijdens seks. Verder zien we hoe vooral oudere mannen (vanaf 50 jaar) en de jongste en oudste vrouwen het minst frequent een orgasme beleven.

De partnerrelatie

Meer dan drie vierde van de respondenten in Sexpert heeft een vaste partner. Op het vlak van seksfrequentie en seksuele tevredenheid zijn er verschillen tussen respondenten met en zonder partner: mannen en vrouwen met een partner geven aan vaker seks te hebben en rapporteren een hogere seksuele tevredenheid dan mannen en vrouwen zonder partner. Daarnaast rapporteren mannen zonder partner een hogere seksfrequentie en een grotere seksuele tevredenheid dan vrouwen zonder partner.

In onze bevraging heeft één op vier mannen en iets meer dan één op vijf vrouwen ooit seks gehad met iemand buiten de partnerrelatie. De percentages liggen het hoogst bij dertigers en de op één na oudste groep (50-64 jaar) en het laagst in de oudste groep (65-80).

14% van de mannen heeft ooit een prostitué(e) bezocht. Deze percentages liggen het hoogst bij dertigers en veertigers. Slechts één vrouw gaf aan ervaring te hebben met prostitué(e)bezoek.

Soa, hiv, testgedrag en gebruik van anticonceptie

Van alle Vlaamse mannen en vrouwen die ooit op soa zijn getest, is bij één op drie ook een soa vastgesteld. De meest frequente diagnoses zijn candida, chlamydia en genitale wratten.

Zelfs wanneer we rekening houden met leeftijdsverschillen, vinden we een verschil in aantal sekspartners (tijdens het leven) tussen de op soa's geteste en niet-geteste groep. Ook wat het seksuele gedrag tijdens de voorbije zes maanden betreft, verschilt de geteste groep van de niet-geteste groep. Deze verschillen in recent seksueel gedrag zijn volledig toe te schrijven aan de jongere leeftijd van de respondenten die zich lieten testen.

De helft van de seksueel actieve vrouwen tussen 14 en 49 jaar oud gebruikt de pil, die daarmee de meest gebruikte methode is. Verder laten de cijfers zien dat jonge

vrouwen (14 tot 17 jaar oud) bijna uitsluitend voor de pil kiezen. Vanaf de leeftijd van 30 jaar wordt het hormonale spiraaltje vaker gebruikt. Bijna alle bevroegde vrouwen van reproductieve leeftijd (14-49) geven aan dat ze weten wat de morning-after-pil is. Ongeveer een kwart van deze vrouwen heeft ze al minstens één keer gebruikt.

Kenmerken van seksuele contacten

Respondenten met een partner beleefden hun laatste contact vrijwel allemaal met de partner. Respondenten zonder partner hebben voornamelijk seks met ‘iemand waarmee ze geen relatie hebben, maar wel af en toe seks’, of met hun ex-partner. De eigen woning of die van de partner is de meest populaire locatie voor het seksuele contact.

De meerderheid van de onderzochte seksuele contacten is niet gepland, gebeurde niet onder invloed van alcohol of drugs en respondenten hebben hun seksuele contacten eerder positief tot heel positief beleefd.

Het percentage onveilige seksuele contacten op het vlak van besmetting met hiv of een soa bedraagt, in een brede definitie van veiligheid, 4%. Vanuit een enge definitie vinden we dat 14% van de contacten onveilig was. Jongvolwassenen (18-29 jaar oud) en dertigers rapporteren daarbij over het algemeen meer onveilige contacten.

Hoofdstuk 2. De seksuele start

In het hoofdstuk ‘De seksuele start’ worden de timing en de kenmerken van de eerste geslachtsgemeenschap besproken. Er gaat daarbij zowel aandacht naar verschillen tussen mannen en vrouwen, als naar verschillen tussen de leeftijdsgroepen. Er wordt ook expliciet aandacht besteed aan het verband tussen de timing van de eerste keer en kenmerken van het seksuele gedrag later tijdens de seksuele levensloop.

Om de timing van de eerste keer in kaart te brengen, wordt er gekeken naar de leeftijd waarop men voor het eerst tongzoende, de leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap had en de tijdsspanne tussen deze beide momenten. We zien dat de gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst tongzoende en geslachtsgemeenschap had, over de generaties heen is gedaald en dat dit voornamelijk komt door een grotere vertegenwoordiging van late starters bij de oudere generaties en van vroege starters bij de jongere generaties. De tijdsspanne tussen de eerste tongzoen en de eerste geslachtsgemeenschap is over de generaties heen wel dezelfde gebleven.

Over het algemeen is de eerste keer seks een positieve ervaring. Dit is voor mannen nog meer het geval dan voor vrouwen. Wanneer vrouwen bij de eerste keer pijn ervaren, dan gaat dit vaak samen met een minder positieve beleving. Bloedverlies – wat slechts bij ongeveer de helft van de vrouwen voorkomt – gaat niet samen met de timing noch met de beleving van de eerste keer. Respondenten die vroeger zijn gestart, hadden gemiddeld een oudere partner dan zichzelf. Ze hebben achteraf ook vaker het gevoel dat ze er toen niet klaar voor waren.

Terwijl het gebruik van contraceptie bij de eerste keer voor de oudere generaties nog eerder een uitzondering was, lijkt dit voor de jongere generaties een evidentie te zijn geworden. De meest populaire contraceptiemethode bij de eerste keer is het condoom.

We kijken naar het verband tussen de leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsge-meenschap had en de kenmerken van seksueel gedrag later tijdens de levensloop. Naarmate men vroeger met geslachtsge-meenschap is gestart, heeft men over de latere seksuele levensloop meer sekspartners. Vrouwen die vroeg starten, lopen ook een groter risico om voor hun achttiende slachtoffer te zijn geworden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voor mannen lijkt het hebben van een oudere partner bij de eerste keer een belangrijker risicofactor te zijn dan voor vrouwen. Naarmate de eerste partner ouder was dan zichzelf, geven mannen vaker aan dat ze slachtoffer zijn geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor hun achttiende.

Hoofdstuk 3. Reproductief welzijn

Voor het eerst in Vlaanderen is op grootschalige wijze aan mannen en vrouwen van uiteenlopende leeftijden gevraagd in welke mate hun meegemaakte zwangerschap-pen bedoeld waren en wat de afloop ervan was. Daarnaast is gepeild naar de ervaring met moeilijkheden om tot een zwangerschap te komen.

We stellen vast dat recentere zwangerschappen vaker gepland waren. Mogelijk zien we hier het effect van de ‘geboorteregelingsrevolutie’ sinds de verspreiding van de anticonceptiepil. Toch wordt een zwangerschap uit de periode 2000-2011 gemid-deld in één op vier gevallen als ‘ongepland’ beschouwd. Dit cijfer is vergelijkbaar met het cijfer uit ons buurland Frankrijk. Ongepland betekent echter niet per defi-nitie ongewenst. Zo is ongeveer één derde van de recent ongeplande zwangerschap-pen toch meteen gewenst. Daarnaast zien we dat, hoewel de meerderheid van die ongeplande zwangerschappen (bijna zeven op tien) in het begin wel degelijk als ongewenst wordt beleefd, diegene die in een geboorte eindigen, na afloop bijna alle-maal een gewenste betekenis krijgen. Dit wijst op de mogelijke evolutie in de bele-ving van een zwangerschap. Ondanks een stijging in planning, stellen we vast dat het aantal initieel ongewenste zwangerschappen over de 60 jaar zwangerschappen heen, min of meer constant is gebleven (ongeveer één op zes). Daarbij stellen jon-gere respondenten een ongeplande zwangerschap iets sneller gelijk aan een onge-wenste zwangerschap. Tevens werden recentere ongewenste zwangerschappen vaker geaborteerd. Een grotere toegankelijkheid en aanvaarding van abortus is de meest plausibele verklaring. Bij wie zich op het moment van de bevraging mentaal slechter voelt, is de kans groter dat ooit een zwangerschap werd uitgedragen die initieel ongewenst was. Wie daarentegen ooit een ongewenste zwangerschap aborteerde, voelt zich mentaal even goed als wie nog nooit een ongewenste zwangerschap heeft meegemaakt.

Wat het aantal miskramen betreft, zien we dat ongeveer één op tien van de gerapporteerde zwangerschappen in een spontane afbreking eindigt. Zwangerschappen die om medische redenen afgebroken moeten worden, zijn heel wat minder frequent. Inzake vruchtbaarheidsproblemen rapporteren vrouwen vaker dan mannen moeilijkheden om tot een zwangerschap te komen. Een eerste hypothese is dat vrouwen deze problemen sneller te weten kunnen komen; een tweede is dat mannen een ‘echt’ probleem slechts rapporteren wanneer een hulpverlener een medisch label (een diagnose) aan de problemen heeft gegeven. Hieraan gerelateerd, zien we dat jongere mannen (al dan niet samen met hun partner) voor hun vruchtbaarheidsproblemen vaker hulp zoeken. Eén op vier jongere vrouwen is met dit probleem echter (nog) nooit naar de hulpverlening gestapt. Slechts de helft van de 50-plussers is na een diagnose van subfertiliteit ooit met een vruchtbaarheidsbehandeling gestart. Een lagere toegankelijkheid tot en een beperktere aanvaarding van vruchtbaarheidsbehandelingen is een plausibele verklaring. Bij wie zich mentaal en fysiek slechter voelt op het moment van het invullen van de vragenlijst, is de kans groter dat er ooit vruchtbaarheidsproblemen zijn geweest. Het krijgen of zoeken naar een diagnose voor deze problemen is mogelijk een buffer, aangezien diegenen die nooit een diagnose kregen, zich het slechtst voelen en een lager belang aan seks hechten.

Hoofdstuk 4. Seksuele disfuncties

Ongeveer vier op tien van de seksueel actieve respondenten uit onze studie ervaren één of andere verstoring in hun seksuele functie, waarbij meer vrouwen dan mannen seksuele functiestoornissen rapporteren (respectievelijk 43% en 35%). Bij mannen worden ‘te veel zin in seks’, ‘te snel klaarkomen’ en het ‘niet bereiken of niet behouden van een erectie’ het meest gerapporteerd. De meest gerapporteerde verstoorde seksuele functies bij vrouwen zijn: ‘te traag of niet tot orgasme komen’, ‘te weinig spontaan seksueel verlangen’, ‘niet vochtig worden en/of onvoldoende lang blijven van de vagina’, en ‘te weinig responsief seksueel verlangen’. Vooral erectiestoornissen en lubricatiestoornissen zijn sterk verbonden met de leeftijd en nemen toe met het ouder worden, zeker na de leeftijd van 50 jaar.

Wanneer mensen een verstoorde seksuele functie ook als een probleem ervaren (of er last van hebben), spreken we over een seksuele disfunctie. Uit dit onderzoek blijkt dat slechts een deel van de mensen met een verstoorde seksuele functie aangeven er ook last van te ervaren. In totaal geeft 12% van de seksueel actieve mannen en 22% van de seksueel actieve vrouwen aan minstens één seksuele disfunctie te ervaren. Zowel bij mannen als bij vrouwen dalen de prevalentiecijfers van de meest voorkomende seksuele functiestoornissen sterk wanneer we ook het lastcriterium in acht nemen: slechts één vierde van de mannen die ‘te veel zin in seks’ hebben, ervaren dit ook als een probleem. Twee vijfde ervaart het ‘te snel klaarkomen’ als een probleem en bijna de helft ziet het ‘niet bereiken van een erectie/behouden van een erectie’ als een probleem. Ook bij vrouwen zien we de prevalentiecijfers dalen wanneer we rekening houden met het lastcriterium: ongeveer een derde van de vrouwen ervaart het

‘niet of traag tot orgasme komen’ als lastig en ruim de helft van de vrouwen heeft last van ‘te weinig spontane zin in seks’. Verder ervaren bijna zeven op tien vrouwen het ‘tekort aan lubricatie’ als lastig.

In vergelijking met mannen ervaren vrouwen niet alleen vaker een seksueel functieprobleem, ze rapporteren ook vaker een seksuele disfunctie. In deze studie vonden we niet altijd een verband tussen seksuele disfunctie en leeftijd, met uitzondering van de erectie- en lubricatiedisfuncties, die een sterk positief verband hebben met de leeftijd.

Voor de meeste seksuele disfuncties geldt dat ze ongeveer even lang aanhouden als seksuele functieproblemen. In beide gevallen ervaren mensen vaak al verschillende jaren het seksuele probleem.

Ondanks het feit dat mensen een seksuele disfunctie als lastig ervaren en deze disfuncties vaak lang aanhouden, zoekt slechts een minderheid professionele hulp voor hun seksuele probleem (11% van de mannen met een seksuele disfunctie en 19% van de vrouwen met een seksuele disfunctie). Opvallend is ook dat slechts een minderheid vaak of altijd seks vermijdt vanwege de seksuele disfunctie (13% van de mannen met een seksuele disfunctie en 19% van de vrouwen met een seksuele disfunctie).

Hoofdstuk 5. Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Onderzoek naar SGG rapporteert grote verschillen in prevalentiecijfers. Tot nog toe waren geen prevalentiecijfers voorhanden in Vlaanderen. In deze Sexpert-studie zijn alle meerderjarige respondenten bevraagd over mogelijke ervaringen met tal van vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG). Cijfers over het voorkomen van seksueel geweld moeten steeds met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Afhankelijk van hoe seksueel geweld gedefinieerd wordt, over welke tijdsperiode het bevraagd werd en aan wie het gevraagd werd, worden andere cijfers gevonden. In deze studie hebben we ervoor gekozen om ons niet tot de meest ernstige vormen van seksueel geweld te beperken, zoals poging tot verkrachting en verkrachting, maar hebben we ook niet-fysieke, mildere vormen opgenomen, zoals ongewenste seksuele aanrakingen en gedwongen worden naar seksuele beelden te kijken. We plaatsten al deze gedragingen onder de noemer ‘seksueel grensoverschrijdend gedrag’.

Uit onze resultaten blijkt dat 16.6% van de respondenten voor de leeftijd van 18 jaar minimaal één vorm van SGG heeft meegemaakt, vrouwen (22.3%) zijn vaker met SGG geconfronteerd dan mannen (10.7%). Na de leeftijd van 18 jaar rapporteert 8.1% van de respondenten ervaring met SGG; meer specifiek 13.8% van de vrouwen en 2.4% van de mannen.

Wanneer we de specifieke vormen van SGG *voor de leeftijd van 18 jaar* bekijken, dan vinden we dat 14% van de respondenten wel eens een kwetsende seksuele

opmerking heeft gekregen, 13.6% op een seksueel kwetsende manier werd aangeraakt of vastgepakt, 5% gedwongen werd om naakt te zijn, 2.2% gedwongen werd om naar seksuele beelden te kijken, 2.5% gedwongen werd tot masturbatie, 3% gedwongen werd orale seks uit te voeren of toe te staan, 3,9% het slachtoffer werd van een poging tot verkrachting en 2.3% verkracht werd.

Wanneer we de specifieke vormen van SGG *na de leeftijd van 18 jaar* bekijken, dan vinden we dat 10% van de respondenten wel eens een kwetsende seksuele opmerking kreeg, 7% op een seksueel kwetsende manier werd aangeraakt, 2% gedwongen werd om naakt te zijn, 1.2% gedwongen werd om naar seksuele beelden te kijken, 1.4% gedwongen werd tot masturbatie, 4.8% gedwongen werd orale seks uit te voeren of toe te staan, 2.6% een poging tot verkrachting rapporteert en 2% verkracht werd.

Het merendeel van de respondenten die SGG rapporteren, heeft dit ‘slechts’ in één levensfase meegemaakt. Toch vinden we dat respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar geconfronteerd zijn met SGG, na de leeftijd van 18 jaar vaker geconfronteerd worden met SGG dan respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar geen SGG meemaakten. Zowel voor als na 18 jaar is de geweldpleger dikwijls één persoon en een bekende voor het slachtoffer.

We vinden dat respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, hun fysieke en mentale gezondheid als minder goed beschouwen dan respondenten die geen SGG hebben meegemaakt. Respondenten die na de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, schatten hun fysieke en mentale gezondheid niet negatiever in dan respondenten die geen SGG meemaakten.

Met betrekking tot het verband tussen SGG voor de leeftijd van 18 jaar en seksueel functioneren vinden we dat slachtoffers gemiddeld een jaar vroeger dan niet-slachtoffers voor de eerste keer seks hebben. We vinden geen verschil naar het aantal sekspartners. Een positieve bevinding is dat respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar SGG meemaakten, even tevreden zijn over hun seksleven en over hoe belangrijk ze seks vinden dan respondenten die geen SGG meemaakten.

Hoofdstuk 6. Profielen van seksuele gezondheid

In dit hoofdstuk nemen we uiteenlopende indicatoren van seksuele gezondheid samen en bestuderen we hoe en in welke mate ze samenhangen. Het is immers mogelijk dat het dezelfde mensen zijn die met verschillende fenomenen of problematieken geconfronteerd worden. Door van respondenten profielen samen te stellen, krijgen we zicht op hoe aspecten van seksuele gezondheid clusteren en kijken we op een meer omvattende manier naar het begrip seksuele gezondheid. Omdat we een aantal indicatoren opnemen die over de afgelopen zes maanden bevraagd zijn, zijn de analyses beperkt tot respondenten die in de afgelopen zes maanden seks hebben gehad.

Om de profielen in verband met seksuele gezondheid op te stellen, maken we gebruik van latente klasseanalyse. Deze statistische techniek maakt het mogelijk om groepen van respondenten te ontdekken, waarbij de respondenten binnen een groep zo veel mogelijk op elkaar gelijk zijn, terwijl de verschillende groepen zo sterk mogelijk van elkaar verschillen.

Het resultaat van de analyse is een opdeling van de respondenten in vijf groepen, die we structureren naargelang hun scores op tevredenheid met het seksleven en de confrontatie met seksgerelateerde problematieken (hiervoor hebben we vragen over problemen in verband met zwangerschap, seksuele disfuncties en seksueel grensoverschrijdend gedrag opgenomen). De grootste groep (Cluster 1, 37%) vertoont een heel hoge kans op tevredenheid en ervaart weinig of geen seksuele problemen. Respondenten uit deze groep zijn gemiddeld seksueel actief, beoefenen een gemiddelde variëteit aan seksueel handelingen en hebben tijdens hun leven een laag aantal sekspartners. Cluster 2 (31%) combineert een divers repertoire aan seksuele handelingen en een bovengemiddeld aantal sekspartners met een hoge kans op tevredenheid. Dit gaat daarnaast gepaard met een hoge kans op seksgerelateerde problemen (confrontatie met grensoverschrijdend gedrag, zwangerschapsproblemen en functiestoornissen zonder last). Cluster 3 is gemiddeld tevreden en wordt gekenmerkt door een vrij beperkt seksueel repertoire, een klein aantal sekspartners en een kleine kans op seksgerelateerde problemen, met uitzondering van functieproblemen zonder last, waarvoor ze wel hoger scoren. Als we de profielen van deze drie tevreden groepen samen nemen, zien we dat meer dan driekwart van de respondenten tevreden is over het seksleven, ondanks verhoogde kansen op seksgerelateerde problemen in Clusters 2 en 3. In Cluster 5 (8%) observeren we een heel specifieke combinatie van tevredenheid en seksgerelateerde problemen. Deze cluster combineert zeer kleine kansen op seksgerelateerde problemen met een uitgesproken hoge kans om ontevreden te zijn over het seksleven. Daarnaast geven deze respondenten aan tijdens hun leven een groot aantal sekspartners te hebben gehad en in de afgelopen zes maanden minder dan gemiddeld seks te hebben gehad. In deze cluster zijn het aantal respondenten zonder huidige partner oververtegenwoordigd. Momenteel geen partner hebben, is voor deze cluster mogelijk de reden van de hoge kans op ontevredenheid. Cluster 4 (14%) kunnen we als een ‘probleemcluster’ karakteriseren in de zin dat daarin een uitgesproken hoge kans op ontevredenheid met het seksleven gecombineerd wordt met duidelijk hoge kansen op de diverse indicatoren van seksgerelateerde problematieken. In het licht van een seksueel gezondheidsbeleid is het dan ook deze laatste cluster die bijzondere aandacht verdient.

Executive summary (Engels)

Chapter 1. Sexual health in Flanders

The home environment and the openness towards (conversations about) sex and relationships

First and foremost we consider the home environment and the openness towards topics such as sex and relationships in the respondents' families. Respondents living together with at least one parent or at least one child generally evaluate their home environment as 'rather warm' and 'rather open' regarding conversations concerning sex and relationships.

More respondents in the youngest group (14 to 25 years old) actually talk about sex and relationships with their family members than the number that feel the need for such conversations. Young men feel this need less than young women.

Furthermore, one out of five younger respondents (14 to 25 years) and 40% of the older group (25 and over) state that they have no one to turn to with their sex-related questions. Fewer have no one to turn to with questions about relationships. In addition, the majority of both men and women, of all ages, regard the mother as being their primary confidante. This applies to questions both about sex and relationships. One in four younger men also seek advice from their father concerning these matters.

Sexual experience

Results for both men and women surveyed in the Sexpert study showed that they are equally sexually experienced. A total of 93% of the complete sample has experience with sex, 89% has experience with sexual intercourse. In the youngest group (14 to 17 years old), 42% of the respondents has experience with sex, while 36% has experience with sexual intercourse. Of the sexually experienced respondents, the majority (79%) has also been sexually active during the past six months, with the exception of the age group between 65-80 years old. Women in the two oldest age groups (50-64 and 65-80) have been less sexually active than men of the same age, while the youngest women (14-17) were more often sexually active than their male peers.

Throughout their life, men in all age groups had more sexual partners than their female peers, with the exception of the oldest group (65-80). Amongst women, the number of sexual partners is more equal in all age groups (mean = 5); while the variation in number of partners amongst men is larger than the variation in number of partners amongst women.

We measure sexual orientation of the respondents using several dimensions: self-identification (i.e. the label that individuals use to describe their sexual orientation), sexual desire (i.e. whether one has sexual fantasies about or feels sexually attracted to men, women or both), and sexual behavior (i.e. whether one has sex with male, female partners or both). 3.3% of the respondents identify themselves as being either gay, lesbian or bisexual. When we take into account the scores of the different dimensions, we identify 3.9% of men and 9.8% of women who report a homosexual or bisexual orientation for at least one of the three dimensions. Furthermore, we find that there is more homo- or bisexual desire than homo- or bisexual behavior. This is even more pronounced in women compared to men. There are more men who have sex with men (but who do not identify themselves as gay or bisexual) than there are women who have sex with women (but who do not identify themselves as lesbian or bisexual). The scores on the three dimensions (self-identification, sexual desire and sexual behavior) more often coincide in men than in women.

Subjective experience of sexuality

Not only sexual experience, but also the importance of sex and sexual satisfaction are significant indicators of sexual health. In our survey, men scored 3.8 and women 3.5 on a five point scale measuring the importance of sex. There is a difference between sexually experienced respondents who have been sexually active during the last six months and respondents who have not been active: respondents in the non-active group find sex less important than respondents in the active group. In both groups, men find sex more important than women. Also, sex is less important for men and women in the oldest age group, compared to respondents in the other age groups.

Concerning sexual satisfaction men scored 3.6 and women 3.5 on a five point scale. Men and women do not differ on sexual satisfaction, but respondents from the non-active group are on average less satisfied with their sex life.

Sexual behavior

To chart the actual sexual behavior of respondents, the sexual frequency is the first indicator we analyze. On average, men and women in our survey have sex 1.21 times per week. Young adults (18-29), thirty and forty year old respondents report a higher sexual frequency compared to other age groups. Furthermore, respondents who are in a relationship report both a higher sexual frequency and sexual satisfaction.

Most sexually active men and women in our survey have practiced various sexual activities in the six months prior to the interview, such as hugging, caressing under/above the clothes, caressing each other's naked body and lying naked next to each other. Vaginal sex (82.4%) and manual stimulation of the genitalia (82.6%) are the most common sexual activities. Seven out of ten male respondents and five out of

ten female respondents have masturbated at least once in the last six months. Men masturbate once or several times a week, while women masturbate once or several times a month.

The majority of men (90%) and half of the women experience (almost) always an orgasm during sex. Older men (aged 50 plus) and the youngest and oldest women show the lowest frequency in experiencing orgasm.

Partnership

More than three out of four Sexpert respondents have a steady partner. With regard to sex frequency and sexual satisfaction, differences were found between respondents with and without a partner: men and women with a partner report to have sex more often and report a higher sexual satisfaction than men and women without a partner. Furthermore, men without a partner report a higher sex frequency and a higher sexual satisfaction than women without a partner.

Finally, one in four men and slightly more than one in five women in our survey have, at sometime, had sex with someone other than their partner during a relationship. These percentages are highest in the thirty year olds and respondents between 50-64 years old. The lowest percentage reported was for the oldest age group (65-80).

Fourteen percent of men has visited a prostitute. These percentages are higher in the age groups 30 to 39 and 40 to 49. Only one woman has had experience with visiting a prostitute.

Std's, hiv, testing behavior and the use of contraception

In the group of sexually experienced Flemish respondents who have ever been tested, an STD is found in one in three. Most frequently diagnosed STD's are candida, chlamydia and genital warts.

Even when we account for age differences, we see a difference in the number of sexual partners (throughout the life span) between the group tested and those who were not tested for STD's. Also with regard to sexual behavior during the past six months the tested group differs from the non-tested group. These differences in recent sexual behavior can be fully explained by the younger age of the respondents tested.

Half of the sexually active women aged between 14 and 49 use the pill, which makes it the most popular method of contraception. Numbers, furthermore, show how young women (14 to 17 years old) almost exclusively choose the pill. From the age of 30 on, the hormonal IUD is used more often. Almost all the female respondents of the reproductive age group (14 to 49 years old) stated that they know what the morning-after pill is. About a quarter of these women have used it at least once.

Characteristics of sexual contacts

Nearly all respondents in a relationship experienced their most recent sexual encounter with their regular partner. The majority of respondents without a partner, on the other hand, report ‘having casual sex with someone with whom they have no relationship’ or their ex-partner. The respondent’s home (or the partner’s home) is the most common location for all reported sexual contacts.

Most of the reported sexual encounters are unplanned, did not occur under the influence of drugs or alcohol and are evaluated as being rather positive to very positive.

In a broad definition of safety, 4% of sexual contacts are unsafe as regards the risk of infection due to HIV or other STD’s. In a narrow definition, this amounts to 14% of the sexual contacts. Young adults (aged 18 to 29) and respondents aged between 30 and 39 generally report more unsafe sexual contacts.

Thus, the majority of respondents assessed their sexual contacts as being safe due to their long-term relationship with their regular partner. Finally, 5% of all heterosexual sexual contacts are considered to be unsafe as regards the risk of an unintended pregnancy.

Chapter 2. The sexual start

In the chapter ‘The sexual start’ the timing and characteristics of the first sexual intercourse are discussed. Attention is given to both the differences between men and women, as well as between the age groups. Explicit attention is paid to the relationship between the timing of the first intercourse on the one hand and characteristics of sexual behavior later in life on the other hand.

To chart the timing of the first intercourse, attention is paid to the age at which respondents experienced their first tongue-kiss (French kiss), the age at the first sexual intercourse and the time lapse between these two moments. We can see that the mean age for the experience of the first tongue-kiss and the first intercourse have both reduced over the generations, and that this is mainly due to a larger representation of late starters among the older generations, and of early starters among the younger generations. However, the time lapse between the first tongue-kiss and the first intercourse has remained stable across the generations.

In general, the first intercourse is a positive experience. For men this is even more so than for women. When the first time is experienced as painful by women, this more often goes together with a less positive experience of it. Bleeding – which was only reported by about half of the women – does not correlate with the timing nor the experience of the first intercourse. Respondents who started earlier with intercourse had, on average, a first sexual partner who was older than themselves. Early starters also more often report that they were not ready for it at that time.

Whilst the use of contraception during the first intercourse was rather an exception among the older generations, this seems to have become something evident for the younger generations. The most popular contraception means used during the first intercourse, was the condom.

We also looked at the correlation between the age at which one first has intercourse and the characteristics of sexual behavior later during one's lifetime. The earlier one started having sexual intercourse, the more sexual partners one had later in life. Women who started early with intercourse, also run a bigger risk of being victims of sexual aggression before the age of 18. For men, having an older partner the first time seems to be a bigger risk factor than for women. The older the first partner, the more often men indicate they have been a victim of sexual aggression before reaching the age of 18.

Chapter 3. Reproductive well-being

For the first time in Flanders, on a large scale, men and women of varying ages were questioned about the intent and outcome of their experienced pregnancies. Furthermore, the experience with difficulties becoming pregnant was assessed.

We find that more recent pregnancies were more frequently planned. Possibly, this is due to the effect of the birth control revolution since the widespread use of the contraceptive pill. However, on average, one in four pregnancies during the period 2000-2011 is considered as unplanned. This number is comparable to the number in our neighboring country France. Nevertheless, unplanned does not, by definition, mean the same as unwanted. For example, one in three of the recent unplanned pregnancies still turn out to be immediately wanted. In addition, although the majority of these unplanned pregnancies (7 out of 10) is actually perceived as unwanted at the start, those ending in birth nearly all become wanted afterwards. This indicates a possible evolution in the perception of pregnancy. Despite an increase in planning, we find that the number of initially unwanted pregnancies has remained roughly stable throughout the 60 years of pregnancies (at approximately one in six). Moreover, younger respondents put unplanned more easily on the same footing as unwanted. At the same time, more recent unwanted pregnancies were more frequently terminated by an induced abortion. A greater accessibility and acceptance of abortion is the most plausible explanation. In those who feel psychologically worse at the time of the questionnaire, the chances of having ever carried to term a pregnancy that was initially unwanted, have increased. Those who, on the contrary, ever aborted an unwanted pregnancy, feel similar to those who never experienced an unwanted pregnancy.

Regarding the number of spontaneous abortions, we find that approximately one in ten reported pregnancies end in miscarriage. Pregnancies that have to be terminated for medical reasons are a lot less frequent. Regarding fertility problems, we see that women, more than men, report ever having encountered difficulties in becoming

pregnant. An initial hypothesis is that women can more quickly become aware of these problems; a second hypothesis is that men only report a problem once they have received a ‘medical label’ in the form of a diagnosis. In relation to this we find that younger men (whether together with their partner or not) more frequently seek help for their fertility problems. One in four younger women, however, (still) did not consult a doctor for this problem. Only half of the 50-plus age group ever started a fertility treatment following a diagnosis of subfertility. Here a lower accessibility and acceptance of fertility treatments is a plausible explanation. In those who feel physically and psychologically worse at the time of the survey, the chances of having ever encountered fertility problems are increased. Receiving or searching for a diagnosis for these problems could act as a buffer, since those who never had a diagnosis feel worse and consider sex less important.

Chapter 4. Sexual dysfunction

In the current survey about four out of ten sexually active respondents experience some kind of disturbance in their sexual function, amongst whom more women than men reported sexual impairments (respectively 43% and 35%). In men ‘too much sexual desire’, ‘premature ejaculation’, or ‘not attaining or retaining an erection’ are reported most frequently. The most commonly reported sexual impairments in women are: ‘delayed or absent orgasm’, ‘too little spontaneous sexual desire’, ‘not becoming lubricated and/or not retaining lubrication’, and ‘too little responsive sexual desire’. Especially erectile impairments and lubrication impairments are strongly related to age and increase with age, especially after the age of 50.

When an impaired sexual function is perceived as a problem (or causes distress), we speak of a sexual dysfunction. Research indicates that only some people with an impaired sexual function report being distressed by it. In total, 12% of the sexually active men and 22% of the sexually active women report experiencing at least one sexual dysfunction. Both in men and women, prevalence rates of the most common impairments in sexual function drop sharply when we also take into account the distress criterion: only a quarter of the men experiencing ‘too much sexual desire’ perceives this as a problem. Two-fifths experience ‘premature ejaculation’ as a problem and nearly one in two men experience ‘not attaining or retaining an erection’ as a problem. Also in women prevalence rates drop when the distress criterion is taken into account: about one-third of the women with ‘no or delayed orgasm’ experience it to be distressing and over half of the women are distressed by ‘too little spontaneous sexual desire’. Furthermore, nearly seven in ten women perceive the ‘lack of lubrication’ to be distressing.

Compared with men, women do not only report more often to have an impaired sexual function, they also more often report having a sexual dysfunction. In the current study we did not always find sexual dysfunctions to be related to age, with the exception of erectile and lubrication dysfunctions that were strongly associated with increasing age.

Most sexual dysfunctions persist equally long as impaired sexual functions. In both cases people tend to experience the sexual problem for several years.

Despite the fact that sexual dysfunctions are distressing and that they persist for a long time, only a minority of people with a sexual dysfunction seek professional help (11% of the men and 19% of the women with a sexual dysfunction). Also striking is the fact that only a minority of people often or always avoid sex due to the sexual dysfunction (13% of the men and 19% of the women with a sexual dysfunction).

Chapter 5. Sexual violence

Methodological differences (e.g. how sexual violence is defined, which reference period is used ...) in studies on sexual violence lead to great discrepancies in prevalence rates. Until now, a limited number of prevalence rates on sexual violence was available for Flanders. In the present study all respondents aged 18 or more at the moment of the survey were asked about possible experiences with different forms of sexual violence. Results concerning the prevention of sexual violence always have to be interpreted with some caution. Depending upon how sexual violence is defined and when the survey was conducted (i.e. reference period), differing results may be obtained. In the present study, in order to measure the occurrence of sexual violence, we included various acts of violence. We did not define sexual violence only in terms of severe acts such as ‘attempted rape’ or ‘rape’, but we also included less severe acts, such as ‘unwanted sexual touching’ and ‘being forced to watch sexual images’. We recorded all these types of behavior under the heading of sexual violence.

Our results revealed that 16.6% of the respondents reported at least one form of sexual violence before the age of 18. More women (22.3%) than men (10.7%) experienced sexual violence. After the age of 18, 8.1% of the respondents experienced sexual violence. More specifically, 13.8% of the women and 2.4% of the men reported sexual violence after the age of 18.

Sexual violence before the age of 18: 14% of the respondents reported hurtful sexual remarks, 13.6% was touched in a sexually hurtful way, 5% was forced to be naked, 2.2% was forced to watch sexual images, 2.5% was forced to masturbate, 3% was forced to undergo or perform oral sex, 3.9% reported an attempted rape and 2.3% was raped.

Sexual violence after the age of 18: 10% reported hurtful sexual remarks, 7% was sexually touched in a sexually hurtful way, 2% was forced to be naked, 1.2% was forced to watch sexual images, 1.4% was forced to masturbate, 4.8% was forced to undergo or perform oral sex, 2.6% reported an attempted rape and 2% was raped.

Most of the respondents who reported sexual violence, experienced this during ‘only’ one period of their lifetime. However, we found that respondents who

reported sexual violence before the age of 18 were more often confronted with sexual violence after the age of 18 than those respondents who did not experience sexual violence before the age of 18. Most of the sexual violence – regardless of the period (before or after the age of 18) – is perpetrated by one person and a person that is known to the victim.

Results revealed that sexual violence before the age of 18 affects both the current physical and mental health status of the victims. No association was found between sexual violence after the age of 18 and the current physical and mental health status.

Respondents who experienced sexual violence before the age of 18 were in general one year younger at their first sexual intercourse compared to respondents who did not experience sexual violence. A positive finding is that victims of sexual violence before the age of 18 did not differ from non-victims in terms of frequency of sex, importance of sex and sexual satisfaction.

Chapter 6. Sexual health profiles

In Chapter 6 we use various measures of sexual health to study how and to what extent they are interrelated. After all, it is possible that the same people are confronted with various phenomena or problems. By constructing profiles of respondents it is possible to shed light on the way in which a broad array of sexual health measures are linked. This subsequently allows us to study sexual health in a more encompassing fashion. Since we include some indicators that are measured with reference to the past six months, we limit the analysis to the respondents that had sex in the past six months.

We make use of the latent class analysis to create a typology of respondents. This statistical technique allows us to detect groups of respondents based on their specific answers. The respondents of one group look as similar as possible while the respondents of the different groups differ as much as possible.

The latent class analysis results in a typology consisting of five groups. We structure the discussion of the different profiles along the axes of ‘satisfaction with sex life’ and ‘confrontation with sex-related problems’ (sexual violence, sexual dysfunctions and problems regarding pregnancies). The largest group (Cluster 1, 37% of the sample) is highly satisfied with their sex life and has little or no experience with sex-related problems. Respondents from this group had few sex partners in life and have an average sex frequency and diversity of sexual activities. Cluster 2 (31%) combines a diverse repertoire of sexual activities, higher than the average number of sex partners, a high sexual satisfaction and an increased chance of sex-related problems (confrontation with sexual violence, sexual dysfunctions and problems during pregnancy). Cluster 3 (10%) is on average satisfied and is characterized by a rather limited repertoire of sexual behavior, a small number of sex partners during life and a low chance of experiencing the different sex-related problems, with the exception of sexual dysfunctions without distress. If we consider the three satisfied groups

together, we see that they comprise 75% of the respondents, regardless of the higher chances of sex-related problems in Clusters 2 and 3. We observe a very specific combination of satisfaction and experience with sex-related problems in Cluster 5 (8%). This cluster combines very low chances of sex-related problems with a pronounced chance of being dissatisfied with their sex life. Moreover, these respondents indicate that they had a high number of sex partners throughout their lives and that they had a below average sex frequency in the past six months. Further analysis indicates that the number of respondents without a partner is over-represented in this cluster, which is probably the reason why they are dissatisfied with their sex life. Finally, we characterize Cluster 4 (14%) as a ‘problem cluster’, since it combines a high degree of dissatisfaction with high odds of experiencing sex-related problems. This last group deserves special attention in a sexual health policy.



De ginkgo-boom, ook wel eens Japanse notenboom of waaierboom genoemd, werd terecht een 'levend fossiel' genoemd (Charles Darwin, 1859): de soort bestond reeds toen de continenten nog niet gescheiden waren en (onder meer) bevolkt werden door de dinosauriërs. Als uitgestorven beschouwd werd de ginkgo 'herontdekt' in het Japan van de vroege achttiende eeuw en via de Verenigde Oost-Indische Compagnie opnieuw geïntroduceerd in Europa en Amerika. Het verbaast dus niet dat de ginkgo symbool staat voor levenskracht en flexibiliteit onder zeer verscheiden omstandigheden.

Aan (extracten van) de ginkgo worden sinds de zestiende eeuw in China allerlei geneeskundige kwaliteiten toegeschreven, het bevorderen van de bloedcirculatie bijvoorbeeld of van het geheugen, meer in het algemeen het stimuleren van de hersenactiviteit.

Het blad wordt traditioneel ook als bladlegger gebruikt, niet alleen uit esthetische overwegingen, maar omdat het schade aan boeken door ongedierte zou tegengaan. De aantrekkelijke waaivorm van het blad heeft vele kunstenaars geïnspireerd in China en Japan, maar ook in de Art Nouveau-beweging bijvoorbeeld. Misschien het meest bekend is Johann Wolfgang Goethes pleidooi (1815) om in het tweelobbig blad eenheid in tweeheid te zien, een ideaal van liefde op hoog niveau. Bij uitbreiding staat Ginkgo voor intellectuele gemeenschap, voor eenheid in kwaliteit, met respect voor de verscheidenheid in disciplines en uitdrukkingsvormen.

Om al deze redenen heeft Academia Press Ginkgo gekozen voor haar aparte imprint, symbool voor haar engagement als *gatekeeper*. Dit label staat borg voor een hoogstaande wetenschappelijke kwaliteit en is het resultaat van een wetenschappelijke selectie- en opvolgingsprocedure (met onder andere externe peer review en begeleiding door de verantwoordelijke wetenschappelijke kwaliteitsbewaking van Academia Press). Het Ginkgo-fonds richt zich in eerste instantie op onderzoek in de humane en sociale wetenschappen. Onderzoekers worden bij deze uitgenodigd om hun voorstellen in te dienen volgens de procedure beschreven op www.academiapress.be.

Verschenen eerder in dit fonds:

- B. Biebuyck, G. Buelens, K. De Moor, B. Keunen, G. Martens, D. Praet, A. Roose & W.M. Verbaal, *Negen muzen, tien geboden. Historische en methodologische gevalstudies over de interactie tussen literatuur en ethiek*, 2005.
- Nathalie Gontier & Katrien Mondt, *De nieuwe taalwetenschappen. Dynamisch inter(- en trans)disciplinair taalonderzoek*, 2005.
- Peter Tom Jones & Roger Jacobs, *Terra Incognita. Globalisering, ecologie en rechtvaardige duurzaamheid*, 2006. (Tweede editie, 2007)
- Isabelle Devos, *Allemaal bestjes. Mortaliteit en Morbiditeit in Vlaanderen, 18^{de}-20^{ste} eeuw*, Reeks Historische Economie en Ecologie, 2006.
- Pieter Borghart, *In het spoor van Emile Zola. De narratologische code(s) van het Europese naturalisme*, 2006.
- Arthur Cools, Sabine Hillen, Vivian Liska & Erik Oger (reds), *De macht van de sirene. Kennis en verleiding in de moderniteit*, 2007.
- Nele Bracke, *Een monument voor het land. Overheidsstatistiek in België 1795-1870*, Reeks Historische Economie en Ecologie, 2008.
- Thomas Crombez, *Het Antitheater van Antonin Artaud. Een onderzoek naar de veralgemeende artistieke transgressie. Toegepast op het werk van Romeo Castellucci en de Societàs Raffaello Sanzio*, 2008.
- Tineke De Pauw, Matthias Lefebvre & Jacques Van Keymeulen, *Woordenboek van de Vlaamse Dialecten. Algemene Woordenschat, Aflevering 6: School en Kinderspelen*, 2008.
- Tim Soens, *De spade in de dijk? Waterbeheer en rurale samenleving in de Vlaamse kustvlakte (1280-1580)*, Reeks Historische Economie en Ecologie, 2009.
- Christophe Verbruggen, *Schrijverschap in de Belgische belle époque. Een sociaal-culturele geschiedenis*, 2009 (co-editie met Vantilt).
- Sascha Bru & Anneleen Masschelein (reds), *Tijding en tendens: Literatuurwetenschap in de Nederlanden*, Cahier voor Literatuurwetenschap 1 (2009).
- Roxane Vandenberghe, Veronique De Tier & Magda Devos, *Woordenboek van de Vlaamse Dialecten. Landbouwwoordenschat, Aflevering 12: Kleinvee*, 2009.
- N. Bemong, P. Borghart, M. De Dobbeleer, K. Demoen, K. De Temmerman & B. Keunen (eds.), *Bakhtin's Theory of the Literary Chronotope: Reflections, Applications, Perspectives*, 2010.
- Ellen Simon, *Voicing in Contrast: Acquiring a Second Language Laryngeal System*, 2010.
- Hubert Roland & Stéphanie Vanasten (éd.), *Les nouvelles voies du comparatisme*, Cahier voor literatuurwetenschap 2 (2010).
- Pieter Borghart & Koen De Temmerman, *Biography and Fictionality in the Greek Literary Tradition*, Phrasis 51,1 (2010).
- Christophe Madelein, *Juigchen in den adel der menschelijke natuur. Het verhevene in de Nederlanden (1770-1830)*, 2010.

- Lars Bernaerts, Hans Vandevoorde & Bart Vervaeck (red.), *Jan Walravens en het experiment*, SEL-Reeks 1, 2011.
- Pieter Dhondt, *Un double compromis. Enjeux et débats relatifs à l'enseignement universitaire en Belgique au XIX^e siècle*, 2011.
- Reinoud Vermoesen, *Markttoegang en 'commerciële' netwerken van rurale huishoudens. De regio Aalst 1650-1800*, Reeks Historische Economie en Ecologie, 2011.
- Laurent Rasier, Vincent van Heuven, Bart Defrancq & Philip Hiligsmann (red.), *Nederlands in het perspectief van uitspraakverwerving en contrastieve taalkunde*, Reeks Lage Landen Studies 2, 2011.
- Lars Bernaerts & Jürgen Pieters (red.), *Hermeneutiek in veelvoud*, Cahier voor literatuurwetenschap 3 (2011).
- Dolores Ross, Arie Pos & Marleen Mertens (red.), *Ieder zijn eigen Arnon Grunberg. Vertaling, promotie en receptie in Italië, Spanje, Catalonië, Portugal en Roemenië*, Reeks Lage Landen Studies 3, 2012.
- Matthieu Sergier, *Ethiek van de lectuur. Frans Kellendonk en de (h)erkenning van andersheid* (2012).
- Kevin Absillis & Kris Humbeek (red.), *Literatuurwetenschap en uitgeverijonderzoek*, Cahier voor literatuurwetenschap 4 (2012).
- Ann Heirman & Mathieu Torck, *A Pure Mind in a Clean Body. Bodily Care in the Buddhist Monasteries of Ancient India and China* (2012).