



Vrije Universiteit Brussel

Het Seksuele Gezondheidsgedrag van Jongvolwassenen: een onderzoek bij 20- tot 25-jarigen in het Brussels Hoger Onderwijs

Eindverhandeling tot licentiaat in de Klinische Psychologie

Student: Verhoogen Katrien

Promotor: Klai Telidja

Organisatie: Sensoa

Academiejaar 2006-2007

WETENSCHAPSwinkel
Brussel

SAMENVATTING

Recente cijfers over de gevolgen van seksueel ongezond gedrag geven aan dat het aantal besmettingen met soa en het aantal ongewenste zwangerschappen relatief hoog ligt bij jongvolwassenen. Een kwantitatief onderzoek naar de determinanten van seksuele gezondheid wordt gestart bij een jongvolwassen, hooggeschoolde studentenpopulatie tussen 19 en 29 jaar aan de Vrije Universiteit Brussel.

488 vragenlijsten werden verzameld en verwerkt om tot een beschrijving van de determinanten te komen.

Bevindingen van het onderzoek stemmen grotendeels overeen met conclusies uit eerdere studies. Aan de meeste vereisten om een seksueel gezonde mentaliteit na te kunnen leven, is voldaan. De meeste studenten hebben namelijk een goed niveau van kennis over soa, hiv en zwangerschap, een positief seksueel zelfbeeld, open en progressieve attitudes ten aanzien van genderrolverwachtingen en seksueel gezond gedrag en voldoende assertiviteit om hun partner aan te spreken over seksuele gezondheid. Het risico op gevolgen van seksueel ongezond gedrag schatten zij eerder klein in, vooral wat betreft soa en hiv. Algemeen lijkt te gelden 'hoe duidelijker aanwezig het risico dat ze kunnen lopen, hoe groter de kans dat zij voorzorgen zullen nemen'. Verschillen naar geslacht en ervaring met geslachtsgemeenschap worden gevonden. Globaal hebben vrouwen en studenten met coïtuservaring een gezondere seksuele mentaliteit of risicobeheersing.

De meest doorwegende determinanten van dit seksueel risicomanagement situeren zich op cognitief niveau. Jongvolwassenen zouden bereid moeten zijn eigen seksuele risico's op soa, hiv en ongeplande zwangerschap in elke potentieel risicovolle situatie realistisch in te schatten, met behulp van hun juiste kennis en de vlotte, assertieve en communicatieve vaardigheden om hun partner hierover aan te spreken. Dit is een eerste stap naar een gezonde seksuele mentaliteit en mogelijk ook gezond seksueel gedrag. Eerder onderzoek gaf reeds aan hoe moeilijk de overgang van mentaliteit naar gedrag is.

VOORWOORD

Vorig jaar, tweede semester, 2006 kreeg elke student de gelegenheid een onderwerp te kiezen volgens eigen interesse. De onderwerpen eindeloos, maar de promotoren schaars, deed een competitieve strijd ontstaan. Een onderwerp dat zowel wetenschappelijke, maatschappelijke als persoonlijke relevantie kent, trok mijn aandacht. Dankzij heel wat mensen uit mijn omgeving heb ik dit onderwerp kunnen uitwerken. Door me te verdiepen in de materie, ben ik steeds meer overtuigd geraakt van het belang van onderzoek op dit domein. Het onderwerp blijft boeien!

Bedankt...

Prof. Telidja Klai, om me dit onderwerp aan te reiken en me er doorheen te begeleiden met professionele raad en persoonlijke steun.

Ilse Vandevelde van Sensoa, voor haar onderzoeksadvies zelfs op onmogelijke momenten.

Ils De Bal van De Wetenschapswinkel, dankzij haar praktische tips en regelmatige contactname kreeg ik het gevoel een stevige steun in de rug te hebben.

Senne, voor al zijn toewijding en liefde, die me energie en moed gaven dit onderzoek uit te werken zoals ik wenste.

Mijn familie en vrienden, voor het keer op keer nalezen, voor het luisteren naar mijn vorderingen of om me op tijd en stond mee te trekken en thesissen te doen vergeten.

Katrien
Juli 2007

INLEIDING

Jongvolwassenen zijn een populatie, waarvan de eigenheid nog maar recent wordt bestudeerd. Pas vanaf de jaren negentig erkent men hen duidelijk en worden zij niet zomaar bestempeld als 'zij die hun jeugdfase verlengen'. (Van den Eynde, Cruyssaert, Van de Velde & Lambrechts, 2005).

De groep jongvolwassenen situeert zich tussen 18 en 30 jaar. Ze onderscheiden zich van adolescenten of oudere volwassenen door een typische fase van 'grote veranderingen'. Jongvolwassenen situeren zich in een soort 'Friends'-generatie, vernoemd naar de populaire, Amerikaanse sitcom. Het is een generatie die het klassieke gezinspatroon nog uitstelt. In plaats daarvan gaan zij samenwonen met vrienden, trends in kledij, decoratie of muziek nauwgezet opvolgen, wisselende studies, jobs en seksuele partners hebben. (Van den Eynde, Cruyssaert, Van de Velde & Lambrechts, 2005). De jongvolwassen periode geeft hen de gelegenheid te kijken welke keuzes hen liggen en welke niet. Pas later zullen zij definitieve verantwoording moeten afleggen voor hun gekozen weg en hoe zij die hebben belopen. Jongvolwassenen met een universitaire of hoge school opleiding stellen deze beslissingen deels uit ten gevolge van hun langer studeren. Zij zullen pas op latere leeftijd financieel op eigen benen staan, samenwonen, huwen, een eerste kind krijgen en een huis kopen. (Elchardus & Smits, 2005).

Dit experimenteergedrag wordt in de volksmond regelmatig bestempeld met uitspraken als 'die jeugd van tegenwoordig, zij weten niet wat ze willen'. Het staat vast dat het om experimenteergedrag gaat en tevens omhelst dit het domein van interesse binnen dit onderzoek, meer bepaald seksueel experimenteergedrag. Experimenteergedrag kan langs twee zijden belicht worden. Enerzijds draagt het bij tot verder ontwikkelen van identiteit en sociale vaardigheden. Jongvolwassenen leren initiatief nemen, zich onafhankelijk opstellen, eigen verantwoordelijkheid nemen voor daden en uiteraard gevolgen. Zich bij de huisarts laten testen na onveilige geslachtsgemeenschap en de betrokken partner op de hoogte brengen, is hiervan een voorbeeld. (Ahlers, 2005). Anderzijds moet men zich tenvolle bewust zijn van de negatieve gevolgen van seksueel experimenteergedrag. Recente cijfers over de gevolgen van seksueel ongezond gedrag geven aan dat het aantal besmettingen met soa, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal gevallen van seksueel grensoverschrijdend gedrag ligt relatief hoog bij jongvolwassenen. (Vandecruys, 2003; Defraye & Sasse, 2005; De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005; Van den Eynde, Cruyssaert, Van de Velde & Lambrechts, 2005, Defraye & Sasse, 2006; Van Brussel, 2006).

Bovenstaande vaststellingen over de gevolgen van seksueel ongezond gedrag gaven onder andere een aanzet tot het huidig onderzoek. Dit onderzoek exploreert welke voorwaarden of determinanten van seksuele gezondheid bij jongvolwassenen aanwezig moeten zijn opdat dit zich zou kunnen vertalen naar seksueel gezond gedrag. Eerder onderzoek toonde reeds aan hoe moeilijk de stap wordt gezet van een seksueel gezonde mentaliteit naar effectief seksueel gezond gedrag. (De Wit, Breeman & Woertman, 2005; Gebhardt, Kuyper & Dusseldorp, 2006).

Een mentaliteit van seksuele gezondheid blijkt bovendien niet vanzelfsprekend aanwezig te zijn. Het gaat om een bewust en actief proces dat helpt eigen seksuele gezondheid te beheersen. Termen zoals seksueel risicomanagement en risicobeheersing die een zekere inspanning en energie in hun betekenis dragen, worden om die reden geassocieerd met seksuele gezondheid. Een gezond seksueel risicomanagement blijkt een nodige voorwaarde te zijn om zich seksueel gezond gedragen. Helaas is het geen voldoende voorwaarde. (De Wit et al., 2005). Toch is het een van de meest vatbare en bereikbare domeinen voor preventie op vlak van seksueel ongezond gedrag. Daarom zal dit onderzoek seksueel risicomanagement en zijn determinanten zoals deze zich manifesteren bij een populatie jongvolwassenen grondig in kaart brengen.

INHOUDSTAFEL

Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inleiding	3
Inhoudstafel	5
Hoofdstuk 1: Jongvolwassenen, een groep apart!	7
1.1. Het relationele en seksuele leven van jongvolwassenen	7
1.1.1. Seksuele ervaring	7
1.1.2. Relatievorming	7
1.2. Seksuele (on)gezondheid bij jongvolwassenen	8
1.2.1. Feiten en cijfers van seksueel ongezond gedrag	8
1.2.1.1 Beschermingsmiddelen	8
1.2.1.2. Soa en hiv	9
1.2.1.3. Ongeplande zwangerschap	10
1.2.1.4. Seksueel grensoverschrijdend gedrag	10
1.2.2. Theoretische modellen van seksuele gezondheid	11
1.2.3. Seksueel risicomanagement	12
1.2.4. Determinanten van seksueel risicomanagement	13
1.2.4.1. Risicoinschatting	13
1.2.4.2. Kennis	14
1.2.4.3 Communicatie en informatie over seks en relaties	14
1.2.4.3.1. Vrienden	14
1.2.4.3.2. Media	15
1.2.4.3.3. Ouders	15
1.2.4.3.4. School en Experts	16
1.2.4.4. Assertiviteit in de communicatie met de partner	16
1.2.4.5. Attituden	16
1.2.4.6. Seksueel zelfbeeld	17
1.2.5. Demografische variabelen als mediërende invloed op risicomanagement en seksueel gezond gedrag	18
1.3. Genoeg redenen tot onderzoek!	18
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethodologie	19
2.1. Algemeen onderzoeksoptzet	19
2.1.1. Probleemstelling	19
2.1.2. Onderzoeksdoelstelling	19
2.1.3. Onderzoeksvraag	19

2.2. Onderzoeksmethodologie	20
2.2.1. Onderzoeksinstrument	20
2.2.2. Onderzoeksprocedure	20
2.2.2.1. Verzamelen van een populatie	20
2.2.2.2. Verwerken van gegevens	20
2.2.3. Onderzoekspopulatie	21
Hoofdstuk 3: Resultaten	25
3.1. Determinanten van seksueel risicomanagement	25
3.1.1. Kennis	25
3.1.2. Attituden	28
3.1.2.1. Attitude over genderrolverwachtingen	28
3.1.2.2. Attitude over seksueel gezond gedrag	29
3.1.3. Seksueel zelfbeeld	30
3.1.4. Risicoinschatting	31
3.1.4.1. Risicoinschatting voor soa en hiv	31
3.1.4.2. Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	33
3.1.4.3. Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	34
3.1.4.4. Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties	35
3.1.5. Seksuele assertiviteit	36
3.1.6. Communicatie met partner rond seksuele gezondheid	36
3.2. De belangrijkste determinanten van seksueel risicomanagement	36
Hoofdstuk 4: Bespreking	37
Hoofdstuk 5: Besluit en slotbeschouwingen	42
Literatuurlijst	44
Bijlagen	48
Bijlage 1: Vragenlijst relaties en intimiteit	48
Bijlage 2: Bronvermeldingen voor de samenstelling van de vragenlijst	65
Bijlage 3: Brief gericht aan docenten	68
Bijlage 4: Overzicht van de bezochte studentengroepen	69
Bijlage 5: Statistische analyses	70
5.1. Factoranalyse van en validiteit van de determinanten van risicomanagement	70
5.2. Test op de verdeling van de determinanten	74
5.3. De samenstelling van seksueel risicomanagement	75
5.4. De belangrijkste determinanten van seksueel risicomanagement	76
Bijlage 6: Percentages van de items per determinant van seksueel risicomanagement	79

HOOFDSTUK 1: JONGVOLWASSENEN, EEN GROEP APART!

1.1. Het relationele en seksuele leven van jongvolwassenen

Op relationeel en seksueel vlak vormen jongvolwassenen een aparte groep in vergelijking met adolescenten en volwassenen, respectievelijk hun voorgaande en opvolgende groep. Jongvolwassenen experimenteren volop en meer dan anderen met relaties, met seks en bijgevolg ook met seksuele gezondheid.

1.1.1. Seksuele ervaring

De ontwikkeling van seksualiteit in de jongvolwassen periode staat niet los van de seksuele ontwikkeling tijdens de jaren voordien, maar gaat verder op wat men toen leerde. Jongeren doen seksuele ervaring op in stappen. Dit stappenproces van seksuele ervaringen en relaties wordt 'de seksuele carrière' genoemd en duurt een drie- tot viertal jaar vooraleer ze aan 'de eerste keer' toe zijn. Ze doorlopen dit op actieve wijze. Zij geven zelf grenzen aan, nemen initiatieven tot bepaalde activiteiten en ontwikkelen zo hun genderidentiteit, genderrol, seksueel gedrag, beleving, attitudes en kennis over seks. (De Wit, Slot & Van Aken, 2004). Gemiddeld starten jongeren hun seksuele carrière op 12 jaar. Jongens lopen voor op seksuele ervaringen, maar tegen de tijd dat ze hun eerste keer geslachtsgemeenschap ervaren, hebben meisjes hen ingehaald. Gemiddeld vindt de eerste zoen plaats op 14-jarige leeftijd. Op 17 à 18-jarige leeftijd heeft de helft van de jongeren voor de eerste keer geslachtsgemeenschap. De meest vernoemde redenen die hen toen dreven tot coïtus waren liefde voor hun partner en nieuwsgierigheid. (Geeraert, 1994; Siegel, Klein & Roghmann, 1999; De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005; Kupers, Nauwelaers & Sermeus, 2006). De ervaring met seksuele gedragingen neemt toe met de leeftijd. Daar waar de meeste seksueel actieve adolescenten zich vooral bezig houden met zoenen en hun eerste geslachtsgemeenschap aan de hand van de missionaris- of amazonehouding, zullen seksueel actieve jongvolwassenen verschillende coïtustechnieken uitproberen en zich meer dan adolescenten aan orale en anale seks wagen. Op jongvolwassen leeftijd heeft de overgrote meerderheid dus al ervaringen met opwinding, masturberen, tongzoenen, voelen en strelen, vingeren en aftrekken, naakt vrijen, geslachtsgemeenschap, pijpen en beffen. Ervaringen met anale seks nemen toe met de leeftijd, maar onder de leeftijd van 25 blijft dit percentage laag. (Ford, 1992; Siegel et al., 1999; Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijenburg, 2004; De Graaf et al., 2005). Tussen de leeftijd van 21 en 25 jaar bestaat een niet onbelangrijk percentage jongvolwassenen met beperkte ervaring. Zo heeft 15% dan nog geen ervaring met masturbatie of orale seks, 12% nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap. (De Graaf et al., 2005).

1.1.2. Relatievorming

De meeste jongvolwassenen tussen 18 en 25 jaar geven aan al verliefd te zijn geweest en een vaste relatie gehad te hebben. Bij velen blijft het niet bij één vaste partner. Bijna de helft van hen heeft al drie of meer partners gehad. Uit verscheidene onderzoeken blijkt echter wel dat mannen de neiging hebben hun seksuele ervaringen te overrapporteren en vrouwen net omgekeerd, te onderrapporteren. (Ford, 1992; Siegel et al., 1999; De Graaf et al., 2005).

Een typisch fenomeen in de jongvolwassen cultuur is seriële monogamie. Dit wil zeggen dat zij seksueel trouw zijn aan hun partner zolang de relatie duurt en in elke daaropvolgende relatie.

Met het ouder worden gaan relaties steeds langer duren en worden ze ook vaker 'vast' genoemd. Dat relaties langer gaan duren, heeft ook te maken met het feit dat deze steeds meer aan de wensen van de jongvolwassene gaan voldoen. Jongvolwassenen gaan relaties aan waarin intimiteit een belangrijke rol gaat spelen. Ze willen nu niet alleen maar een vriend of vriendin, omdat de persoon in kwestie knap is, goed kan kussen of omdat de vriendenkring het zo een geweldige kerel of meid vindt. Men neemt niet meer een vriendje om te ontdekken hoe het is een vriendje te hebben. Het wordt niet meer 'afgemaakt', omdat hij met een ander meisje praat of omdat zij met een andere jongen danst. Jongvolwassenen gaan op zoek naar een partner met wie het klikt, met wie ze een leven kunnen opbouwen. Men gaat een relatie aan met een toekomstvisie, want belangrijke levenskeuzes staan voor de boeg, zoals grote reizen maken, trouwen, kinderen krijgen of een huis kopen. De relaties worden meer diepgaand en intenser. Er moet humor, gelijke interesses, goede communicatie, vertrouwen, tederheid en intimiteit aanwezig zijn. Men wil zichzelf kunnen zijn. (De Wit et al., 2004).

1.2. Seksuele (on)gezondheid bij jongvolwassenen

Het onderwerp seksuele gezondheid verdient een duidelijke afbakening en definiëring vooraleer er dieper op in te gaan. Een goede beschouwing van seksuele gezondheid wordt gegeven door De Graaf en haar collega's (2005) en is gebaseerd op de definiëring van de World Health Organisation (Picavet, Visser & Van Dam, 2004). Iemand is seksueel gezond wanneer de persoon in kwestie soa, hiv en ongewenste zwangerschap bij zichzelf en relevante anderen kan voorkomen. Iemand is seksueel gezond wanneer zijn seksuele leven gekenmerkt wordt door een afwezigheid van morele of fysieke dwang, een afwezigheid van emotionele belemmeringen zoals schaamte en schuldgevoel, en een afwezigheid van seksuele disfuncties. Daardoor heeft de persoon het vermogen te kunnen genieten van seksualiteit.

Een korte definiëring van Sensoa biedt een heldere synthese van de bovenstaande definitie. Seksuele gezondheid is een staat van lichamelijk, psychologisch en mentaal welbevinden op het vlak van seksualiteit en relaties. (Van den Eynde, Cruyssaert, Van de Velde & Lambrechts, 2005).

Misschien werd het nog niet voldoende expliciet gesteld in de definities, maar seksuele gezondheid omvat verschillende domeinen. Seksueel gezond is men op cognitief, attitudioneel, emotioneel en gedragsniveau. Al deze niveau's zijn onlosmakend met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Mensen met juiste kennis en juiste attitudes, beschikken over de mogelijkheid zich seksueel gezond te kunnen gedragen.

1.2.1. Feiten en cijfers van seksueel ongezond gedrag

1.2.1.1. Beschermingsmiddelen

De meest gebruikte methoden door jongvolwassenen zijn het mannencondoom en de pil, meestal de combinatiepil. Een condoom blijkt de meest favoriete beschermingsmethode te zijn bij de eerste geslachtsgemeenschap, eventueel aangevuld met de pil. Deze keuze evolueert. Bij later coïtusgedrag neemt het gebruik van condooms af en wordt er meer overgeschakeld op de pil. Condooms blijven nog steeds het meest gerapporteerd bij jongvolwassenen, maar naarmate zij ouder worden, meer partners en ook langdurigere relaties hebben, kiezen velen het condoom achterwege te laten en enkel een oraal contraceptivum te gebruiken. Met dit proces gaat een verschuiving van verantwoordelijkheid gepaard, dat zich kadert in genderstereotypisch rolgedrag

en attitudes. Men verwacht nog vaak dat de man het condoom mee- en aanbrengt. De verantwoordelijkheid voor veilig vrijgedrag ligt dan bij de man, zouden we simpelweg kunnen stellen. Wanneer een vrouw condooms op zak heeft, wordt zij nog al te vaak bestempeld als 'een op seks beluste vrouw', want condooms dragen de betekenis met zich mee van op seks uit te zijn, een hoog libido te hebben. Later, wanneer de relatie blijft duren en men meer vertrouwt op pilgebruik en het condoom achterwege laat, verschuift die verantwoordelijkheid naar de vrouw, omdat zij diegene is die de pil moet innemen. (Siegel et al., 1999). Bij de eerste geslachtsgemeenschap neemt nog 58% van de man de voorzorgen, later wordt dat 21%. Bij de jonge vrouwen stijgt het initiatief voor het nemen van voorzorgen van 13% bij de eerste keer tot 48% later. (Geeraert, 1994; Siegel et al., 1999).

Bij deze verschuiving van condoom naar pil denken jongvolwassenen dat hun risico op soa gereduceerd is. Theoretisch zou dit inderdaad hun risico verkleinen, maar jongvolwassenen zijn serieel monogaam. Sequentieel seksueel contact is daarom echter niet veiliger dan seksueel contact met meerdere partners tegelijk. In werkelijkheid is het soa-risico niet verminderd. Het lijkt alleen maar zo. Velen lijken te vergeten dat het condoom naast een zwangerschapspreventieve functie ook een soa-preventieve functie heeft. Bijna de helft (45%) van jongvolwassenen gebruikt een condoom voor zwangerschapspreventie en soa-preventie, 28% voor zwangerschapspreventie alleen, en 1% voor soa-preventie alleen. (Siegel et al., 1999; Gebhardt, Kuyper & Dusseldorp, 2006). Vaak teruggevonden redenen voor het niet gebruiken van een condoom zijn dronkenschap en daardoor er niet toe gekomen zijn het condoom voor te stellen of gebruiken, zich zorgen maken over de partners' reactie bij het voorstellen van een condoom, omdat het meisje aan de pil is, omdat geen van beiden een condoom bijheeft, of omdat men vaste verkering heeft (Lear, 1995; Van de Laar, Mulder, Paijmans & Tielen, 2004). In het recente, grootschalige onderzoek 'Seksuele Gezondheid in Nederland 2006' bleek 17,9% van de vrouwen tussen 19 en 49 jaar er niet in te slagen consequent hun anticonceptiemiddel te nemen gedurende een half jaar. Op één jaar tijd zou dit tot enkele duizende ongeplande zwangerschappen leiden volgens deze studie. (Bakker & Vanwesenbeeck, 2007).

1.2.1.2. Soa en hiv

Soa is de afkorting voor 'Seksueel Overdraagbare Aandoeningen'. Het gaat inderdaad om aandoeningen die via seksuele activiteiten overgedragen worden. Gekende voorbeelden van soa zijn genitale herpes, genitale wratten, gonorrhoe en chlamydia. Een gevaarlijke soa is hiv, het 'Human Immunodeficiency Virus'. Dit is het virus dat het menselijke immuunsysteem afbreekt waardoor na onbepaalde tijd aids, het 'Acquired Immune Deficiency Syndrome' kan ontstaan. Aids is de verzamelnaam voor alle verschillende ziekten waartegen het lichaam zich niet meer kan beschermen wegens uitschakeling van de immuniteit. Minder ernstige kwalen, zoals de griep, kunnen uiteindelijk aanleiding geven tot de dood. Er bestaat nog steeds geen geneesmiddel tegen hiv. (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2004).

De percentages soa bij Belgische mannen liggen het hoogst tussen de leeftijden 25 en 34 jaar, zowel bij hetero- als bij homoseksuelen. Bij heteroseksuele mannen worden het meest frequent de diagnoses chlamydia, gonorrhoe of genitale wratten gesteld. Bij homoseksuele mannen in deze leeftijdscategorie staat syfilis op nummer één, gevolgd door gonorrhoe en genitale wratten. Onder 25 jaar worden genitale wratten het meest frequent gerapporteerd bij jonge mannen.

Bij Belgische vrouwen liggen de percentages soa het hoogst tussen 15 en 24 jaar. De opsplitsing naar seksuele geaardheid levert geen verschillen op. Chlamydia wordt het meest vastgesteld bij vrouwen, vervolgens genitale wratten en genitale herpes. (Defraye & Sasse, 2005).

Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid meldt dat er tussen de 18.959 en 20.085 met hiv-geïnfekteerde personen zijn aangegeven in België op 31 december 2006 sinds het begin van de epidemie. Daarvan werden 3.641 personen gediagnosticeerd als aids-patiënten. Er zijn 1,6 meer mannen met hiv geïnfecteerd dan vrouwen. Hiv is het meest vastgesteld in de leeftijdscategorie van 30 tot 34 jaar bij mannen en 25 tot 29 jaar bij vrouwen. Bij Belgische mannen werd de hiv-infectie bij 68% veroorzaakt door homoseksueel contact, bij 25% door heteroseksueel contact en bij 4,7% door intraveneus contact. Bij Belgische vrouwen werd de hiv-infectie bij 79,2% veroorzaakt door heteroseksueel contact. (Defraye & Sasse, 2006).

Iedereen kan zich laten testen bij bijvoorbeeld de huisarts op soa, maar uit studies kwam al vaak naar boven dat testing, zoals een hiv-screening weinig wordt uitgevoerd. (Lear, 1995; Siegel et al., 1999). Uit het onderzoek 'Seks boven je 25e' in Nederland bleek 25,9% van de 21- tot 24-jarige seksueel actieve jongvolwassenen al eens een soa-onderzoek te hebben ondergaan en 21,5% een hiv-test. (De Graaf et al., 2005).

1.2.1.3. Ongeplande Zwangerschap

Zwangerschappen kunnen gepland of ongepland zijn. Een ongeplande zwangerschap hoeft niet ongewenst te zijn. De cijfers van ongeplande zwangerschap zijn onmogelijk na te gaan, want uit vele ongeplande zwangerschappen wordt uiteindelijk een kind geboren. Enkel abortuscijfers zijn gekend en geven een idee van ongewenste zwangerschappen, waarvan hoogstwaarschijnlijk een groot deel ongepland.

Het Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen in Leuven, brengt sinds 1993 zwangerschapsonderbreking in België in kaart. De gemiddelde leeftijd van de Belgische vrouw die in 2005 de zwangerschap liet afbreken is 27,44 jaar. In vergelijking met het eerste registratiejaar 1993 is dit stabiel gebleven (27,4 jaar). Meestal gaat het om vrouwen die nog ongehuwd zijn en geen kinderen hebben. Het grootste aantal zwangerschapsafbrekingen is terug te vinden in de leeftijdscategorie van 20 tot 24 jaar (24,79%). Ook in de voorgaande jaren werden de meeste zwangerschapsonderbrekingen in deze leeftijdscategorie geregistreerd. Redenen om de zwangerschap af te breken komen overeen met een uitstelbeweging van het krijgen van het eerste kind. Op 20- tot 24-jarige leeftijd willen jongvolwassenen het liefst kinderloos zijn. Ze geven aan dat ze momenteel geen kinderwens hebben of zichzelf nog te jong voelen. Ruim vier op tien vrouwen die in 2005 een zwangerschap lieten onderbreken, gebruikten in de maand voor de afbreking geen voorbehoedsmiddel. (Van Brussel, 2006).

1.2.1.4. Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is elke vorm van seksuele activiteit waarbij geen wederzijdse toestemming geldt. (De Graaf et al., 2005).

Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt vaker voor bij studenten dan men aanvankelijk zou denken. Bijna 1/10, waarvan drie keer zoveel mannen dan vrouwen, van een onderzochte studentenpopulatie in de licentiaatsverhandeling van Vandecruys (2003) zou al eens seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben getoond, zoals het dwingen van de partner tot seks.

In een onderzoek van O'Sullivan & Allgeier (1998) bleek meer dan 1/3 van de studenten, waaronder vooral vrouwen, in te stemmen met seksueel ongewenste activiteiten. 1/4 van de mannelijke en de helft van de vrouwelijke studenten bleek binnen de twee weken van het onderzoek in contact te komen met een ongewenste seksuele activiteit. Nochtans geven deze studenten aan erin toegestemd te hebben. Het gaat dus om seksuele activiteiten, die de student liever niet wenst, maar toch vrijwillig toelaat of doet. Studenten deden dit onder andere om aan hun partners' seksuele behoefte te voldoen, om de onderlinge intimiteit hoog te houden en om spanningen in de relatie te vermijden. Dit zijn allemaal altruïstische, positieve motieven. De meeste studenten hadden achteraf ook het gevoel dat ze er goed aan gedaan hadden dit toe te laten, omdat hun redenen een overwegend positieve uitkomst teweegbrachten. Andere, meer negatief getinte motieven tot instemmen, zijn bijvoorbeeld groepsdruk van leeftijdsgenoten, druk om aan de seksnorm in de maatschappij te voldoen, gevoelens van seksueel onbekwaam zijn, zich verplicht voelen de vroegere seksfrequentie te behouden, de druk om aantrekkelijk te zijn en de onmogelijkheid om te weigeren. (O'Sullivan & Allgeier, 1998).

Toestemmen in ongewenst seksueel gedrag is gekoppeld aan genderrolverwachtingen. Mannen zouden toegeven, omdat hun mannelijkheid anders in twijfel getrokken kan worden. Vrouwen zouden instemmen, omdat zij de behoeften van anderen voor laten gaan op hun eigen behoeften. Sociale normen zijn bij dit instemmen tevens aan de orde, bijvoorbeeld het onderhuidse gevoel onder druk gezet te worden door het prestatiegemiddelde van leeftijdsgenoten. Ook de maatschappelijk naar voor geschoven norm om één à twee keer per week seks te hebben, gebaseerd op het zagezegde seksgemiddelde van koppels, houdt in dat koppels zich verplicht kunnen voelen seks te hebben met elkaar. De werkelijke behoefte van koppels kan mogelijk botsen op de 'voorgescreven' norm. (O'Sullivan & Allgeier, 1998).

1.2.2. Theoretische modellen van seksuele gezondheid

Sociaal-cognitieve modellen zoals 'Theory of the reasoned action' van Ajzen en Fishbein (1980) en 'Theory of the planned behavior' van Ajzen (1985) zijn meermaals gebruikt om het veilig vrijgedrag van onder andere jongvolwassenen te voorspellen. (De Wit, Breeman & Woertman, 2005). Al deze theorieën veronderstellen een mate van cognitieve planning en beredeneerde motivatie. Eens het individu doorheeft dat de voordelen van veilig vrijen doorwegen op de nadelen ervan, zullen zij gemotiveerd zijn steeds maatregelen te nemen tot veilig vrijen. Aanhangers van deze theorie gaan ervan uit dat motivatie of intentie één van de meest belangrijke factoren is die veilig vrijgedrag induceert. Fishbein (2000) heeft zelfs getracht een integratie te maken van alle sociaal-cognitieve modellen tot één theoretisch model dat seksueel gezondheidsgedrag kan voorspellen. Om seksueel veilig gedrag te vertonen moeten drie aspecten aanwezig zijn. Dit zijn de intentie om veilig te vrijen, goede vaardigheden om veilig te vrijen en de afwezigheid van omgevingsinvloeden die het veilige vrijgedrag kunnen belemmeren. Respectievelijk gaat het hier bijvoorbeeld om condooms op zak hebben, weten hoe deze te gebruiken en in alcohol- of drugsvrije toestand verkeren om dit allemaal juist toe te passen. De sterkte van de intentie wordt op zijn beurt bepaald door attituden, sociale normen en eigen inschatting van effectiviteit rond veilig vrijen. (De Wit et al., 2005). Er bestaat een grote discrepantie tussen gedragsintenties en daadwerkelijk gedrag. Volgens onderzoek van Dusseldorp en Maes (2001) zouden alle determinanten van intentie 33% of 1/3 van het condoomgebruik voorspellen. (De Wit et al., 2005).

De intentie tot het hebben van veilige seks leidt echter niet automatisch tot effectief veilig vrijen. Effectief condoomgebruik veronderstelt het kunnen laten samen verlopen van complexe gedragingen. Men moet de condooms kopen, bij de hand hebben, voorstellen en bespreken met de partner, correct gebruiken tijdens het vrijen en dit telkens wanneer men wil vrijen. Voorafgaand aan deze gedragingen is heel wat cognitieve planning vereist. Men moet bijvoorbeeld beslissen wanneer en hoe men het condoom zal bespreken. Uit onderzoek blijkt inderdaad dat het voorbereiden van condoomgebruik leidt tot veiligere seks. Toch slagen vele jongvolwassenen er niet in, omdat andere zaken, zoals intimiteit, samenhangigheid, genot of zelfs het opkrikken van het zelfvertrouwen vaak voorrang krijgen op condoomgebruik. (Gebhardt et al., 2006).

Een model dat zich veel minder baseert op cognitieve planning en beredeneerd gedrag is het gedragsequentiemodel van Byrne (1977). Dit model houdt ook rekening met fysiologische factoren, affectieve factoren en verbeeldingskracht en blijkt veel beter van toepassing te zijn op jonge mensen. Het model gaat ervan uit dat jongvolwassenen meer beïnvloed worden door fysiologische opwindings- en affectieve processen. Naarmate men ouder wordt en seksuele ervaring toeneemt zal seksueel gedrag meer beïnvloed worden door cognities en verbeeldingskracht. (De Wit et al., 2005).

1.2.3. Seksueel risicomanagement

Risicomanagement is een relatief jonge benaming binnen het seksuologisch vakgebied. Het is een term die tot op heden weinig benoemd of gedefiniëerd werd.

De zoektocht naar een heldere beschrijving van risicomanagement in de 'seksuele literatuur' levert dan ook weinig resultaten. Lear (1995) beschouwt risicomanagement als een onderhandelingsproces tot veiligere seks. Communicatieve vaardigheden staan hierbij op de voorgrond. Voor dit onderhandelingsproces zijn volgens Lear assertiviteit, constante inspanning en besef van eigen controle noodzakelijk. Haar definiëring is echter weinig duidelijk afgebakend en omvat vooral communicatieve aspecten.

Een verkenning via de internetzoekmachine Google bracht een encyclopedische website aan het licht. Wikipedia omschrijft risicomanagement als: "het identificeren en kwantificeren van risico's en het vaststellen van beheersmaatregelen. Met beheersmaatregelen worden activiteiten bedoeld waarmee de kans van optreden of de gevolgen van risico's worden beïnvloed". (Wikipedia, n.d.). Deze algemene definiëring houdt ongeveer hetzelfde concept voor ogen dat binnen het werkveld van seksuologie ook toegepast kan worden. Dit brengt de volgende, eigen samengestelde afbakening van seksueel risicomanagement voort. Seksueel risicomanagement is de mate van risicobeheersing over seksuele activiteiten of mate van verantwoorde controle bij seksuele risico's. Seksueel risicomanagement bestaat uit verschillende componenten. Deze componenten werden reeds regelmatig in de literatuur beschreven, maar tot op heden zelden samengevoegd onder de term risicomanagement. De in de literatuur meest vermelde determinanten zijn: kennis, de attitude over genderrolverwachtingen bij seksuele activiteiten, de attitude over seksuele gezond gedrag, het identificeren van risico's in seksuele situaties, het seksuele zelfbeeld, assertiviteit, communicatie met de eigen partner, en communicatie met en informatie van belangrijke anderen, namelijk vrienden, media en ouders. Deze componenten worden later in deze tekst uitgebreider besproken.

Een goed risicomanagement is echter geen garantie op werkelijk seksueel gezond gedrag, maar vergroot de kans dat veilig vrijgedrag zal optreden.

1.2.4. Determinanten van seksueel risicomanagement

De componenten of determinanten van seksueel risicomanagement ontstaan uit een specifieke samenstelling van nature- en nurture-aspecten. 'Genen en leerprocessen' zijn namelijk verantwoordelijk voor de specifieke invulling en uiting van de determinanten. Deze kunnen onderverdeeld worden in persoonlijke en externe determinanten. Persoonlijke determinanten zijn factoren waar mensen zelf controle over hebben. Het gaat hier voornamelijk over eerder cognitief gerichte factoren zoals kennis, attitudes, zelfeffectiviteit en verwachtingen. Externe determinanten zijn factoren die buiten de directe controle van mensen liggen, maar wel een invloed hebben op risicomanagement en bijgevolg gezondheidsgedrag. Hiertoe behoren sociale invloeden zoals normen, sociale steun, bekrachtigingen, en structurele invloeden zoals de mate waarin iemand toegang heeft tot bijvoorbeeld kennisbronnen over gezondheidsgedrag, of het gangbare beleid rond seksueel gezondheidsgedrag in een specifiek land. (Van den Eynde et al., 2005).

Van al deze componenten wordt in de literatuur bewijsgevoerd dat ze elk apart een voorspellende bijdrage leveren voor seksueel risicomanagement.

1.2.4.1. Risicoinschatting

Jongvolwassenen schatten hun risico's op soa en ongeplande zwangerschap lager dan hun werkelijke kans. Bij jongvolwassenen merkt men de laatste jaren een toename van soa- en hiv-infectie en een stijging van het aantal abortussen. (Van den Eynde et al., 2005).

Jongvolwassenen lopen meer risico dan adolescenten en oudere volwassenen. Zoals beschreven in bovenstaande paragrafen hebben zij vaker al meer seksuele partners gehad en vaker seks met een partner die ook al ervaring heeft. Deze relaties zijn vaak langduriger en persoonlijker waardoor minder vaak een condoom wordt gebruikt. (Lear, 1995).

Jongvolwassenen gebruiken verschillende strategieën om hun risico op soa en zwangerschap te controleren. Ze bevragen bijvoorbeeld hun partners' seksuele achtergrond en kennis en proberen op basis daarvan hun risico in te schatten. Soms is men niet geneigd het seksuele verleden van een potentiële partner te bevragen en dan wordt het problematisch. Sommige jongvolwassenen baseren een risico-inschatting op het uiterlijk van de partner. Wanneer men vindt dat een partner er goed uit ziet, zal hij of zij wel soa-vrij zijn, want "mooie mensen hebben geen soa". (Lear, 1995).

Het inschatten van risico's verschilt ook van de soort relatie die men heeft. Bij korte, seksgerichte relaties, zal men sneller geneigd zijn te praten over vroegere relaties. Men probeert elkaars risico in te schatten en tegelijkertijd leert men elkaar beter kennen, wordt men intiemmer en raakt men opgewonden over de verhalen. In het geval van een relatie waarin men elkaar eerst uitgebreid leert kennen vooraleer men seksuele stappen zet, is er een vertrouwensband opgebouwd. Deze koppels zijn sneller geneigd hun risico's lager in te schatten. (Lear, 1995).

Een reëel probleem is tevens dat jongvolwassenen zichzelf niet zien als een risicogroep voor soa, en al zeker niet voor hiv. Aids is altijd gepresenteerd als een ziekte bij bepaalde, risicovolle groepen. Eerst waren dat homoseksuele mannen, later sub-Saharaanse Afrikanen. Jongvolwassen studenten zijn weinig als risicogroep geïdentificeerd. Men verliest hier echter uit het oog dat het

risico op hiv, of elke andere soa niet gaat om het behoren tot een risicovol geïdentificeerde groep, maar om het uitoefenen van seksueel onveilig en daardoor risicovol gedrag. Men moet bepaalde seksuele gedragingen gaan vermijden, niet bepaalde individuen zoals homo's of Afrikanen. Helaas is het niet behoren tot de risicogroep voor velen een reden tot denken dat zij niet besmet zullen raken. (Lear, 1995).

1.2.4.2. Kennis

Verwerving van seksuele kennis op jonge leeftijd draagt bij tot juiste kennis op jongvolwassen leeftijd. Onderzoek polst meestal naar kennis bij jongeren tussen 12 en 19 jaar. Hun oppervlakkige kennis blijkt relatief goed in orde te zijn. Jongeren beseffen dat onveilig vrijen kan leiden tot overdracht van hiv of tot een ongeplande zwangerschap. De meeste jongeren hebben kennis van de pil en het condoom en hun gebruikswijze. Dit bevestigt ook recent onderzoek van socioloog Berten, die aids-kennis en condoomgebruik van Vlaamse jongeren tussen 15 en 17 jaar onderzocht. (Serneels, 2007). Meer recente voorbehoedsmiddelen, zoals de vaginale ring, zijn nog niet zo gekend. Bijna alle jongeren weten dat het condoom hen kan beschermen tegen soa, hiv en ongeplande zwangerschap. Specifieke of gedetailleerde kennis over de werking van de voorbehoedsmiddelen blijkt onvolledig en onjuist. Er leven nog enkele misvattingen onder jongeren: 4% van 15 tot 19-jarigen denkt bijvoorbeeld dat de pil beschermt tegen aids. (Van Hove, Carpentier & Knops, 1995; Sensoa, juli 2005). Het grootschalig onderzoek 'Seks onder je 25^e' in Nederland stelde dit ook vast. Jongeren en jongvolwassenen beschikken vaak over foute gedetailleerde kennis rond anticonceptiva. Daarnaast bestaat verwarring over het besmettingsrisico van soa en hiv bij bijvoorbeeld orale seks of speekseluitwisseling bij het zoenen. (De Graaf et al., 2005).

Kennis over seksualiteit neemt toe tot ongeveer 18 à 23 jaar. Daarna neemt kennis niet meer opvallend toe. Vrouwen, hoogopgeleiden en seksueel actieve jongeren zijn in het algemeen beter op de hoogte van soa en zwangerschap (Van de Laar et al., 2004; De Wit et al., 2004).

1.2.4.3. Communicatie en informatie over seks en relaties

Als men jonge Belgen tussen 18 en 34 jaar vraagt wie het meeste invloed uitoefent over hun seksuele activiteiten, staat bij 53% de vriendenkring op nummer één. Dat blijkt uit een Belgisch onderzoek van Gfk Researchgroep. De media staan op de tweede plaats (29%). De ouders staan op de derde plaats en worden door 11% genoemd als de belangrijkste invloed. Het minst scoren de school (3%) en de kerk (1%). (Serneels, 2005).

1.2.4.3.1. Vrienden

Vrienden hebben dus de grootste invloed op het seksueel gedrag van jongvolwassenen. Jongvolwassenen praten inderdaad over seks en relaties in hun vriendenkring, maar niet met alle vrienden. Een affectieve vertrouwensband en een goed, intiem contact met die vriend bepalen de diepgang in dat gesprek. In de grote vriendenkring gaat de communicatie voornamelijk over ervaringen en tips uitwisselen. Deze gesprekken worden vaak uitgelokt door tv-programma's of magazines. Lachwekkende, onbegrijpbare of schaamtevolle situaties worden dan gebruikt om de conversatie te openen naar seks en relaties toe. Men vergelijkt met eigen ervaringen.

Vrienden bieden informatie en steun. Men kan bij hen terecht voor geruststelling en advies. (Klaï & Vermeire, 2006).

Het al dan niet praten over seks onder vrienden en de manier waarop dat gebeurt, hebben een invloed op het vrijgedrag. Vaak hechten vrienden belang aan dezelfde seksuele waarden en hebben zij gelijkaardige seksuele ervaringen, mede omdat zij elkaar wederzijds bekrachtigen. Vrienden sporen elkaar aan tot het al dan niet veilig vrijen, niet alleen in gesprekken, maar ook via gedrag. Goed ingelichte vrienden zijn daarom een belangrijke informatiebron over seksuele onderwerpen zoals zwangerschap- en soa-preventie. (Lear, 1995).

1.2.4.3.2. Media

Jongvolwassenen komen op verschillende momenten in contact met seks in de media. Televisie biedt tegenwoordig heel wat aan: reality programma's zoals 'Temptation Island' of speelse, informatieve programma's zoals Open en Bloot. Deze programma's worden steevast later op de avond geprogrammeerd op weekdagen, want in de weekenden gaan jongvolwassenen uit. Daarnaast wordt er gretig gebruikt gemaakt van chatruimtes of datingsites voor jongvolwassenen. Grote zoekmachines zoals Google worden tevens geraadpleegd. Informatie uit al die media wordt niet altijd serieus genomen. Het is niet omdat iemand naar een datingprogramma kijkt dat hij of zij zelf alle remmen loslaat en overspelig wordt. Vaak wordt er met grondige kritiek en sarcastische humor naar het programma gekeken. Zulke media kunnen tevens een opening zijn voor een gesprek met ouders of vrienden. (Serneels, 2005; Klaï & Vermeire, 2006).

1.2.4.3.3. Ouders

Ouders staan slechts op de derde plaats, na respectievelijk vrienden en media, zo bleek uit het onderzoek van Gfk Research. Deze bevindingen zijn echter meer dan normaal bij jongvolwassenen. Het lage percentage betekent niet dat zij nooit een invloed hebben gehad op hun kinderen. Jongvolwassenen hebben waarden, normen en attitudes al veel vroeger in de opvoeding, in de kindertijd van hun ouders meegekregen en benaderen vanuit dit spectrum de wereld. (Serneels, 2005).

De meeste jonge mensen zeggen goed te kunnen praten met hun ouders over seks. Maar de communicatie verschilt inhoudelijk sterk met die tussen vrienden. Ouders worden door alle jonge mensen geconsulteerd, uiteraard door de ene al wat meer dan de andere. Communicatie met ouders wordt sterk bepaald door de initiatie tot gesprek door ouders zelf, of dit nu impliciet of expliciet geïnitieerd wordt. Openheid in communicatie en een warm, veilig familieklimaat zijn belangrijke factoren. Jonge mensen zullen dan sneller geneigd zijn hun vragen te stellen. (Klaï & Vermeire, 2006; Klaï, 2005). Onder deze condities zijn ouders zijn een belangrijke bron van seksuele voorlichting, zowel voor technische uitleg over zwangerschap, bevallen, contraceptie, de werking van het voortplantingssysteem en soa, als bij gesprekken over relaties en intimiteit. (Lear, 1995; Klaï, 2005; Kupers et al., 2006).

1.2.4.3.4. School en Experts

Heel wat jongvolwassenen geven aan seksuele opvoeding te hebben genoten op school, maar hier weinig aan hebben gehad. Of de lessen kwamen te laat, of de lessen waren zo kinderachtig opgebouwd, dat de jongeren het niet de moeite vonden het onderwerp serieus te aanschouwen. (Lear, 1995, Geeraert, 1994). In lagere en middelbare school zijn sinds 1996 vakgebonden en vakoverschrijdende eindtermen door het Vlaamse Parlement goedgekeurd om onder andere seksualiteit en relaties te onderwijzen. (De Ro, 2004). Algemeen blijkt seksuele en relationele opvoeding gelimiteerd en gefragmenteerd te zijn. De focus ligt nog steeds vooral op technische, biologische lessen rond voortplanting en veilig vrijen, soa en contraceptie. (Klaï & Vermeire, 2006). Vele vragen en problemen rond soa en andere gynaecologische moeilijkheden worden gesteld aan huisartsen. Andere experten, zoals centra voor leerlingenbegeleiding, jongerencentra en gezondheidscentra, worden minder gemakkelijk geraadpleegd. (Klaï & Vermeire, 2006).

1.2.4.4. Assertiviteit in de communicatie met de partner

Op elk moment binnen een seksuele relatie kan er heel wat verbale en non-verbale communicatie over seks plaatsvinden met de partner in kwestie. Stereotypische genderongelijkheid speelt hier een rol. Nog steeds bestaat de verwachting bij velen dat mannen de eerste seksuele stap zullen zetten in een relatie en dat vrouwen zullen beslissen tot hoe ver zij de avances van de man laten komen. Vrouwen voelen zich verantwoordelijk voor de preventie van zwangerschap. Zij nemen hiervoor een anticonceptief middel en zij zullen indien een onveilige situatie zich voordoet, seks weigeren. Jonge vrouwen worden nog steeds aangeleerd op hun hoede te zijn voor de toenaderingen van een man. (Lear, 1995).

Binnen de context van genderrollen vernoemt Muehlenhard (1991; in Lear, 1995) voor het eerst de term 'scripted refusal'. Het staat voor vrouwen die seks initieel weigeren, terwijl ze het eigenlijk wel wensen. Vrouwen zeggen neen hoewel ze seks maar al te graag toe willen laten en dit ook vaak doen ondanks hun verbale afwijzing. Dit zorgt voor verwarring bij mannen. Waar trekt men de grens uiteindelijk tussen scripted refusal en verkrachting, kan men zich afvragen. (Lear, 1995). Hoe competent jongvolwassenen zijn in interactie met hun partner bepaalt mee hun gezondheidsgedrag. Men moet eigen grenzen kunnen stellen en grenzen van de partner kunnen respecteren. Zelfzekerheid over uiterlijk en prestaties zijn tenslotte ook een belangrijk aspect om goed te kunnen communiceren. Bijna iedereen geeft aan toch wel te kunnen praten over zwangerschap, voorbehoedsmiddelen en het gebruik van condooms ter voorkoming van soa. (De Graaf et al., 2005).

1.2.4.5. Attituden

Attituden die vaak bevraagd worden, peilen naar het moment waarop men vindt dat geslachtsgemeenschap kan plaatsvinden in een relatie. De meeste jongeren kiezen voor het moment waarop ze een stabiele relatie hebben, zonder dat een huwelijk in het vooruitzicht ligt. De meesten vinden ook dat het kan wanneer twee mensen veel voor elkaar voelen, zonder dat er een vaste verkering aan te pas komt. Als jongeren ouder worden en meer ervaring opdoen met vrijen, worden hun attituden permissiever. Geslachtsgemeenschap hoeft dan niet meer zo strikt binnen een stabiele relatie te vallen. Hoger opgeleide jongvolwassenen hebben permissievere attituden ten aanzien van seks. (Ford, 1992; De Wit et al., 2004; De Graaf et al., 2005).

Attitudes ten aanzien van condooms worden tevens vaak bevestigd. Een groot onderzoek in de Belgische populatie van 18 tot 74 jaar bracht naar voren dat bijna iedereen (94%) het condoom een doeltreffende bescherming tegen soa acht. De meerderheid van de Belgen (73%) vindt het condoom ook een doeltreffend middel ter preventie van zwangerschap. Of ze deze attitudes toepassen in de praktijk is een andere vraag. Een groot aantal Belgen (77%) vindt het aanbrengen van het condoom erotisch. De helft onder de Belgen vindt echter nog steeds dat het de stemming bederft en het genot vermindert. Bijna 1/3 geeft aan het kopen van condooms gênant te vinden en sommigen vinden het gebruik op zich al beschamend. (Kupers et al., 2006). Het voorstellen van een condoom wordt door velen nog steeds beschouwd als een verstoring van de romantische en/of seksuele sfeer tussen partners. Vele jonge vrouwen vrezen bijvoorbeeld dat de emotionele, hechte binding met hun bedpartner dan verloren gaat. (Gebhardt et al., 2006).

Attitudes in het kader van genderstereotypisch rolgedrag situeren zich nog al te vaak in een taboesfeer. 'Mannen moeten het condoom met zich meebrengen, vrouwen horen geen condooms op zak te hebben, mannen moeten de eerste stap zetten,...' zijn typische uitspraken. Men kan zich wel voorstellen dat dit een invloed heeft op het risicomanagement van jonge mannen en vrouwen. (Lear, 1995; Siegel et al., 1999).

1.2.4.6. Seksueel zelfbeeld

Een zelfbeeld bevat cognitieve elementen en emotionele elementen. De cognitieve elementen bepalen de inhoud van het zelfbeeld: 'Wie ben ik? Wat bepaalt dat ik diegene ben die ik ben?'. Deze inhoud krijgt vanaf de adolescentie een meer abstracte vorm en wordt meer vanuit het innerlijke bepaald dan uit concrete, externe gebeurtenissen, zoals dat bij kinderen gebeurt. Alle verschillende beelden die jongvolwassenen hebben over zichzelf gaan meer een samenhangend geheel vormen en een totale indruk geven over zichzelf. De emotionele kant van een zelfbeeld is de waarde die men eraan meegeeft. Dit deel noemt men de zelfwaardering. Vanaf de adolescentie wordt dit sterk bepaald door de eigen fysieke verschijning en de acceptatie door anderen, vooral leeftijdsgenoten. (De Wit et al., 2004). Een onderdeel van het zelfbeeld is het seksuele zelfbeeld dat logischerwijze beïnvloed wordt door de seksuele ervaringen van een persoon. Uit onderzoek van Markus (1977) en Kendzierski en Whitaker (1997) blijkt dat dit seksuele zelfbeeld onder andere de relatie modereert tussen gedragsintentie en werkelijk gedrag. Een positief seksueel zelfschema zal jongvolwassenen meer doen handelen in overeenstemming met hun intentie tot veilig vrijen. (De Wit et al., 2005). Jongvolwassenen hebben minder schuld en schaamtegevoelens bij het vrijen dan adolescenten. Ze tonen een sterkere gerichtheid op seks en een positiever lichaamsbeeld. Ervaring speelt hierin zeker een rol. Over het algemeen hebben jongvolwassenen weinig schuld- en schaamtegevoelens als het over seksualiteit gaat. Met betrekking tot masturbatie worden nog de meeste schuldgevoelens gerapporteerd. (De Graaf et al., 2005).

Jongvolwassenen die seks hebben om 'zichzelf beter te voelen', zullen minder geneigd zijn een condoom te gebruiken. Seks in combinatie met zulke negatieve emoties of zelfwaardering is gerelateerd aan risicovoller seksueel gedrag. (Gebhardt et al., 2006). In het onderzoek van Brown, en zijn collega's (2006) werd onder andere duidelijk dat depressieve jongvolwassenen meer seksueel risicovol gedrag vertonen in vergelijking met hun niet-depressieve controlegroep.

1.2.5. Demografische variabelen als mediërende invloed op risicomanagement en seksueel gezond gedrag

Uit het grote onderzoek 'Seks onder je 25^e' in Nederland door de Rutgers Nisso Groep, bleken een aantal demografische variabelen te bestaan die jongvolwassenen indelen naar seksuele ervaringen en seksueel veilige en gezonde gedragingen. Deze waren geslacht, etniciteit, opleidingsniveau en levensbeschouwelijke overtuiging. Al deze demografische variabelen bleken niet volledig onafhankelijk van elkaar, maar onderling gecorreleerd. Zo kon de Rutgers Nisso Groep nagaan welke specifieke samenstelling van determinanten een groep vormde met meeste ervaring met masturbatie, geslachtsgemeenschap en anale seks. Zeer algemeen zou men kunnen stellen dat oudere, Nederlandse, hoogopgeleide jongeren, waarbij religie geen belangrijke plaats inneemt in hun leven, de meeste ervaring hebben met seksueel gedrag. Autochtone jonge vrouwen blijken meer ervaring te hebben dan allochtone jonge vrouwen, en dit verschil is opvallend groter dan tussen autochtone en allochtone jonge mannen. (De Graaf et al., 2005).

1.3. Genoeg redenen tot onderzoek!

Uit bovenstaand literatuuroverzicht kan opgemerkt worden dat jongvolwassenen zich blootstellen aan heel wat seksuele risico's. Niet alleen het aantal ervaringen, maar ook het aantal partners neemt toe. In deze situaties moet een jongvolwassene zich op goede wijze kunnen beschermen. Op materieel vlak doet men dit door een condoom, een spiraaltje, de pil of een combinatie ervan te gebruiken. Voldoende kennis om het voorbehoedsmiddel juist te gebruiken, de attitude en overtuiging dat dit noodzakelijk is, maar ook de sociale vaardigheden qua communicatie en lichaamstaal om dit aan te brengen bij de partner zijn bovendien nodig. Bij voorkeur moet men dit goed doordacht hebben en mentaal voorbereid zijn om correct te kunnen handelen.

Er bestaan heel wat wegen om zich te beschermen tegen soa, hiv, zwangerschap en seksueel grensoverschrijdende gebeurtenissen. Niet elke weg is uiteraard even adequaat of efficiënt en het kiezen van slechts één weg voldoet vaak niet. Een combinatie van strategieën is dikwijls vereist en goede strategieën worden niet altijd consequent toegepast. Men wil bijvoorbeeld een partner niet verliezen of men is onder invloed van alcohol, waardoor men aan bescherming niet toekomt. Vaak vlot de communicatie niet tussen beiden, waardoor men een bescherming niet kan voorstellen. Het is ook best mogelijk dat men zijn risico slecht of zelfs niet inschat of dat men niet aan alternatieve beschermingsmogelijkheden denkt.

Vanzelfsprekend blijkt dit allemaal niet te zijn. Als we rekening houden met het feit dat men tegelijkertijd van het gebeuren wil genieten, zou men bij het volledige besef van al deze complexe eisen voor minder afhaken. Er gaat met andere woorden een grondig risicomanagement aan vooraf, waarin jonge mensen niet altijd even goed slagen. De problematiek is duidelijk complex en multidimensionaal.

HOOFDSTUK 2: ONDERZOEKSMETHODOLOGIE

2.1. Algemeen onderzoeksopzet

2.1.1. Probleemstelling

Onderzoek naar seksualiteit bij jongvolwassenen als afzonderlijke doelgroep begint nog maar net op te komen. Dit in tegenstelling tot onderzoek naar seksualiteit bij adolescenten, waarover de laatste jaren reeds uitgebreid gepubliceerd werd. Er bestaat dus beperkt onderzoek bij een afgestemde en afgelijnde jongvolwassen groep. De leeftijdscategorie van onderzoek is vaak te breed, waardoor adolescenten en/of oudere volwassenen mee in beschouwing worden genomen. (Van den Eynde et al., 2005).

De adolescentie is een fase waarin experimenteergedrag start. Het is echter op het einde van de adolescentiefase, en dus aan het begin van de jongvolwassenenfase, dat het experimenteergedrag bij de meeste jonge mensen volop plaatsvindt en nog relatief lang blijft verder duren. Experimenteergedrag staat niet los van risicogedrag en de gevolgen van dit risicogedrag. De recente internationale en nationale cijfers in het vorige hoofdstuk over de gevolgen van seksueel ongezond gedrag illustreren dit en maken duidelijk dat onderzoek en preventie noodzakelijk zijn. (Vandecruys, 2003; Defraye & Sasse, 2005; De Graaf, et al., 2005; Van den Eynde et al., 2005, Defraye & Sasse, 2006; Van Brussel, 2006).

2.1.2. Onderzoeksdoelstelling

Onderzoek naar risicomanagement bij de groep waar seksueel ongezond gedrag het meest frequent leidt tot soa, hiv, ongeplande zwangerschap of seksueel grensoverschrijdend gedrag kent wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie. Op wetenschappelijk niveau draagt dergelijk onderzoek bij tot het vormen van een algemene indruk van de huidige jongvolwassen populatie en hun functioneren op seksueel vlak. Enkele gelijkaardige studies maken veralgemeningen en vergelijkingen, verbetering van theoretische modellen en bijsturing van nieuwe onderzoeken mogelijk. Op maatschappelijk niveau levert het een vernieuwend beeld van de jongvolwassen populatie, dat mogelijk kan bijdragen tot het ontwikkelen van nieuwe of verbeteren van bruikbare voorlichtingprogramma's en campagnes, en zelfs tot het opstellen van overheidsmaatregelen in onderwijs en opvoeding. Preventief werken op het niveau van gezondheid betekent het gaan beïnvloeden van de determinanten van gezondheid. (Ahlers, 2005). In dit onderzoek zijn dat seksueel risicomanagement en zijn onderliggende componenten.

De thema's jongvolwassenen, risicogedrag, seksuele gezondheid en preventie stellen bijna automatisch een onderzoek voor naar de determinanten van risicomanagement voor seksueel gezondheidsgedrag bij jongvolwassenen. De jonge term 'seksueel risicomanagement' en haar determinanten werden in het vorige hoofdstuk uitvoerig gedefinieerd.

2.1.3. Onderzoeksvraag

Uit alle bovenvermelde theoretische funderingen groeit de veronderstelling dat een goede invulling van de determinanten van risicomanagement, de kans op een goed risicomanagement vergroot en bijgevolg ook de kans op seksueel gezond gedrag. De vraag stelt zich of alle determinanten even belangrijk zijn voor risicomanagement. Hieruit ontwikkelt zich de volgende onderzoeksvragen:

1)Hoe manifesteren determinanten van seksueel risicomanagement zich in een jongvolwassen populatie.

2)Dragen alle determinanten in dezelfde mate bij tot een goed risicomanagement. Indien niet, welke van de in de literatuur beschreven determinanten beïnvloeden sterk seksueel risicomanagement.

2.2. Onderzoeksmethodologie

2.2.1. Onderzoeksinstrument

Aan de hand van een eigen samengestelde vragenlijst werden verscheidene domeinen van seksualiteit bij jongvolwassenen aan de Vrije Universiteit Brussel in kaart gebracht en toegespitst naar het onderzoeksdoel. Vragenlijsten werden verzameld en statistisch verwerkt aan de hand van SPSS. De vragenlijst droeg als titel 'Vragenlijst Relaties en Intimiteit' en werd opgebouwd uit verschillende onderdelen. (Cfr. Bijlage 1). Een eerste domein achterhaalt demografische variabelen. Het doel van dit domein is een indruk te krijgen van de populatie en tevens relevante demografische variabelen te verzamelen voor analyse. Een tweede domein be vraagt de seksuele voorlichting. Een derde domein bevat vragen over seksuele ervaring. Een vierde en laatste domein peilt naar seksuele gezondheid. Voor een overzicht van de meest inspirerende bronnen ter samenstelling van deze vragenlijst, wordt verwezen naar de bijlagen. (Cfr. Bijlage 2)

2.2.2. Onderzoeksprocedure

2.2.2.1. Verzamelen van een populatie

Voor het onderzoek waren studenten tussen 20 en 25 jaar en een populatiegrootte van ongeveer vijfhonderd respondenten nodig. Er werd besloten te recruter en op de Vrije Universiteit Brussel. Een tiental professoren werden per e-mail aangeschreven met het verzoek of de vragenlijst aan hun studenten mocht worden voorgelegd tijdens één van de hoorcolleges. (Cfr. Bijlage 3). Een overzicht van de bezochte studentengroepen is toegevoegd in bijlage. (Cfr. Bijlage 4). Vooraf aan het uitdelen van de vragenlijst werd het doel van het onderzoek aan de studenten verduidelijkt door de onderzoeker en werden de studenten gemotiveerd zo eerlijk en gewetensvol mogelijk te antwoorden. Het invullen van de vragenlijsten duurde gemiddeld een half uur. In totaal werden 489 vragenlijsten verzameld.

2.2.2.2. Verwerken van gegevens

De vragenlijsten werden eerst ingevoerd in een Excel-databestand. Van daaruit werden de data overgezet naar een SPSS-databestand. Daarna werd overgegaan tot het corrigeren van het databestand. Eerst werd gekeken naar de leeftijdsfrequenties. Respondenten onder 18 jaar en boven 30 jaar werden verwijderd. Onder deze voorwaarde werd één man uit het databestand geschrapt. In totaal bleven 488 respondenten over. Daarna werden frequentietabellen opgesteld van alle variabelen en nagekeken op fouten bij het ingeven van de data. Deze fouten werden gecorrigeerd waar mogelijk en zo niet verwijderd door aan te geven als missing value.

Vervolgens werden de data geanalyseerd in functie van datareductie aan de hand van factoranalyse. Met deze methode worden een aantal componenten achterhaald, zodat niet op het niveau van de items, maar op het niveau van factoren kon worden geïnterpreteerd.

Na een validiteitscontrole op interne consistentie tussen de items aan de hand van de Chronbach's α – met als voorwaarde α groter dan of gelijk aan 0,6 – werden acht factoren weerhouden voor verdere analyse. Deze validiteitscontrole is toegevoegd in bijlage. (Cfr. Bijlage 5).

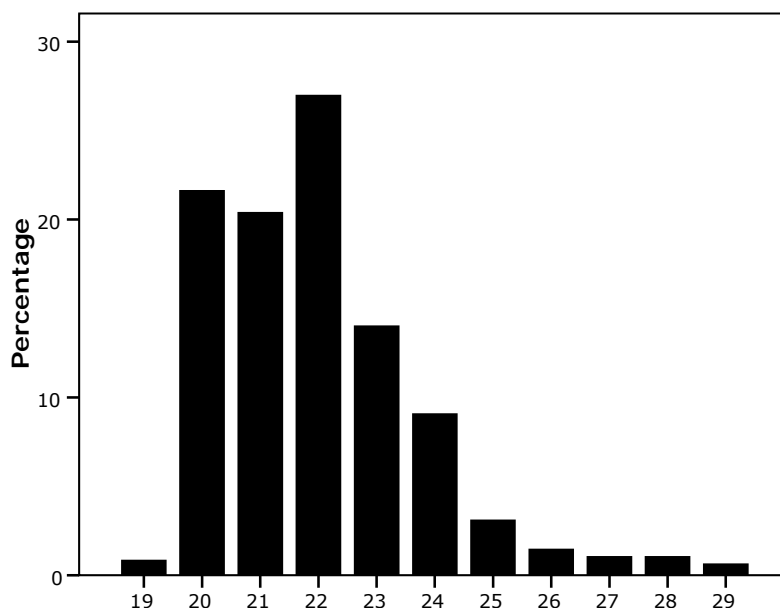
In totaal werden tien determinanten verzameld, die ook volgens de bestaande literatuur bijdragen tot risicomanagement. Vervolgens werd nagegaan of de determinanten normaal verdeeld zijn, een voorwaarde om vergelijkende testen op de gemiddelden te mogen uitvoeren. (Cfr. Bijlage 5). Een beschrijvend statistisch onderzoek werd uitgevoerd op alle determinanten om een beeld te krijgen over de onderzoekspopulatie. Verschillen in determinanten naar geslacht en coïtuservaring werden opgevraagd. Daarna werden alle determinanten samengevoegd tot één nieuwe variabele 'risicomanagement' en werd berekend in welke mate zij elk apart een invloed uitoefenden op het geheel van risicomanagement. Op die manier kon achterhaald worden welke determinanten het sterkst risicomanagement bepalen. Twee grote regressieanalyses werden hiertoe uitgevoerd. Het betreft logistische regressieanalyses wegens een nominale onafhankelijke variabele en één nominale afhankelijke variabele. Bij de eerste regressieanalyse werden alle componenten opgenomen, in de veronderstelling dat deze een significante bijdrage zouden hebben op risicomanagement. Deze analyse heet de ENTER-methode en baseert zich op een gedwongen of geforceerde toevoeging van variabelen die door de onderzoeker zelf geselecteerd worden (Wijnen, Janssens, De Pelsmacker & Van Kenhove, 2002).

De tweede regressieanalyse werd uitgevoerd ter controle van de uitkomst van de eerste regressieanalyse. SPSS berekende deze keer zelf welke variabelen bijdragen aan risicomanagement. Deze werkwijze is de STEPWISE-methode, met gebruik van de Wald Forward-techniek. Het is een techniek die stap voor stap een variabele in de vergelijking toevoegt en elke stap opnieuw nagaat welke volgende variabele de meest significante bijdrage levert. Wanneer er geen volgende significante variabele is, stopt de techniek. (Wijnen et al., 2002). Beide analyses bleken exact dezelfde variabelen toe te voegen als voorspellers voor risicomanagement.

2.2.3. Onderzoekspopulatie

488 vragenlijsten werden weerhouden voor verdere analyse. Binnen deze populatie zijn er 187 mannelijke (38,3%) en 301 vrouwelijke (61,7%) respondenten.

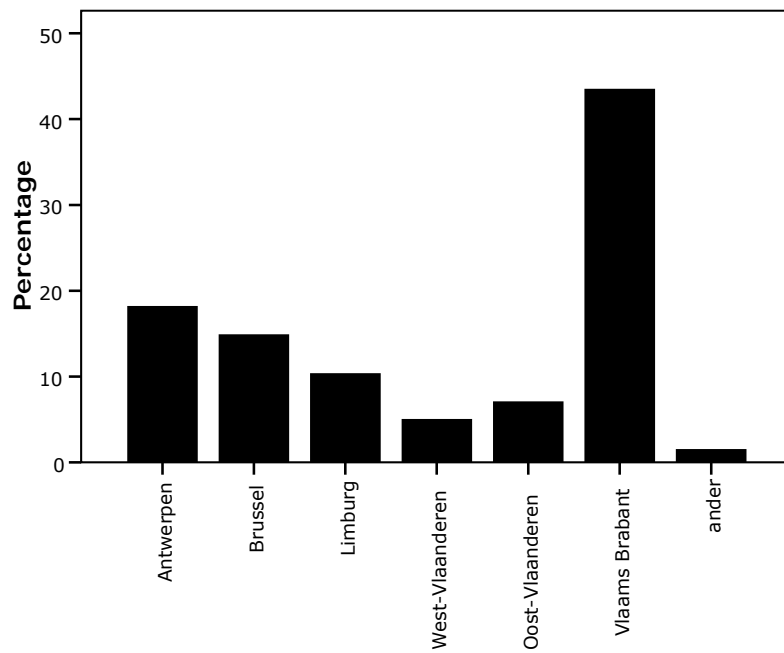
De leeftijd van de respondenten werd berekend aan de hand van hun geboortedatum. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 21,97 jaar, met een minimum van 19 jaar en een maximum van 29 jaar. Figuur 2.1 geeft aan dat het grootste deel van de respondenten tussen 20 en 24 jaar oud is. Twee studenten vulden geen geboortjaar in.



Figuur 2.1: Leeftijd van de respondenten (N = 486).

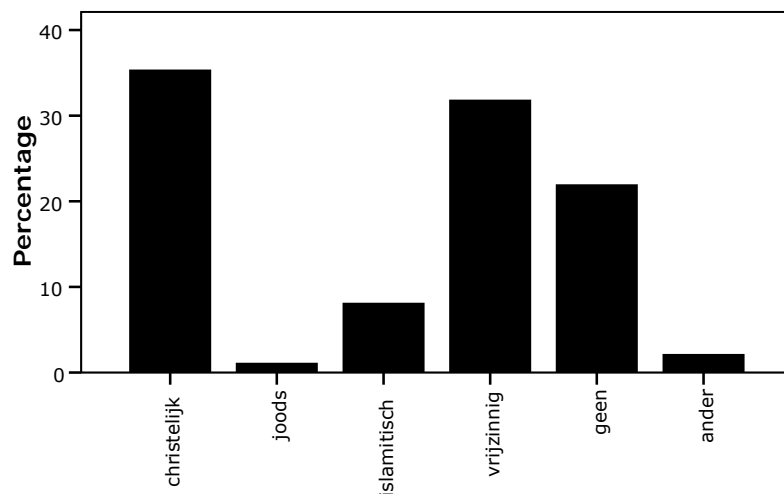
469 studenten (96,5%) hebben de Belgische nationaliteit. 15 studenten (3,1%) dragen de nationaliteit van een andere lidstaat uit de Europese Unie, twee (0,4%) dragen de nationaliteit van een land buiten de Europese Unie. Twee studenten gaven geen nationaliteitsgegevens op.

Alle respondenten studeren aan de Vrije Universiteit Brussel. De ouderlijke woonplaatsen zijn over heel Vlaanderen gespreid. Zie figuur 2.2. Vlaams-Brabant (43,4%), Antwerpen (18,1%), Brussel (14,8%) en Limburg (10,3%) blijken de meest vertegenwoordigde provincies in deze onderzoekspopulatie. Twee studenten vermeldden geen woonplaats. 269 (55,3%) studenten wonen nog bij de ouders, logischerwijze vooral diegenen die in Vlaams-Brabant wonen (33,7%). 170 studenten zitten op kot (35%). De meesten van hen komen uit Limburg (9,1%) en Antwerpen (8%).



Figuur 2.2: Woonplaats van de respondenten (N = 486).

171 studenten (35,3%) beschouwen zichzelf Christelijk, 154 (31,8%) vrijzinnig en 39 (8%) Islamitisch. 106 respondenten (21,9%) geven aan geen levensbeschouwelijke opvatting te weerhouden. Drie respondenten geven geen antwoord op de vraag. Figuur 2.3 schets de verdeling van studenten op deze variabele.



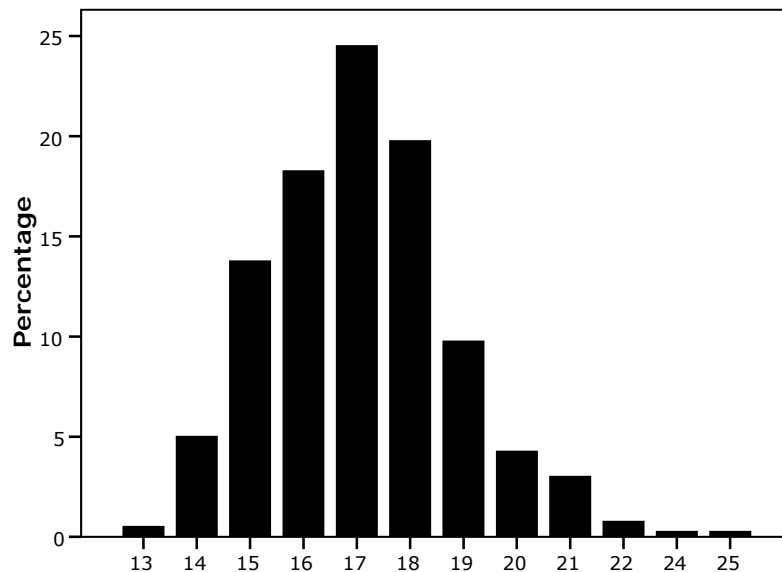
Figuur 2.3: Levensbeschouwelijke opvatting van de respondenten (N = 485).

Het einde van dit hoofdstuk biedt een korte seksuele kennismaking met de respondenten.

364 respondenten (76,2%) beschouwen zichzelf seksueel actief op het moment van bevraging.

70 studenten (14,7%) hebben nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap, 406 studenten (85,3%) wel. 29,6% heeft met één partner geslachtsgemeenschap gehad, 16,8% met twee, 12% met drie en 26,9% met 4 of meer. De respondenten hebben een gemiddeld aantal partners van 2,91.

De gemiddelde leeftijd voor de eerste geslachtsgemeenschap is 17,09 jaar. Figuur 2.4 toont aan dat de eerste geslachtsgemeenschap voor de meesten plaatsvond tussen 15 en 19 jaar.



Figuur 2.4: Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap (N = 406).

Van diegenen zowel met als zonder ervaring met geslachtsgemeenschap, beschouwen 459 respondenten (95%) zichzelf als heteroseksueel, 9 (1,9%) als biseksueel, 8 (1,7%) als homoseksueel en 7 personen (1,4%) weten het nog niet.

Binnen de populatie met ervaring, hebben 222 vrouwelijke respondenten (95,3%) seks met uitsluitend mannen. Zes vrouwen (2,6%) hebben enkel seks met vrouwen en vijf vrouwen (2,1%) hebben seks met mannen en met vrouwen.

134 mannelijke respondenten (95%) hebben seks met uitsluitend vrouwen. Zes mannen (4,3%) hebben enkel seks met mannen en een man (0,7%) heeft seks met mannen en met vrouwen.

HOOFDSTUK 3: RESULTATEN

De factoranalyses, de validiteitscontrole, de test op de verdeling van de determinanten en de regressieanalyses staan uitgebreid beschreven in bijlage. (Cfr bijlage 5).

In dit hoofdstuk worden de tien determinanten van risicomanagement verkend zoals deze zich manifesteren in de onderzoekspopulatie. Daarna wordt een maat van seksueel risicomanagement samengesteld. Deze laatste procedure is toegevoegd in bijlage. (Cfr. Bijlage 5).

In bijlage zijn per determinant en per groep de percentages van de items toegevoegd. (Cfr. Bijlage 6). Het is een grote hulp deze bijlage bij de hand te houden tijdens het doorlezen van dit hoofdstuk. Zo krijgt men een idee van de verdeling van de antwoorden van de onderzoekspopulatie. Afhankelijk van de dimensionele richting van elke determinant zal op sommige determinanten een lage score en op anderen een hoge score, een goed resultaat opleveren zoals goede kennis, progressieve attituden, een positief seksueel zelfbeeld, een goede risicoinschatting en vlotte seksuele assertiviteit en communicatie.

3.1. Determinanten van seksueel risicomanagement

3.1.1. Kennis

De gemiddelde kennis van de respondenten is 12,21 op 15. Zie tabel 3.1.

De helft (50,1%) van de onderzoekspopulatie scoort 13 of meer. Zie tabel 3.47 in bijlage. Geen enkele respondent scoort het maximum. Slechts 3 studenten scoren een onvoldoende, de rest van de studenten (99,4%) scoort 8 of meer.

Tabel 3.1: Gemiddelden van de determinanten naar populatie.

Determinanten	Totaal	Mannen	Vrouwen	Ervaring	Geen ervaring
Kennis	12,21	12,04	12,32	12,29	11,76
Attitude over genderrolverwachtingen	3,23	2,98	3,39	3,25	3,10
Attitude over seksueel gezond gedrag	1,69	1,84	1,59	1,68	1,69
Seksueel zelfbeeld	3,50	3,53	3,48	3,54	3,24
Risicoinschatting voor soa en hiv	2,44	2,35	2,49	2,43	2,49
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	2,96	2,84	3,04	2,96	3,01
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	1,77	1,85	1,73	1,80	1,63
Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties	1,05	1,04	1,06	1,06	1,03
Seksuele assertiviteit	1,97	2,04	1,92	/	/

De kennisitems staan uitgeschreven in tabel 3.3 en hun bijhorende percentages in tabellen 3.21, 3.22 en 3.23 in bijlage. (Cfr. Bijlage 6). Op alle 15 items antwoordde de overgrote meerderheid van de onderzoekspopulatie steeds correct. De volgende stellingen werden vaker fout beantwoord door de ganse onderzoekspopulatie: 'Je kan geen hiv krijgen via orale seks', 'Hiv en aids zijn beiden virussen', 'Een zwangere vrouw geeft sowieso hiv door aan haar ongeboren kind', 'Iemand kan hiv krijgen via speeksel, tranen, zweet of urine van een persoon met hiv' en 'Als de vrouw de pil neemt is de kans op ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande'. Zie tabel 3.21 in bijlage.

Gemiddeld scoren vrouwelijke respondenten significant hoger dan mannelijke respondenten. Zie Tabel 3.2.

Tabel 3.2: Verschillen in determinanten naar geslacht.

Determinanten	Mann-Whitney U	p-waarde
Kennis	24432	0,014*
Attitude over genderrolverwachtingen	15049,5	0,000**
Attitude over seksueel gezond gedrag	18358	0,000**
Seksueel zelfbeeld	25543,5	0,014*
Risicoinschatting voor soa en hiv	23424	0,009**
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	22649	0,001**
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	24211,5	0,016*
Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties	27444,5	0,823
Seksuele assertiviteit	22724,5	0,002**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

99,3% van de vrouwen scoort 8 of hoger ten opzichte van 97,9 % van de mannen. Het statistische verschil lijkt bij deze score eerder verwaarloosbaar. Echter, de meerderheid (54,3%) van de vrouwen scoort 13 of hoger ten opzichte van 43,3% van de mannen. Zie tabel 3.47 in bijlage. Hier is het verschil wel duidelijk.

Op de individuele kennisitems scoren mannen even goed als vrouwen, behalve voor het item 'Als een vrouw de pil neemt, is de kans op ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande'. Zie tabel 3.3 en tabel 3.22 in bijlage.

Tabel 3.3: Verschillen per item op kennis naar geslacht.

	Fisher's Exact Test
Je kan geïnfecteerd geraken met hiv via een naald die ook gebruikt werd door iemand met hiv	0,562
je kan geen hiv krijgen via orale seks (<i>omgekeerd item</i>)	0,669
Hiv en aids zijn beide virussen (<i>omgekeerd item</i>)	0,766
Een zwangere vrouw geeft sowieso hiv door aan haar ongeboren kind (<i>omgekeerd item</i>)	0,922
Men kan hiv krijgen van anale seks zonder condoom	1
Iemand met hiv kan er gezond uitzien en zich gezond voelen	0,349
Iemand kan hiv dragen gedurende vijf of meer jaren zonder aids te krijgen	0,474
Iemand kan geen hiv krijgen als hij of zij antibiotica neemt (<i>omgekeerd item</i>)	0,639
Iemand kan hiv krijgen via speeksel, tranen, zweet of urine van een persoon met hiv (<i>omgekeerd item</i>)	0,106
Hiv is ook een soa	0,210
Je kan geen soa krijgen, als de vrouw de pil neemt (<i>omgekeerd item</i>)	0,228
Als de vrouw de pil neemt, is de kans op een ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande	0,014**
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap niet (<i>omgekeerd item</i>)	1
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en de meeste soa	0,848
De kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt, is onbestaande (<i>omgekeerd item</i>)	0,105

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Respondenten met coïtuservaring scoren significant hoger dan respondenten zonder coïtuservaring. Zie tabel 3.4.

Tabel 3.4: Verschillen in determinanten naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

Determinanten	Mann-Whitney U	p-waarde
Kennis	12434,5	0,041*
Attitude over genderrolverwachtingen	12206,5	0,025*
Attitude over seksueel gezond gedrag	14478	0,889
Seksueel zelfbeeld	8385	0,000**
Risicoinschatting voor soa en hiv	13804,5	0,580
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	13694	0,531
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	12046	0,022*
Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties	14393,5	0,875

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

99,8% van de studenten met ervaring scoort 8 of hoger ten opzichte van 97,1% van de studenten zonder ervaring. Het statistische verschil lijkt ook bij deze score eerder verwaarloosbaar. Echter bij een hogere score is het verschil wel zichtbaar. De meerderheid (51,1%) van de studenten met ervaring scoort 13 of hoger ten opzichte van 44,3% van de studenten zonder ervaring. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op de individuele kennisitems zijn de verschillen in ervaring met geslachtsgemeenschap terug te vinden bij items 'een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap niet' en 'de kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt, is onbestaande'. Zie tabel 3.5 en tabel 3.23 in bijlage.

Tabel 3.5: Verschillen per item op kennis naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

	Fisher's Exact Test
Je kan geïnfecteerd geraken met hiv via een naald die ook gebruikt werd door iemand met hiv	1
je kan geen hiv krijgen via orale seks (<i>omgekeerd item</i>)	0,300
Hiv en aids zijn beide virussen (<i>omgekeerd item</i>)	0,072
Een zwangere vrouw geeft sowieso hiv door aan haar ongeboren kind (<i>omgekeerd item</i>)	0,343
Men kan hiv krijgen van anale seks zonder condoom	0,803
Iemand met hiv kan er gezond uitzien en zich gezond voelen	1
Iemand kan hiv dragen gedurende vijf of meer jaren zonder aids te krijgen	0,742
Iemand kan geen hiv krijgen als hij of zij antibiotica neemt (<i>omgekeerd item</i>)	1
Iemand kan hiv krijgen via speeksel, tranen, zweet of urine van een persoon met hiv (<i>omgekeerd item</i>)	0,231
Hiv is ook een soa	0,125
Je kan geen soa krijgen, als de vrouw de pil neemt (<i>omgekeerd item</i>)	0,078
Als de vrouw de pil neemt, is de kans op een ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande	0,260
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap niet (<i>omgekeerd item</i>)	0,000**
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en de meeste soa	0,288
De kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt, is onbestaande (<i>omgekeerd item</i>)	0,005**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.2. Attituden

3.1.2.1. Attitude over genderrolverwachtingen

De gemiddelde score van de respondenten op deze determinant valt tussen de categorieën 'eerder niet akkoord' en 'helemaal niet akkoord'. Dat geeft tabel 3.1 aan. Deze categorieën staan voor een open, progressieve attitude over genderrolverwachtingen. 75,6% van de respondenten kunnen hierbinnen worden geclassificeerd. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op itemniveau wordt dezelfde conclusie gevonden: de meerderheid van de respondenten geeft een score representatief voor een open houding. Enkel bij item 'Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken' geven de meesten aan hiermee akkoord te gaan. Zie tabel 3.24 in bijlage.

De vrouwelijke respondenten blijken een significant, meer progressieve attitude te hebben dan de mannelijke respondenten, en dit op alle items van deze determinant. Zie tabel 3.2 en tabel 3.6. De vrouwen kiezen een meer radicaal, éénduidig en progressief standpunt. Mannen houden ook een progressieve attitude over genderrolverwachtingen aan, maar minder extreem. Zie tabel 3.25 in bijlage.

88,7% van de vrouwelijke studenten kunnen worden beschouwd als jongvolwassenen met een open attitude over genderrolverwachtingen ten opzichte van 54,5% van de mannelijke respondenten. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Tabel 3.6: Verschillen per item op attitude over genderrolverwachtingen naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p -waarde
Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren	18549	0**
Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks	21638	0**
Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	19131,5	0**
Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen	16853,5	0**
Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken	21730,5	0**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Respondenten met coïtuservaring hebben een significant, meer open attitude dan respondenten zonder coïtuservaring. Zie tabel 3.4.

77,8% van de studenten met ervaring vallen binnen de categorieën representatief voor een open attitude over genderrolverwachtingen tegenover 62,9% van de studenten zonder ervaring. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Het verschil tussen beide groepen is op itemniveau zichtbaar bij de items 'vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks' en 'soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil'. Een grotere meerderheid van de studenten met ervaring stellen zich zeer progressief op bij deze items en opzichte van een kleinere meerderheid studenten zonder ervaring. Zie tabel 3.7 en 3.26 in bijlage.

Tabel 3.7: Verschillen per item op attitude over genderrolverwachtingen naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren	13565	0,281
Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks	10805,5	0**
Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	11891,5	0,005**
Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen	12616,5	0,062
Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken	14235,5	0,693

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.2.2. Attitude over seksueel gezond gedrag

De gemiddelde score van de studenten op deze determinant valt tussen de categorieën 'eerder niet akkoord' en 'helemaal niet akkoord'. Zie tabel 3.1. Deze categorieën zijn bij deze determinant representatief voor een goede attitude over seksueel gezond gedrag. De meerderheid (82,2%) van de studenten behoort hiertoe. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Ook op itemniveau van deze determinant blijkt telkens de meerderheid van de studenten een score te geven representatief voor een goede attitude over seksueel gezond gedrag. Zie tabel 3.27 in bijlage aan.

Gemiddeld hebben de vrouwelijke respondenten een significant lagere score op deze determinant dan de mannelijke respondenten. Zie tabel 3.2.

88,7% van de vrouwen heeft een gezonde attitude over seksueel gedrag tegenover 71,1% van de mannen. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op itemniveau zijn verschillen tussen mannen en vrouwen zichtbaar bij vier items. Zie tabel 3.8.

Uit die items zouden we kunnen afleiden dat vrouwen het gebruik van een voorbehoedsmiddel belangrijker achten dan mannen. In een situatie van 'forceren tot seks' gaat de meerderheid 'helemaal akkoord' dat dit seksueel ongezond gedrag is. Wanneer een externe omstandigheid zoals drugs of alcohol een rol speelt, geven de meesten aan nog een condoom te zullen gebruiken. Zie tabel 3.8 en tabel 3.28 in bijlage.

Tabel 3.8: Verschillen per item attitude over seksueel gezond gedrag naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik	26962,5	0,297
Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt	25571	0,039*
Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert	21906	0**
Onveilig vrijen kan geen kwaad want er is nog steeds de noodpil (<i>omgekeerd item</i>)	22090,5	0**
Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken	23704	0,241
Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren	19062,5	0**
Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben (<i>omgekeerd item</i>)	16915,5	0**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Er worden geen significante verschillen gevonden tussen studenten met en zonder coïtuservaring. Dit blijkt uit tabel 3.4.

82,8% van de studenten met en 78,6% van de studenten zonder coïtuservaring kunnen beschouwd worden als jongvolwassenen met een gezonde attitude over seksueel gedrag. Zie tabel 3.9 en tabellen 3.29 en 3.47 in bijlage.

Tabel 3.9: Verschillen per item op attitude over seksueel gezond gedrag naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik	14064	0,488
Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt	12878,5	0,052
Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert	13995,5	0,649
Onveilig vrijen kan geen kwaad want er is nog steeds de noodpil (omgekeerd item)	13812,5	0,378
Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken	13039,5	0,751
Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren	12942,5	0,193
Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben (omgekeerd item)	13371,5	0,584

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.3. Seksueel zelfbeeld

De gemiddelde score van de onderzoekspopulatie op deze determinant valt tussen de categorieën 'eerder akkoord' en 'helemaal akkoord'. Dat geeft tabel 3.1 weer. Deze categorieën staan bij deze determinant voor een positief seksueel zelfbeeld. 92% van de studenten behoren hiertoe. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Ook op itemniveau geeft telkens de meerderheid van de studenten een score representatief voor een positief seksueel zelfbeeld. Zie tabel 3.30 in bijlage.

Gemiddeld hebben de mannelijke studenten een significant positiever seksueel zelfbeeld dan de vrouwelijke studenten. Zie tabel 3.2.

95,1% van de mannen heeft een score representatief voor een positief seksueel zelfbeeld ten opzichte van 90% van de vrouwen. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op itemniveau volgt de meerderheid van mannen en vrouwen eenzelfde antwoordpatroon. Zij verschillen het meest van elkaar in antwoord op het item 'seks is of lijkt me leuk'. Zie tabel 3.10 en tabel 3.31 in bijlage.

Tabel 3.10: Verschillen per item op seksueel zelfbeeld naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Ik voel me schuldig als ik aan seks denk	26671	0,416
Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me	26980	0,655
Ik vind seks vies	27681,5	0,94
Voor mij is seks belangrijk (<i>omgekeerd item</i>)	26576	0,532
Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks (<i>omgekeerd item</i>)	24886	0,059
Seks is of lijkt me leuk (<i>omgekeerd item</i>)	24837,5	0,023*

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Gemiddeld hebben studenten met coïtuservaring een significant positiever seksueel zelfbeeld dan studenten zonder coïtuservaring. Dat blijkt uit tabel 3.4.

93,7% van de studenten met ervaring heeft een score representatief voor een positief seksueel zelfbeeld ten opzichte van 81,4% van de studenten zonder ervaring. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op itemniveau verschillen de antwoorden van studenten met en zonder ervaring significant voor alle items, behalve 'ik vind seks vies'. Zo goed als niemand van hen 'vindt seks vies'. Zie tabel 3.11 en tabel 3.32 in bijlage.

Tabel 3.11: Verschillen per item op seksueel zelfbeeld naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Ik voel me schuldig als ik aan seks denk	10860,5	0**
Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me	10118,5	0**
Ik vind seks vies	13525	0,128
Voor mij is seks belangrijk (<i>omgekeerd item</i>)	10416,5	0**
Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks (<i>omgekeerd item</i>)	8803	0**
Seks is of lijkt me leuk (<i>omgekeerd item</i>)	10043	0**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.4. Risicoinschatting

3.1.4.1. Risicoinschatting voor soa en hiv

De gemiddelde score van de studenten valt tussen de categorieën 'kleine kans' en 'grote kans'. De studenten kiezen met andere woorden geen eenduidig standpunt op deze determinant. Dat blijkt uit tabel 3.1.

De categorieën 'grote kans' en 'zeer grote kans' bij deze determinant betekenen logischerwijze een grote tot zeer grote risicoinschatting. 29,9% van de respondenten scoren een gemiddelde binnen deze categorieën. Zie tabel 3.47 in bijlage. De meesten (42,2%) hebben een gemiddelde score tussen de categorieën 'zeer kleine kans' en 'kleine kans'.

Op itemniveau worden de extreme posities op de dimensie van deze determinant weinig ingenomen. De meeste studenten schatten de kansen klein op een soa of hiv. Een leeftijdsgenoot zou volgens hen wel gemakkelijker een soa oplopen dan zichzelf. Zie tabel 3.33 in bijlage.

Gemiddeld schatten vrouwelijke respondenten het risico op soa of hiv significant groter dan mannelijke respondenten. Zie tabel 3.2.

32,8% van de vrouwen schat het risico op soa of hiv groot tot zeer groot tegenover 25,3% van de mannen. Zie tabel 3.47 in bijlage. Omgekeerd schat 48,9% van de mannen het risico op soa of hiv klein tot zeer klein tegenover 38,1% van de vrouwen.

Op itemniveau zien we significante verschillen tussen mannen en vrouwen. Mannen schatten hun eigen risico en dat van hun leeftijdsgenoten meer van eenzelfde graad dan vrouwen. Vrouwen schatten de kansen van hun leeftijdsgenoten op het oplopen van een soa of hiv groter dan mannen. Zie tabel 3.12 en tabel 3.34 in bijlage.

Tabel 3.12: Verschillen per item op risicoinschatting voor soa en hiv naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	24899	0,083
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	22970,5	0,002**
hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	25680	0,258
hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	22891,5	0,002**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Studenten met en zonder ervaring met geslachtsgemeenschap verschillen niet van elkaar op deze determinant, noch op de individuele items. Beide groepen verschillen niet van elkaar in risicoinschatting voor soa en hiv. Zie tabel 3.2, tabel 3.13 en tabel 3.35 in bijlage.

28,7% van de studenten met en 37,1% van de studenten zonder coïtuservaring schatten het risico op soa en hiv groot tot zeer groot. Zie tabel 3.47 in bijlage. Omgekeerd schatten 42,1% van de studenten met en 42,9% van de studenten zonder coïtuservaring het risico op soa en hiv klein tot zeer klein.

Tabel 3.13: Verschillen per item op risicoinschatting voor soa en hiv naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	13582	0,408
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	13682,5	0,489
hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	14190	0,843
hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	13477,5	0,386

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.4.2. Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap

De gemiddelde score op deze determinant valt tussen de categorieën 'kleine kans' en 'grote kans'. Zie tabel 3.1. De studenten kiezen geen eenduidig standpunt op deze determinant, maar leunen wel meer in de richting van een grote risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap.

De meeste respondenten (77,7%) schatten het risico op ongeplande zwangerschap groot tot zeer groot. Zie tabel 3.47 in bijlage. Ook op itemniveau wordt dit teruggevonden. De gemiddelde score op deze determinant ligt echter lager, omdat een aanzienlijke groep respondenten (18,6%) het risico op ongeplande zwangerschap klein tot zeer klein schat.

Gemiddeld schatten vrouwelijke respondenten het risico op ongeplande zwangerschap significant groter dan mannelijke respondenten en dit blijkt ook zo op de individuele items. Zie tabel 3.2, tabel 3.14 en tabel 3.37 in bijlage.

80,6% van de vrouwen schat het risico groot tot zeer groot ten opzicht van 72,8%. Zie tabel 3.47 in bijlage. Omgekeerd schat 22,8% van de mannen het risico klein tot zeer klein tegenover 16,1% van de vrouwen.

Tabel 3.14: Verschillen per item op risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	22694	0,003**
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft	22112	0**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Studenten met en zonder ervaring met geslachtsgemeenschap verschillen niet van elkaar op deze determinant, noch op de individuele items. Dat blijkt uit tabel 3.4, tabel 3.15 en tabel 3.38 in bijlage.

77% van de studenten met en 81,4% van de studenten zonder ervaring schatten het risico op ongeplande zwangerschap groot tot zeer groot. Zie tabel 3.47 in bijlage. Omgekeerd schatten 18,8% van de studenten met en 17,1% van de studenten zonder ervaring het risico klein tot zeer klein.

Tabel 3.15: Verschillen per item op risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	13496,5	0,467
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft	14024	0,839

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.4.3. Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties

De gemiddelde score op deze determinant valt tussen de categorieën 'waarschijnlijk wel' en 'ja zeker'. Zie tabel 3.1. Deze categorieën betekenen bij deze determinant een grote tot zeer grote risicoinschatting. De meeste respondenten (70,7%) behoren hiertoe. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op itemniveau schatten de meeste respondenten het risico in potentieel risicovolle seksuele situaties groot of zeer groot, behalve bij item 'zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verkering hebt'. De mening van de meerderheid is hier verdeeld over de antwoordmogelijkheden 'waarschijnlijk wel' en 'waarschijnlijk niet', maar 56,6% schat het risico toch groot tot zeer groot. De meerderheid zou zeker een condoom aankarten, indien ze er graag één willen gebruiken. De drie laatste items in tabel 3.16 bevragen dit. In geval van geen vaste partner zouden de meesten (77,7%) het condoom gebruiken, maar in geval van een vaste verkering waarschijnlijk niet (37,7%). Tabel 3.39 schetst dit profiel.

De vrouwelijke respondenten schatten het risico in potentieel risicovolle seksuele situaties significant groter dan de mannelijke respondenten. Dat blijkt uit tabel 3.2.

73,2% van de vrouwen schat het risico groot tot zeer groot ten opzichte van 66,7% van de mannen. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op itemniveau verschilt de risicoinschatting van mannen en vrouwen significant bij items 'zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken' en 'zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken'. Zie tabel 3.16 en tabel 3.40.

Tabel 3.16: Verschillen per item op risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is	26554	0,279
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent	25580	0,114
Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verkering hebt	27057	0,643
Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent	25888,5	0,278
Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt	23516	0,079
Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint	25094,5	0,071
Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken	22266,5	0**
Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken	22764,5	0**

* p ≤ 0,05, ** p ≤ 0,01

Studenten zonder coïtuservaring schatten het risico in potentieel risicovolle situaties significant groter dan studenten met coïtuservaring. Dat blijkt uit tabel 3.4.

75,7% van de studenten zonder ervaring schat het risico groot tot zeer groot tegenover 69,9% van de studenten met ervaring. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Op itemniveau verschilt de risicoinschatting tussen beide groepen significant op item 'zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verkering hebt'. Seksueel ervaren studenten spreken hier vanuit het standpunt reeds geslachtsgemeenschap te hebben gehad met een vaste partner. Zie tabel 3.17 en tabel 3.41 in bijlage.

Tabel 3.17: Verschillen per item op risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties naar ervaring met geslachtsgemeenschap.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is	13289	0,121
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent	12765,5	0,078
Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verkering hebt	9336	0**
Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent	13152	0,216
Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt	12042	0,132
Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint	12805	0,096
Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken	14413	0,966
Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken	14202	0,800

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.4.4. Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties

De gemiddelde score van de respondenten op deze determinant valt tussen de categorieën 'ja zeker' en 'waarschijnlijk wel'. Dit blijkt uit tabel 3.1. Deze categorieën betekenen bij deze determinant een grote tot zeer grote risicoinschatting. Zo goed als alle respondenten (98,8%) behoren tot deze categorie en herkennen dus duidelijk risicovolle situaties en zouden zich beschermen met een condoom. Zie tabell 3.42 en 3.47 in bijlage.

Er worden geen verschillen gevonden naar geslacht of ervaring met geslachtsgemeenschap. Bijna iedereen schat het risico zeer groot bij duidelijk risicovolle seksuele situaties. Zie tabel 3.2, tabel 3.4, tabel 3.18, tabel 3.19 en tabellen 3.43 en 3.44 in bijlage.

Tabel 3.18: Verschillen per item op risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft	27442,5	0,955
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft	27235,5	0,639

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Tabel 3.19: Verschillen per item tussen studenten met en studenten zonder coïtuservaring voor duidelijk risicovolle situaties.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft	14401	0,960
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft	14035	0,167

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.5. Seksuele assertiviteit

De gemiddelde score op deze determinant valt tussen de categorieën 'helmaal akkoord' en 'eerder akkoord'. Dat blijkt uit tabel 3.1. Deze categorieën betekenen bij deze determinant goede seksuele assertiviteit. De meerderheid (54,9%) van de studenten aarzelt niet zijn partner op de hoogte te brengen van zijn verlangens. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Ook op itemniveau geven de meeste studenten een antwoord representatief voor het nemen van assertiviteit in seksuele situaties. Zie tabel 3.45 in bijlage.

De vrouwelijke respondenten beschikken over significant meer assertiviteit in seksuele situaties dan de mannelijke respondenten. Zie tabel 3.2.

60,4% van de vrouwen valt onder de noemer 'seksueel assertief' ten opzichte van 45,9% van de mannen. Zie tabel 3.47 in bijlage.

Vrouwen geven assertiever getinte antwoorden dan mannen op de meeste items. Zie tabel 3.20. Vrouwen lijken meer dan mannen hun partner rechtstreeks te durven aanspreken over hun seksuele activiteit. Zie tabel 3.45 in bijlage en tabel 3.46 in bijlage.

Tabel 3.20: Verschillen per item op seksuele assertiviteit naar geslacht.

	Mann-Whitney U	p-waarde
Ik vind het makkelijk uit te drukken wat ik wil op seksueel vlak tegenover mijn partner	24230	0,032*
Ik vind het makkelijk om het onderwerp condooms aan te kaarten bij mijn partner	25828,5	0,432
Ik vind het gemakkelijk aan te geven aan mijn partner wat ik lekker vind op seksueel vlak	23858	0,034*
Als ik de seks niet leuk vind, aarzel ik niet dit te zeggen tegen mijn partner	22413	0,001**
Ik zou het lastig vinden mijn partner financieel bij te moeten staan bij zijn of haar voorbehoedsmiddel (<i>omgekeerd item</i>)	26433,5	0,965
Wanneer mijn partner seksuele stappen zet, die verder gaan dan wat ik wil op dat moment, vind ik het moeilijk dit te zeggen (<i>omgekeerd item</i>)	22468,5	0,00**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

3.1.6. Communicatie met partner rond seksuele gezondheid

Eén item uit de vragenlijst werd geselecteerd om deze determinant te meten. Het gaat om de nominale variabele 'Heb jij met jouw huidige of laatste partner vooraf gesproken over het gebruiken van een voorbehoedsmiddel'. Bij deze variabele zijn de respondenten zonder coïtuservaring logischerwijze afwezig. De meerderheid van respondenten met ervaring (81,6%) zegt vooraf gesproken te hebben met zijn partner over het gebruik van een voorbehoedsmiddel. Er worden geen verschillen gevonden naar geslacht (Fisher's Exact Test p = 0,897).

3.2. De belangrijkste determinanten van seksueel risicomanagement

Uit de regressieanalyses die uitgebreid beschreven staan in bijlage, wordt vastgesteld dat de determinanten 'kennis', 'risicoinschatting voor soa en hiv', 'risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap', 'risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties' en 'seksuele assertiviteit' een significante invloed uitoefenen op risicomanagement. (Cfr Bijlage 5).

HOOFDSTUK 4: BESPREKING

Het kennisdomein in deze vragenlijst peilt vooral naar feiten over soa, hiv en zwangerschap. De jongvolwassenen uit het onderzoek scoren goed op dit domein. De helft van de populatie behaalt 86,7%, een grootste onderscheiding. Een vijftal stellingen deden meer studenten twifelen, maar dan nog gaf de meerderheid het juiste antwoord zoals verwacht wordt bij hoogopgeleide mensen. (Van de Laar et al., 2004; De Wit et al., 2004).

Uit recent onderzoek blijkt dat adolescenten vaker fout scoren op items die polsen naar het besmettingsrisico van hiv en meer specifiek de overdracht ervan bij orale seks of speekseluitwisseling. Dit blijkt bij jongvolwassenen nog steeds op te gaan als we kijken naar de vijf meest fout beantwoorde stellingen, waartussen deze onderwerpen zich ook bevinden. Een meer theoretische stelling zoals 'hiv en aids zijn beiden virussen' vereist enige vorm van onderwijs of opzoekingswerk over het onderwerp, dat niet altijd aanwezig is en hierdoor meer foute antwoorden opleverde. (Van Hove et al., 1995; Sensoa, juli 2005; De Graaf et al., 2005; Serneels, 2007). Mogelijk zijn de meest fout beantwoorde stellingen tevens de minder duidelijk geformuleerde stellingen in de vragenlijst. 'iemand kan hiv krijgen via *kleine hoeveelheden* speeksel, tranen, zweet of urine' of 'als de vrouw *regelmatig* de pil neemt, is de kans op ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande' hadden misschien een hoger percentage juiste antwoorden opgeleverd. De vrouwelijke studenten deden het beter dan de mannelijke studenten en de studenten met coïtuservaring deden het beter dan de studenten zonder. Dit werd in vroeger onderzoek reeds vastgesteld en blijkt dus nog steeds te gelden. Vrouwen zijn diegenen die fysiek zwanger kunnen worden, daardoor zoeken zij vaker info op en krijgen zij vaker info van ouders, school of artsen. Jongvolwassenen met coïtuservaring zullen in geval van twijfel of angst over hun seksuele activiteiten en de mogelijke gevolgen vaker aan opzoekingswerk doen en/of gemakkelijker vragen stellen. (Van de Laar et al., 2004; De Wit et al., 2004).

Bij de attitude over genderrolverwachtingen kan de meerderheid (75,6%) van de studenten beschouwd worden als mensen met een progressieve attitude. Dit wil zeggen dat de meeste studenten losstaan van genderstereotypische uitspraken als 'het is de taak van de man om het condoom mee te brengen' of 'vrouwen met een kort rokje hebben meer kans om verkracht te worden, want ze lokken het uit'. De antwoordpatronen van zowel mannen als vrouwen en zowel studenten met als zonder coïtuservaring stemden bijna volledig overeen. De studenten geven bijvoorbeeld aan geen problemen te ervaren bij vrouwen die initiatief nemen tot condoomgebruik. Deze stelling werd door alle groepen het meest beantwoord met de uiterste progressieve antwoordmogelijkheid. Eerder onderzoek steunt deze bevinding niet volledig. Een aanzienlijk aantal mensen zou toch aangeven dat een vrouw met een condoom op zak een 'op seks beluste' vrouw is. (Lear, 1995). In dit onderzoek gaat het slechts om 3,9% van de studenten die stellen dat deze vrouwen alleen maar uit zijn op seks. Of er sprake is van een evolutie in attitude of van verschillen in de onderzochte populatie is onduidelijk. Beide aspecten zullen mogelijk bijgedragen hebben.

De meest radicaal geformuleerde items, namelijk stellingen die onderliggende taboe-onderwerpen zoals 'gedwongen seks' en 'op seks beluste vrouwen' aankaarten, worden het meest extreem progressief beantwoord door alle studenten. Dit illustreren items zoals 'als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen seks weigeren', 'soms moet een man een beetje

druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil', 'vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks' en 'iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik'. Enerzijds gaf eerder onderzoek reeds aan dat hoogopgeleide jongvolwassenen relatief progressief zouden scoren. De resultaten op deze determinant liggen dus in de verwachte richting. (Ford, 1992; De Wit et al., 2004; De Graaf et al., 2005). Anderzijds moet bij deze attitude rekening gehouden worden met de mogelijkheid van sociaal wenselijke antwoorden. Sommige studenten geven als compenserende reactie op hun mening een meer extreem antwoord en dit zou tevens een verklaring kunnen zijn voor de antwoordpatronen.

Vrouwelijke studenten blijken meer progressief te antwoorden dan mannen. De verhouding is 9 vrouwen ten opzichte van 5 mannen op 10. Mogelijk schuilt achter dit antwoordpatroon een gevoel van feministische onafhankelijkheid - "wij, vrouwen, durven condooms kopen, initiatief nemen tot seks en seks weigeren in tegenstelling tot wat jullie, mannen, beweren". Deze houding lijkt niet ongewoon in een universitair milieu waar intelligentie en zelfstandigheid worden gestimuleerd. Ondanks dit statement gaan 2 op 10 studenten, zowel mannen als vrouwen, akkoord dat vrouwen zich vaak niet te toegeeflijk willen opstellen voor geslachtsgemeenschap. (Lear, 1995).

Meer studenten zonder ervaring met geslachtsgemeenschap blijken genderstereotypische meningen te hebben, maar het verschil is minder groot dan tussen man en vrouw. Uit dit en eerder onderzoek blijkt dat een meer open attitude zich ontwikkelt, naarmate meer ervaring wordt opgedaan met seksuele activiteiten en partners. (Ford, 1992; De Wit et al., 2004; De Graaf et al., 2005).

De studenten uit dit onderzoek blijken over een goede attitude te beschikken wat betreft seksueel gezond gedrag. De meesten onder hen vinden het condoom belangrijk, ongeacht omstandigheden zoals de vrouw die het condoom bij zich heeft en voorstelt in plaats van de man, drugs of alcohol die het condoomgebruik bemoeilijken, een partner die geen condoom wil gebruiken,... Velen geven aan geslachtsgemeenschap te zullen weigeren wanneer hun seksuele partner geen condoom wil gebruiken en ze er zelf wel één wensen. Vrouwen nemen dit standpunt meer in. In dit onderzoek is de verhouding 9 vrouwen tegenover 7 op 10 mannen. Vrouwen voelen zich vaker verantwoordelijk voor de preventie van zwangerschap en dit bepaalt mede waarom zij bij een onveilige seksuele situatie sneller zullen weigeren. (Lear, 1995; Siegel et al., 1999).

Een toestand van 'onder invloed zijn' blijkt het meest geldige excuus om geen condoom te gebruiken, net als 'een partner die het condoom' weigert. Deze motieven werden reeds gepubliceerd. (Lear, 1995; Van de Laar et al., 2004).

9 op 10 studenten hebben een positief seksueel zelfbeeld. Alle groepen vertonen eenzelfde antwoordpatroon. De meesten vinden seks belangrijk en geven aan niet afkerig te zijn tegen experimenteren. Voor mannen blijkt dit nog meer belangrijk dan voor vrouwen en daardoor hebben zij een globaal positiever seksueel zelfbeeld dan vrouwen. Dit primeert echter niet. Alle studenten geven vooral aan seks leuk te vinden en er zich goed bij te voelen. Het onderzoek 'Seks onder je 25^{er}' toonde reeds aan dat jongvolwassenen zich niet schuldig voelen of schamen omdat ze zich bezighouden met seks en daaruit plezier beleven. (De Graaf et al., 2005). Studenten zonder coïtuservaring voelen zich ook goed in hun vel op seksueel vlak. Zij geven aan seks minder belangrijk te vinden. Hun antwoorden situeren zich minder extreem op de dimensies.

Men kan zich afvragen of dit meer milde antwoordpatroon resulteert uit een compenserende reactie of een werkelijk gevoel. Compenserend reageren betekent in dit geval doen alsof seks minder belangrijk is, terwijl dit het wel is, maar wegens gebrek aan een seksuele partner niet beleefd kan worden. Het antwoordpatroon is met andere woorden een uiting van frustratiegevoelens. Een werkelijke gevoel staat dan voor een oprechte, eerlijk toegeving dat seks niet zo belangrijk is, mogelijk omwille van persoonlijke, levensbeschouwelijke of andere overtuigingen en mogelijk in verband met de reden waarom ze nog geen geslachtsgemeenschap hebben ervaren.

1 op 10 van hen geeft aan zich te schamen bij seksuele gevoelens en daarin verschillen ze sterk van de studenten met coïtuservaring.

4 op 10 studenten schatten het risico op soa of hiv klein, 3 op 10 schatten het risico groot en de rest zweeft tussen beide meningen. Het risico op een ongeplande zwangerschap schatten 6 op 10 studenten groot, 2 op 10 schatten het risico klein. Dezelfde antwoordprofielen komen terug bij alle groepen. Het risico op soa schatten ze allemaal wat groter dan het risico op hiv. Vrouwen schatten risico's groter dan mannen, vooral het risico van hun leeftijdsgenoten op soa of hiv. Dit onderscheid maken ze niet bij het risico op een ongeplande zwangerschap. Ongeplande zwangerschap schatten ze groot zowel voor zichzelf als voor leeftijdsgenoten. Al dan niet ervaring met geslachtsgemeenschap bepaalt geen verschillen in risicoinschatting van soa, hiv of ongeplande zwangerschap bij deze studentenpopulatie.

Bovenstaande feiten uit dit onderzoek zijn geen uitzondering. Jongvolwassenen schatten hun risico op soa of hiv lager dan hun werkelijke kans. Recente cijfers illustreerden dit. (Vandecruys, 2003; Defraye & Sasse, 2005; De Graaf et al., 2005; Van den Eynde et al., 2005, Defraye & Sasse, 2006; Van Brussel, 2006). De discussie die echter rond deze bevindingen kan worden gevoerd, gaat tussen realisme en gemakzucht. Het is belangrijk dat jongvolwassenen zich bewust worden van hun eigen potentieel risico, dat verschillend kan zijn al naargelang de betrokken seksuele situatie. Jonge mensen in een betrouwbare relatie achten bijvoorbeeld een anticonceptiemiddel als voldoende, daar waar andere jonge mensen met afwisselende partners plichtsbewust condoomgebruik vooropstellen. Een dergelijke individuele, realistische inschatting mag echter geen 'te ver van mijn bed'-show zijn.

Besef van het mogelijke risico en daaropvolgend adequaat seksueel gezond gedrag zijn noodzakelijk, maar zoals reeds bleek uit onder andere literatuuronderzoek van Gebhart en zijn collega's (2006) geen vanzelfsprekendheid. De vraag stelt zich nu of deze hoogopgeleide jongvolwassenen het risico op soa, hiv en ongeplande zwangerschap realistisch of te klein hebben ingeschat op deze items. Een meer uitgebreide vragenlijst specifiek gericht naar risicoinschatting en toegespitst op de individuele seksuele situaties zal hier waarschijnlijk een beter antwoord op kunnen bieden.

Studenten werden rechtstreeks bevraagd op gevolgen van seksueel ongezond gedrag met items zoals 'hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt', maar ook meer indirect met items zoals 'zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is'. Bij items zoals deze laatste wordt onrechtstreeks naar soa of ongeplande zwangerschap gepolst via onveilig vrijgedrag. Dit zijn de potentieel risicovolle situaties, waarin de meesten beweren een condoom te zullen gebruiken.

Studenten geven algemeen aan dat zij zeker het condoom zouden aankaarten, moesten ze een condoom wensen en de andere partner het niet ter sprake zou brengen. In deze determinant zit op die manier ook een zekere mate van assertiviteit verborgen. Vrouwen blijken hierin net wat assertiever te zijn dan mannen. Mannen zullen sneller het condoom achterwege laten in geval van discussie. (Lear, 1995).

Net zoals bij de attitude over seksueel gezond gedrag bleek, blijken ook hier drugs, alcohol of een relatie de omstandigheden waarin men het minst geneigd zal zijn aan te dringen op een condoom. (Lear, 1995; Van de Laar et al., 2004).

De helft van de studenten zonder coïtuservaring zou zeker een condoom gebruiken in het geval van een relatie ten opzichte van 1/5 van de anderen. Eigen ondervinding heeft studenten met ervaring hoogstwaarschijnlijk de haalbaarheid van deze stelling doen inzien.

Wanneer gevaar expliciet dreigt zoals vrijen met een partner besmet met een soa of hiv, zijn de meningen onverdeeld. Toch bewust onveilig vrijen zou een vrij zelfdestructieve daad kunnen zijn. Ook bij minder expliciet, maar toch duidelijk schadelijke situaties zoals vrijen met iemand die niet de vaste partner is, kiezen 8 op 10 voor het condoom.

6 op 10 studenten beschikken over een goede dosis seksuele assertiviteit en communicatie. Dit wil zeggen dat zij hun partner durven aanspreken op de seksuele activiteit, het gebruik van een voorbehoedsmiddel en hun seksuele voorkeuren. De meerderheid zegt een voorbehoedsmiddel te hebben besproken met de partner vooraleer aan geslachtsgemeenschap te zijn begonnen. De meesten vinden het bovendien geen probleem over dit onderwerp te beginnen en zijn ook bereid hun partner financieel bij te staan bij het voorbehoedsmiddel. Het onderzoek 'Seks onder je 25^{er}' trok ook deze conclusie. (De Graaf et al., 2005).

Vertellen wat de eigen voorkeuren zijn, blijkt beter te gaan dan vertellen dat de seksuele activiteit niet leuk gevonden wordt. Dit patroon wordt zowel bij mannen als vrouwen teruggevonden. Vrouwen echter blijken meer de assertieve stap te durven zetten en toch aan te geven wat ze onaangenaam vinden.

Hierboven werd uiteengezet hoe de determinanten van seksueel risicomanagement zich manifesteren in een jongvolwassen, hooggeschoolde onderzoekspopulatie. Er rest op dit moment enkel nog een bespreking van de determinanten die een belangrijke invloed uitoefenen op dit risicomanagement. Uit dit onderzoek blijken het realistisch inschatten van eigen seksuele risico's op soa, hiv en ongeplande zwangerschap in elke potentieel risicovolle situatie, met behulp van de juiste kennis en assertiviteit om de partner hierover aan te spreken, de meest doorwegende determinanten te zijn van seksueel risicomanagement voor seksueel gezond gedrag. Concreet wil dit zeggen dat de kans dat een jongvolwassene zijn of haar seksueel gezond gedrag adequaat beheerst, groter wordt wanneer hij of zij goede kennis heeft, op realistische wijze zijn of haar risicopotentieel durft inschatten en de assertieve stappen onderneemt om seksuele veiligheid te realiseren.

Enkele modellen van seksuele gezondheid werden reeds besproken in Hoofdstuk 1 en nu, na onderzoek, herbekeken. Het sociaal-cognitieve model van Fishbein (2000) lijkt de bevindingen van het onderzoek te kunnen omvatten. Dit model acht de motivatie of intentie tot condoomgebruik, goede sociale vaardigheden en de afwezigheid van storende omgevingsinvloeden, zoals drugs of

alcohol die ook in het huidige onderzoek stoorzenders bleken te zijn, als belangrijke voorspellers van seksueel gezond gedrag. Bovenstaande belangrijke determinanten kunnen binnen dit model worden gekaderd. Bereidheid om een risicoinschatting te maken veronderstelt een zekere mate van motivatie of intentie om veilig te vrijen. Uit eerder onderzoek bleek motivatie 1/3 van seksueel gezond gedrag te voorspellen. (De Wit et al., 2005). Juiste kennis over seksuele gezondheid draagt bij tot motivatie voor veilig vrijgedrag. Wanneer een persoon beseft dat de voordelen van veilig vrijen doorwegen op de nadelen ervan, is de kans groter dat zij gemotiveerd raken veiliger te vrijen. Assertieve, competente jongvolwassenen zullen gemakkelijker tonen wat ze willen of nagaan wat hun partner wil op seksueel vlak. (De Graaf et al., 2005).

HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE EN SLOTBESCHOUWINGEN

Het huidig onderzoek heeft getracht een bijdrage te leveren bij de exploratie van seksualiteit bij jongvolwassenen, een domein dat nog niet al te vaak onder de loep werd genomen. De jongvolwassene, universitair geschoolde studenten uit dit onderzoek nemen algemeen een goede positie in binnen seksueel risicomanagement. Een meerderheid van hen scoort telkens zoals wordt verwacht vanuit eerder onderzoek en zoals wordt vereist om seksueel gezond gedrag te kunnen vertonen, behalve bij het domein risicoinschatting. Bij de meeste studenten zijn, met andere woorden, zo goed als alle voorwaarden aanwezig om een goed risicomanagement en een seksueel gezonde mentaliteit aan te houden.

Binnen dit onderzoek werd niet onderzocht of een seksueel gezonde mentaliteit zich ook vertaalt in seksueel gezond gedrag. Eerder onderzoek gaf reeds aan hoe moeilijk de stap wordt gemaakt van mentaliteit naar gedrag. (De Wit et al., 2005; Gebhardt et al., 2006). Deze domeinen werden bevraagd in de vragenlijst, maar de omvang van het onderzoek liet een grondige analyse niet toe. Bijkomend onderzoek vanuit deze uitgangspunten zou interessante resultaten en perspectieven kunnen opleveren.

Heel wat factoren moeten in rekening worden genomen betreffende de waarde van deze conclusies.

Een eerste belangrijke factor is het fenomeen 'sociale wenselijkheid'. Mensen zijn in staat, vaak onbewust, te reageren volgens maatschappelijk en sociaal gewenste waarden en normen, ook al vertegenwoordigen die waarden en normen niet de meerderheid van de bevolking. Dit kan meer extreme of juist minder extreme antwoordpatronen opleveren dan de werkelijke visie van de respondent. De domeinen die in dit onderzoek aangekaart worden, bevatten regelmatig nogal wat taboe-elementen die sociaal wenselijke antwoordprofielen kunnen uitlokken. Een aantal besproken determinanten zoals 'attitude over genderrolverwachtingen' of 'seksueel zelfbeeld' zijn hier staande voorbeelden van.

Daarenboven moet in acht worden genomen dat de onderzoekspopulatie een universitair geschoold is en misschien meer dan anderen beseft welke antwoorden gewenst zijn. Anderzijds kunnen zij eerder als een vrijgevochten, ruimdenkende populatie worden beschouwd en is een gezonde seksuele mentaliteit bij hen niet zo ondenkbaar.

Bovendien moet in het achterhoofd gehouden worden dat de universitair geschoolde populatie een subgroep is binnen de jongvolwassen populatie. Uiterste voorzichtigheid is aangewezen bij veralgemeningen naar de grote jongvolwassen populatie. Conclusies trekken naar adolescenten of oudere volwassenen moeten om dezelfde reden vermeden worden.

Een laatste factor waarmee rekening kan worden gehouden, is het standpunt van waaruit elke student de vragenlijst invulde. Studenten zonder coïtuservaring, studenten in een vaste relatie of studenten met wisselende seksuele partners benaderen vanuit een verschillende relationele positie de vragen. In de jongvolwassen periode blijken de meeste studenten een vaste relatie te hebben, maar het is tevens de periode waarin men meer dan in andere levensfasen wisselende seksuele partners heeft. (De Graaf et al., 2005).

Binnen het kader van bovenstaande uiteenzetting mogen de bevindingen van het onderzoek worden geïnterpreteerd.

Het is belangrijk enkele praktische beperkingen uit het onderzoek te vermelden.

Tien determinanten van risicomanagement werden gezocht op basis van de in de literatuur meest vermelde domeinen en de bruikbare items uit de eigen samengestelde vragenlijst. De afwezigheid van een vooronderzoek, waarbij bruikbare items kunnen worden geselecteerd en minder relevante items geschrapt, maakt dat de inhoudelijke samenstelling mogelijk minder uitgebreid en kwaliteitsvol is dan het had kunnen zijn. De vraag stelt zich dan of meer waardevolle uitspraken konden worden gemaakt, indien er wel vooronderzoek had plaatsgevonden.

Een aantal items uit verschillende determinanten blijken inhoudelijk te overlappen. Voorbeelden hiervan zijn de items tussen 'attitude over genderrolverwachtingen' en 'attitude over seksueel gezond gedrag' of 'seksuele assertiviteit' en 'communicatie met partner rond seksuele gezondheid'. Een grens lijkt cruciaal, ook al dragen ze uiteindelijk allen bij tot dezelfde noemer, met name risicomanagement.

Een laatste bemerking gaat over een nog niet vermelde tekortkoming in dit onderzoek. Het sociaal-cognitieve model van Fishbein (2000), waarbinnen enkele bevindingen van het huidig onderzoek werden gekaderd, voorspelt vooral gepland en beredeneerd seksueel gedrag. Determinanten zoals kennis, assertiviteit en risicoinschatting, zijn sociale en cognitieve elementen die bewezen hebben bij te dragen tot die planning. Zoals cijfers uit vroeger onderzoek aantonen, blijkt dit model ongeveer 1/3 van seksueel gezond gedrag te bepalen. (De Wit et al., 2005). Het model heeft dus geen vat op 2/3 van de aspecten van seksueel gezond gedrag. Het model van Byrne (1977), toegepast op seksueel gedrag door onder andere De Wit, Breeman & Woertman (2005), probeert deze beperking op te vangen. Naast cognities neemt het model ook fysiologische reacties zoals opwinding, emotionele reacties zoals verliefdheid of impulsiviteit, en verbeeldingskracht zoals fantasieën over de seksuele activiteiten mee in rekening. (De Wit et al., 2005). Bovendien stellen zij dat seksueel zelfbeeld als een onderdeel bij cognities moet worden toegevoegd. Het huidig onderzoek toegepast in dit model toont zijn kracht in die zin dat twee componenten van seksueel gezond gedrag uitgebreid bevraagd, geanalyseerd en geïnterpreteerd werden. Vanuit het oogpunt van preventie- en adviescentra voor seksuele gezondheid zijn de onderzochte, eerder cognitieve domeinen uit het huidig onderzoek de meest bereikbare domeinen voor interventies.

LITERATUURLIJST

Ahlers, M-J. (2005, juni). *Gezondheidsgedrag eerstejaars studenten. Onderzoek naar het gezondheids- en seksuele gedrag bij eerstejaars studenten van de Rijksuniversiteit Groningen*. Doctoraatsverhandeling, Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Psychologische, Pedagogische en Sociologische wetenschappen, Disciplinegroep Andragogiek. Geraadpleegd op 29 december 2006, op <http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2005/Gezondheidsgedrag/Gezondheidsge dragrapport.pdf>

Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Uitgeverij Eburon

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle L., Hesse, E., Miermans, P-J., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête België 2004: boek III Leefstijl*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie.

Belgen blijven het zonder condoom doen. (2006, 30 maart). *Metro*, 1205, 1.

Brown, A., Yung, A., Cosgrave, E., Killackey, E., Buckby, J., Stanford, C., Godgrey, K. & McGorry, P. (2006, september). Depressed mood as a risk factor for unprotected sex in young people. *Australian Psychiatry*, 14, 3, 310-312.

Centers for Disease Control and Prevention. (2006; 9 juni). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Surveillance Summaries*, 55, (5), 1-108.

Davis, C.M., Yarber, W.L., Bauserman, R., Schreer, G.E. & Davis, S.L. (Eds.). (1998). *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Debusschere, B. (2003, 26 juli). Partnergeweld extra hoog onder studenten, experts wijzen op behoefte aan meer onderzoek. *De Morgen*, p. onbekend.

Defraye, A. & Sasse A. (2005, september). *Soa-surveillance via een peilnetwerk van klinici in België, Resultaten van de vijfde registratieperiode Oktober 2004 – Maart 2005*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Geraadpleegd op 10 oktober 2006 op http://www.iph.fgov.be/epidemi/epinl/aidsnl/mst05_nl.pdf

Defraye, A & Sasse, A. (2006, december). *College van Aids-Referentielaboratoria, Hiv/Aids in België, Toestand op 31 december 2006, semestrieel rapport n° 64*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Geraadpleegd op 6 april 2007 op http://www.iph.fgov.be/epidemi/epinl/aidsnl/rap_sem.pdf

De Gendt, T. (2006, 8 juni). Partnergeweld onder studenten zorgwekkend hoog. *De Morgen*, 19.

De Graaf H., Meijer S., Poelman J. & Vanwesenbeeck I. (2005). *Seks onder je 25^e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Uitgeverij Eburon.

De Graaf, H. & Vanwesenbeeck, I. (2006, juni). 'Seks is een game'. *Gewenst en ongewenst seksueel gedrag van jongeren op internet*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 4 januari 2007, op http://www.rutgersnissogroep.nl/rutgersniso_groep/rng/digitaal/Onderzoekpublicaties_Rutgers_Nisso_Groep

De Ro, J. (2004, 18 mei). 6000 leerlingen gepeild op beheersing eindtermen. Brussel: Persmededeling kabinet Vlaams Minister van Onderwijs en Vorming. Geraadpleegd op 26 juli 2007, op http://www.ond.vlaanderen.be/nieuws/2004pers/0518_eindtermen.htm

De Vroome, E.M.M. & Sandfort, T.G.M. (1999). *Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen: stand van zaken november 1998 en ontwikkelingen sinds april 1997*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

De Wit, J., Breeman, L. & Woertman, L. (2005). Hoe berekeneerd is seksueel gedrag van jongeren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 29, 125-131.

De Wit, J., Slot, W. & Van Aken, M. (Eds.) (2004). *Psychologie van de adolescentie, basisboek*. Baarn: HBUitgevers.

Elchardus, M. & Smits, W. (2005, september). *De levensloop van jongvolwassenen*. Doctoraatsverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, Vakgroep Sociologie, Onderzoeksgroep Tempus Omnia Revelat.

Ford, N. (1992). The sexual and contraceptive lifestyles of young people: part I. *The British Journal of Family Planning*, vol. en p. onbekend.

Fulpen, M., Bakker, F., Breeman, L., Poelman, J., Schaalma, H. & Vanwesenbeeck, I. (2002). *Vmbo-scholieren, seksualiteit en seksuele vorming: een effectonderzoek naar de vernieuwde versie van het lespakket 'Lang leve de liefde'*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 4 januari 2007, op http://www.rutgersnissogroep.nl/rutgersniso_groep/rng/digitaal/Onderzoekpublicaties_Rutgers_Nisso_Groep

Gebhardt, W.A., Kuyper, L. & Dusseldorp, E. (2006). Condom use at first intercourse with a new partner in female adolescents and young adults: the role of cognitive planning and motives for having sex. *Archives of Sexual Behavior*, 35, (2), 217-223.

Geeraert, A. (1994, april). Ze zijn er vroeg bij. *Klasse voor Leerkrachten*, 44, 6-9.

Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P. (Eds.). (2004). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Klaï, T. (2004). *Intergenerationeel onderzoek naar de communicatie over seksualiteit: een studie bij ouders en jongeren van 15 tot 21 jaar*. Doctoraatsverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Opvoedkunde, Vakgroep Ontwikkelings- en Levensloopsychologie.

Klaï, T. & Vermeire, K. (2006). Source of information and assistance for young people, qualitative study of the sources of information and assistance desired by young people. Niet gepubliceerd werk, Antwerpen: Sensoa.

Kupers, P., Nauwelaers, I. & Sermeus, G. (2006, april-mei). Doe ik het goed? Enquête over seksualiteit. *Test Gezondheid*, 72, 17-22.

Lear, D. (1995). Sexual communication in the age of aids: the construction of risk and trust among young adults. *Social Science and Medicine*, 41, (9), 1311-1323

Meijer, S., De Graaf, H., Vanwesenbeeck, I. & Poelman, J. (2005). *Actieplan Seks onder je 25^e: participatie in onderzoek en actie*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 4 januari 2007, op http://www.seksonderje25e.nl/documenten/Brochure_actieplan_2005.pdf

O' Sullivan, L.F. & Allgeier, E.R. (1998, augustus). Feigning sexual desire: consenting to unwanted sexual activity in heterosexual dating relationships. *The Journal of Sex Research*, 35, 3, 234-243.

Picavet, C., Visser, T. & Van Dam, A. (2004, oktober). *Seksuele en reproductieve gezondheid in Nederland, tien jaar na de ICPD-conferentie in Cairo (1994)*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 6 juni 2007, op http://www.rutgersnissogroep.nl/rutgersniso_groep/rng/digitaal/Factsheets

Rutgers Nisso Groep. (2007, 4 april). *Tweede Vlaams Congres Seksuele Gezondheid*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 8 juni 2007, op http://www.rutgersnissogroep.nl/events/Vlaams0_Congres_Seksuele_Gezondheid

Sensoa. (2005, juli). *Feiten en cijfers: Jongeren en seksualiteit*. Antwerpen: Sensoa. Geraadpleegd op 4 november 2006, op http://www.sensoa.be/pdf/feiten_en_cijfers/jongeren_en_seksualiteit_2005.pdf

Sensoa (2006, juli). *Feiten en cijfers: Anticonceptie*. Antwerpen: Sensoa. Geraadpleegd op 4 november 2006, op http://www.sensoa.be/pdf/feiten_en_cijfers/feiten_en_cijfers_anticonceptie_2006.pdf

Serneels, K. (2005, 1 juli). Seksueel gedrag jongeren bepaald door vrienden. *De Morgen*, 1.

Serneels, K. (2007, 30 juli). Slechts één op tien jongeren vrijt nooit met condoom. *De Morgen*. Geraadpleegd op 30 juli 2007, op <http://www.demorgen.be/dm/nl/nieuws/gezond/536751>

Siegel, D., Klein, D.I. & Roghmann, K.J. (1999). Sexual behavior, contraception, and risk among college students. *Journal of Adolescent Health*, 25 (5), 336-343.

Slembrouck, S. (2006). Ideas, concerns and expectations: doorlichting (van de doorlichting) van de Praat over seks-campagne. In Sensoa (Ed.) *Lief en leed, Jaarboek seksuele gezondheid* (pp. 61-67). Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

Van Brussel, J. (2006, 1 september). *Zwangerschapsafbreking in België (1993-2005)*. Leuven: Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen. Geraadpleegd op 25 oktober 2006, op <http://www.crz.be/downloads/Zwangerschapsafbreking-1993-2005.pdf>.

Vandecruys, K. (2003). *Partnergeweld in intieme relaties, een empirisch onderzoek naar de risicofactoren van partnergeweld bij universiteitsstudenten*. Licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Rechtsgeleerdheid.

Van de Laar, A, Mulder, M., Paijmans, I. & Tielen, H. (2004, maart). *Jongerenpeiling 2003, seksualiteit en veilig vrijen*. Leiden: Gemeentelijke GezondheidsDienst Zuid-Holland Noord.

Van den Eynde, S., Cruysaert, B., Van de Velde, I. & Lambrechts, C. (2005). *Over de grenzen van lichaamstaal, eindrapport van de 'praat over seks'-campagne*. Antwerpen: Sensoa.

Van Hove, Carpentier & Knops. (1995). *Jongeren, seks en aids herbekeken*. Leuven-Appeldoorn: Garant.

Vanwesenbeeck, I., De Graaf, H., Meijer, S. & Poelman, J. (2006). Een update over het seksuele gedrag en de seksuele gezondheid van jongeren in Nederland: De belangrijkste bevindingen uit 'Seks onder je 25^e'. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 57-64.

Vennix, P., Curfs, P. & Ketting, E. (1993). *Condoomschroom: jongens over seksualiteit, anticonceptie en SOA-preventie*. Delft: Uitgeverij Eburon.

Wikipedia (n.d.). *Risicomangement*. Verenigde Staten: Wikimedia Foundation Inc. Geraadpleegd op 10 juni 2007, op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Risicomangement>

Wijnen, K., Janssens, W., De Pelsmacker, P. & Van Kenhove, P. (2002). *Marktonderzoek met SPSS, statistische verwerking en interpretatie*. Antwerpen-Appeldoorn: Garant.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: VRAGENLIJST RELATIES EN INTIMITEIT

Vragenlijst Relaties en seksualiteit

Deze vragenlijst peilt naar het seksuele leven van volwassenen tussen 19 en 26 jaar. De vragenlijst is anoniem. Niemand kan achterhalen wie hem invulde. Daarom vraag ik jullie zo oprecht en eerlijk mogelijk te antwoorden met jullie persoonlijke seksuele ervaringen in gedachten, zodat ik een beeld krijg van hoe jullie werkelijk zijn en denken op seksueel vlak. Het invullen van de vragenlijst vergt ongeveer 20 minuten. Alvast enorm bedankt voor je deelname en veel succes bij het invullen!

Katrien Verhoogen, 3^e lic. Klinische Psychologie

Indien je vragen hebt, mag je me altijd contacteren: kverhoog@vub.ac.be

ALGEMENE GEGEVENS OVER JEZELF

1. **Geboortjaar:**
2. **Geslacht:** Man Vrouw
3. **Origine:** België EU lidstaat niet EU lidstaat
4. **Nationaliteit:** België EU lidstaat niet EU lidstaat

5. **Origine moeder:** België EU lidstaat niet EU lidstaat
6. **Origine vader:** België EU lidstaat niet EU lidstaat

7. **Woonplaats:**
 Antwerpen West Vlaanderen Ander:
 Brussel Oost Vlaanderen
 Limburg Vlaams Brabant

8. **Woonvorm:**
 Bij ouders Alleenwonend
 Op kot Bij andere familieleden
 Samenwonend met partner Andere:

9. **Levensbeschouwelijke opvatting:**
 Christelijk Vrijzinnig
 Joods Ander:
 Islamitisch

10. **Hoogst behaalde diploma:**
 Hoger secundair onderwijs
 Hoger niet-universitair onderwijs
 Universitair onderwijs (kandidaats-, bachelor-, licentiaats- of masterdiploma)
 Ander:

11. Hoogst behaalde diploma moeder:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geen diploma | <input type="checkbox"/> Hoger niet-universitair onderwijs |
| <input type="checkbox"/> Lager onderwijs | <input type="checkbox"/> Universitair onderwijs |
| <input type="checkbox"/> Lager secundair onderwijs | <input type="checkbox"/> Post-universitair onderwijs |
| <input type="checkbox"/> Hoger secundair onderwijs | <input type="checkbox"/> Ander: |

12. Hoogst behaalde diploma vader:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geen diploma | <input type="checkbox"/> Hoger niet-universitair onderwijs |
| <input type="checkbox"/> Lager onderwijs | <input type="checkbox"/> Universitair onderwijs |
| <input type="checkbox"/> Lager secundair onderwijs | <input type="checkbox"/> Post-universitair onderwijs |
| <input type="checkbox"/> Hoger secundair onderwijs | <input type="checkbox"/> Ander: |

13. Burgerlijke staat ouders:

	Moeder	Vader
Gehuwd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gescheiden + alleenwonend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gescheiden + samenwonend of hertrouwd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weduwe(naar) + alleenwonend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weduwe(naar) +samenwonend of hertrouwd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleenwonend (nooit gehuwd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwonend (nooit gehuwd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. **Aantal broers en zussen:** zus(sen) broer(s)

15. **Plaats in de kinderrij:** (eerste, tweede, derde,....)

JOUW SEKSUELE VOORLICHTING

16. Hoe vaak ben jij voorgelicht over volgende relationele en seksuele onderwerpen?

	nooit	soms	regelmatig	vaak
Lichamelijke veranderingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Partner)relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verliefd zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenlevingsvormen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man/vrouw taakverdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masturberen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangerschap en geboorte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongeplande zwangerschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale en anale geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonceptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nooit	soms	regelmatig	vaak
Condoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOA*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij SOA*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grenzen en weerbaar zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksueel misbruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homoseksualiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedofilie, exhibitionisme,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*SOA: Seksueel Overdraagbare Aandoeningen

17. Hoe vaak hebben onderstaande bronnen jou informatie gegeven over relationele en seksuele onderwerpen?

	nooit	soms	regelmatig	vaak
Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynaecoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broer/zus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
School	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefoonlijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JAC/CAW*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schoolarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugdhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisie/Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religieuze leider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenfonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander:...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Jongeren Advies Centrum / Centrum Algemeen Welzijnswerk

18. In welke mate *praat/communiceer* jij over onderstaande onderwerpen?

	nooit	soms	regelmatig	vaak
Moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broer/zus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studiegenoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speciale telefoonlijn (bvb. Veilig Vrijenlijn, Kinder- en Jongerentelefoon,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensen in informatiecentra (bvb. JAC, CAW,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leerkracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynaecoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schoolarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugdhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religieuze leider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander:...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Zijn volgende uitspraken waar of niet waar:

	waar	niet waar
Je kan geïnfecteerd geraken met HIV via een naald die ook gebruikt werd door iemand met HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je kan geen HIV krijgen via orale seks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV en AIDS zijn beide virussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een zwangere vrouw geeft sowieso HIV door aan haar ongeboren kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Men kan HIV krijgen van anale seks zonder condoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand met HIV kan er gezond uitzien en zich gezond voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand kan HIV dragen gedurende vijf of meer jaren zonder AIDS te krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand kan geen HIV krijgen als hij of zij antibiotica neemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand kan HIV krijgen via speeksel, tranen, zweet of urine van een persoon met HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV is ook een SOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je kan geen SOA krijgen, als de vrouw de pil neemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als de vrouw de pil neemt, is de kans op ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en de meeste SOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt, is onbestaande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Geef je mening over onderstaande uitspraken:

Ik vind dat het condoom voorzien moet worden door mannen, dat is hun taak

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Een man hoort een vrouw te versieren, niet andersom

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Abortus zou verboden moeten worden, want het is een onnatuurlijke daad

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Een abortus laten uitvoeren, is niets om je over te schamen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Abortie is een goede manier om een ongeplande zwangerschap te beëindigen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Onveilig vrijen kan geen kwaad, want er is nog steeds de noodpil (de morning after pil)

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Iemand forceren seks te hebben wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik vind het condoom bijdragen aan het voorspel, wanneer de andere partner helpt het condoom om te doen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Stoppen tijdens het vrijen om een condoom aan te doen, doet alle erotiek verdwijnen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als de vrouw de pil neemt, is het condoom overbodig

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Man en vrouw moeten praten over voorbehoedsmiddelen vooraleer seks te hebben

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Mensen met een SOA of HIV hebben de plicht dit aan hun seksuele partner(s) te melden

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Mensen met HIV hebben de plicht dit aan hun baas, werkcollega's, burens, kennissen en/of vrienden te vertellen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Mensen met HIV zouden niet mogen werken in scholen of ziekenhuizen, want ze zouden iemand kunnen besmetten

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als ik iemand met AIDS zou kennen, zou ik het moeilijk vinden het contact met die persoon verder te zetten

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

INTIMITEIT, RELATIES EN SEKSUALITEIT

21. **Beschouw jij jezelf als seksueel actief?** Ja Nee

22. **Met hoeveel partners heb jij tot nu toe geslachtsgemeenschap gehad?**

- Aantal: Geen

23. **Hoe oud was jij bij je eerste geslachtsgemeenschap?**

- Leeftijd: Geen ervaring

24. **Heb jij op dit moment een partnerrelatie?** Ja Nee

25. **Hoelang duurt jouw huidige of duurde jouw laatste relatie?**

- een aantal dagen een aantal maanden
 een aantal weken een aantal jaren
 geen ervaring met partnerrelaties

26. **Heb jij in jouw huidige of had jij in jouw laatste relatie geslachtsgemeenschap met je partner?** Ja Nee (ga naar vraag 28)

27. **Heb jij of had jij tijdens die relatie seksueel contact met anderen?**

- Geen 1 2 of meer

28. **Beschouw je jezelf...**

- heteroseksueel homoseksueel
 biseksueel Ik weet het niet

29. **Hoe oud was jij toen je de eerste keer ervaring had met onderstaande activiteiten:**

	-12j	12-15j	15-18j	+18j	Geen
ervaring					
Tongzoenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masturberen (zelfbevrediging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over de kleren laten aanraken van eigen lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over de kleren aanraken van ander lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloot laten aanraken van eigen lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloot aanraken van ander lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laten aanraken van eigen geslachtsorganen (manuele seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanraken van de geslachtsorganen van ander (manuele seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelf met de mond stimuleren van geslachtsorganen bij ander (orale seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met de mond van partner laten stimuleren van eigen geslachtorganen (orale seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginale geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anale geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. **In welke mate heb jij ervaring met deze seksuele activiteiten:**

	zelden tot nooit	soms	regelmatig	vaak
Kussen op de mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tongzoenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masturberen (zelfbevrediging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over de kleren laten aanraken van eigen lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over de kleren aanraken van ander lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloot laten aanraken van eigen lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloot aanraken van ander lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laten aanraken van eigen geslachtsorganen (manuele seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanraken van de geslachtsorganen van ander (manuele seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelf met de mond stimuleren van geslachtsorganen bij ander (orale seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met de mond van partner laten stimuleren van eigen geslachtorganen (orale seks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginale geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anale geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Geef een score van 1 tot 10 die aangeeft hoe jij je voelt over je seksuele leven:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
zeer goed									zeer slecht
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
zeer leuk									totaal niet leuk
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
zeer positief									zeer negatief
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
zeer tevreden									zeer ontevreden
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
zeer belangrijk									totaal onbelangrijk
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

32. Geef je mening over volgende uitspraken:

Ik vind seks vies

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik denk dat ik goed ben of zou zijn in seks

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als iemand me knap vindt, voel ik me toch onzeker over hoe ik eruit zie

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Voor mij is seks belangrijk

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Seks is of lijkt me leuk

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik voel me schuldig als ik aan seks denk

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik vind mezelf seksueel niet aantrekkelijk

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Indien je geen ervaring hebt met geslachtsgemeenschap, ga naar vraag 40

33. Welk(e) voorbehoedsmiddel(en) heb jij bij je eerste geslachtsgemeenschap gebruikt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mannencondoom | <input type="checkbox"/> Prikpil |
| <input type="checkbox"/> Vrouwencondoom | <input type="checkbox"/> Vaginale ring |
| <input type="checkbox"/> Combinatiepil (de pil) | <input type="checkbox"/> Anticonceptiepleister |
| <input type="checkbox"/> Spiraaltje | <input type="checkbox"/> Hormonaal implantaat |
| <input type="checkbox"/> Minipil | <input type="checkbox"/> Spermadodende gel |
| <input type="checkbox"/> Periodieke onthouding/temperatuurmethode | |
| <input type="checkbox"/> Coïtus interruptus (man trekt de penis terug, net voordat hij klaarkomt) | |
| <input type="checkbox"/> Ander: | |
| <input type="checkbox"/> Geen | |

34. Heb jij met jouw huidige of laatste partner *vooraf* gesproken over het gebruiken van een voorbehoedsmiddel? Ja Nee

35. Welk(e) voorbehoedsmiddel(en) gebruik(te) jij met je huidige of laatste partner?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mannencondoom | <input type="checkbox"/> Prikpil |
| <input type="checkbox"/> Vrouwencondoom | <input type="checkbox"/> Vaginale ring |
| <input type="checkbox"/> Combinatiepil (de pil) | <input type="checkbox"/> Anticonceptiepleister |
| <input type="checkbox"/> Spiraaltje | <input type="checkbox"/> Hormonaal implantaat |
| <input type="checkbox"/> Minipil | <input type="checkbox"/> Spermadodende gel |
| <input type="checkbox"/> Periodieke onthouding/temperatuurmethode | |
| <input type="checkbox"/> Coïtus interruptus (man trekt de penis terug, net voordat hij klaarkomt) | |
| <input type="checkbox"/> Ander: | |
| <input type="checkbox"/> Geen | |

36. Heb je bij de eerste geslachtsgemeenschap met jouw huidige of laatste partner een condoom gebruikt? Ja Nee

37. Wat was (waren) de reden(en) om geen condoom (meer) te gebruiken?

- We gingen ervan uit dat we beiden geen SOA of HIV hadden
- We hebben ons laten testen en bleken geen SOA of HIV te hebben
- We willen graag een kind
- Ik wilde nog wel een condoom gebruiken, maar mijn partner niet meer
- Mijn partner wilde nog wel een condoom gebruiken, maar ik niet meer
- We zijn gewoon na tijdje gestopt
- Ander:

38. Welk voorbehoedsmiddel draagt jouw voorkeur weg op dit moment? (kies er één)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mannencondoom | <input type="checkbox"/> Prikpil |
| <input type="checkbox"/> Vrouwencondoom | <input type="checkbox"/> Vaginale ring |
| <input type="checkbox"/> Combinatiepil (de pil) | <input type="checkbox"/> Anticonceptiepleister |
| <input type="checkbox"/> Spiraaltje | <input type="checkbox"/> Hormonaal implantaat |
| <input type="checkbox"/> Minipil | <input type="checkbox"/> Spermadodende gel |
| <input type="checkbox"/> Periodieke onthouding/temperatuurmethode | |
| <input type="checkbox"/> Coïtus interruptus (man trekt de penis terug, net voordat hij klaarkomt) | |
| <input type="checkbox"/> Ander: | |
| <input type="checkbox"/> Geen (ga naar vraag 40) | |

39. Waarom kies jij voor dit voorbehoedsmiddel? (kruis maximum 3 redenen aan)

- Omdat ik het niet voel tijdens het vrijen
- Omdat dit geen of zo weinig mogelijk hormonen bevat
- Omdat ik hier niet elke dag aan hoef te denken
- Omdat de kans op zwangerschap hiermee het kleinst is
- Omdat ik dit niet hoef in te nemen
- Omdat ik hier niet aan hoef te denken tijdens seks
- Omdat ik dit alleen hoef te gebruiken als ik seks heb
- Omdat dit mij ook beschermt tegen HIV en andere SOA
- Omdat dit mij werd aangeraden door mijn huisarts of gynaecoloog
- Omdat ik zo geen last meer heb van hormonale klachten
- Ander:.....

40. Zou jij in de volgende situaties een condoom gebruiken?

Als je seks hebt met een ander iemand

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja zeker | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk wel | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet | <input type="checkbox"/> Zeker niet |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|

Als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja zeker | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk wel | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet | <input type="checkbox"/> Zeker niet |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|

Als je een paar maanden verking hebt

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja zeker | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk wel | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet | <input type="checkbox"/> Zeker niet |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|

Als je erg opgewonden bent

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja zeker | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk wel | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet | <input type="checkbox"/> Zeker niet |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|

Als je alcohol of drugs genomen hebt

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja zeker | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk wel | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet | <input type="checkbox"/> Zeker niet |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|

Als de ander niet over condooms begint

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja zeker | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk wel | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet | <input type="checkbox"/> Zeker niet |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|

Als de ander geen condoom wil gebruiken

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja zeker | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk wel | <input type="checkbox"/> Waarschijnlijk niet | <input type="checkbox"/> Zeker niet |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|

Als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken

- Ja zeker Waarschijnlijk wel Waarschijnlijk niet Zeker niet

Als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een SOA heeft

- Ja zeker Waarschijnlijk wel Waarschijnlijk niet Zeker niet

Als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij HIV heeft

- Ja zeker Waarschijnlijk wel Waarschijnlijk niet Zeker niet

41. **Heb jij een SOA onderzoek laten doen?**

- Enkele keren Regelmatig Vaak Geen onderzoek

42. **Heb jij een HIV test laten doen?**

- Enkele keren Regelmatig Vaak Geen onderzoek (ga naar vraag 47)

43. **Wat werd er vastgesteld na het onderzoek?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> herpes genitalis | <input type="checkbox"/> schaamluis |
| <input type="checkbox"/> chlamydia | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> gonorrhoe | <input type="checkbox"/> geen (ga naar vraag 47) |
| <input type="checkbox"/> hepatitis B | <input type="checkbox"/> ik weet het niet meer |
| <input type="checkbox"/> genitale wratten | <input type="checkbox"/> ander: |
| <input type="checkbox"/> syfilis | |

44. **Indien een SOA of HIV is vastgesteld, heb jij toen al jouw sekspartner(s) op de hoogte gebracht?**

- Ja Nee

Indien je een SOA aangeeft, ga naar vraag 45, indien je HIV aangeeft, ga naar vraag 46

Indien je een SOA en HIV aangeeft, ga naar vraag 45 en 46

45. **Wat waren jouw reden(en) toen om een SOA onderzoek te laten uitvoeren?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ik had onveilige seks | <input type="checkbox"/> Ik begon een nieuwe relatie |
| <input type="checkbox"/> Mijn partner had onveilige seks voor onze relatie | <input type="checkbox"/> Ik laat me gewoon af en toe eens checken |
| <input type="checkbox"/> Mijn partner had onveilige seks tijdens onze relatie | <input type="checkbox"/> Ik wou zekerheid |
| <input type="checkbox"/> Mijn partner heeft een SOA | <input type="checkbox"/> Het condoom waarmee we seks hadden, faalde |
| <input type="checkbox"/> Ik werd gewaarschuwd door één van mijn vorige partners | <input type="checkbox"/> Ik heb een kinderwens |
| <input type="checkbox"/> Ik had gezondheidsklachten | <input type="checkbox"/> Mijn partner en ik hebben samen afgesproken ons te laten checken |
| <input type="checkbox"/> Ander: | <input type="checkbox"/> Mijn partner wou dat ik me liet checken |
| | <input type="checkbox"/> Ik wou onbeschermd seks |

46. Wat waren jouw reden(en) toen om een HIV test te laten uitvoeren?

- Ik had onveilige seks
- Mijn partner had onveilige seks voor onze relatie
- Mijn partner had onveilige seks tijdens onze relatie
- Mijn partner heeft een SOA
- Ik werd gewaarschuwd door één van mijn vorige partners
- Ik had gezondheidsklachten
- Ik was nieuwsgierig
- Ik begon een nieuwe relatie
- Ik laat me gewoon af en toe eens checken
- Ik wou zekerheid
- Het condoom waarmee we seks hadden, faalde
- Ik heb een kinderwens
- Mijn partner en ik hebben samen afgesproken ons te laten checken
- Mijn partner wou dat ik me liet checken
- Ik wou onbeschermd seks
- Ander:

47. Wat zijn jouw reden(en) dat je je nog nooit liet testen voor een SOA?

- Omdat ik niet weet waar me te laten testen
- Omdat ik nog nooit onbeschermd seks heb gehad
- Omdat ik me wil testen zonder gesprek te moeten hebben met arts of verpleging
- Omdat ik vind dat ik geen risico heb gelopen
- Omdat ik liever niet wil weten of ik al dan niet een SOA heb
- Omdat ik ertegen op zie tegen de verpleegkundige of huisarts toe te geven dat ik onveilige seks heb gehad
- Omdat een positieve uitslag mijn leven totaal op zijn kop zou zetten
- Omdat ik bang ben voor de gevolgen van een positieve testuitslag
- Omdat ik denk dat je er toch niets aan kan doen als een SOA wordt vastgesteld
- Omdat ik bang ben
- Omdat ik weinig begrip of steun verwacht van mijn vriend(in)
- Omdat ik er nooit bij stilgestaan heb een onderzoek te laten doen
- Ander:

48. Wat zijn jouw reden(en) dat je je nog nooit liet testen voor HIV?

- Omdat ik niet weet waar me te laten testen
- Omdat ik nog nooit onbeschermd seks heb gehad
- Omdat ik me wil testen zonder gesprek te moeten hebben met arts of verpleging
- Omdat ik vind dat ik geen risico heb gelopen
- Omdat ik liever niet wil weten of ik al dan niet HIV heb
- Omdat ik ertegen op zie tegen de verpleegkundige of huisarts toe te geven dat ik onveilige seks heb gehad
- Omdat een positieve uitslag mijn leven totaal op zijn kop zou zetten
- Omdat ik weinig begrip of steun verwacht van mijn omgeving als ik me laat testen
- Omdat ik ervan overtuigd ben dat de huidige medicatie voor HIV toch nog niet goed werkt, wat is dan het nut van het weten of je HIV hebt
- Omdat ik bang ben voor de gevolgen van een positieve testuitslag
- Omdat ik weinig begrip of steun verwacht van mijn omgeving als ik seropositief ben
- Ander:

49. Hoe schat jij jouw kansen in volgende situaties?

Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je HIV oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten HIV oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een SOA oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een SOA oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat de kans is dat iemand seks heeft met zijn partner, terwijl hij of zij geen seks wil op dat moment

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat de kans is dat je seks met iemand toelaat, terwijl je eigenlijk geen seks wil op dat moment

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot denk jij dat de kans is dat je seks met je partner toelaat, terwijl je eigenlijk geen seks wil op dat moment

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot is de kans dat jij bij seks met een nieuwe partner een condoom zal gebruiken

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot is de kans dat een leeftijdsgenoot bij seks met een nieuwe partner een condoom zal gebruiken

- Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

50. Ben jij ooit al eens bang geweest dat je zwanger was of dat jouw vriendin zwanger was?

- Nooit Een enkele keer Verscheidene keren Vaak

51. Heb jij of heeft jouw vriendin ooit al gebruik gemaakt van de noodpil (de morning after pil)?

- Nooit Een enkele keer Verscheidene keren Vaak

52. **Ben jij of is jouw vriendin ooit al eens zwanger geweest?**
- Ja, dat was gewenst (ga naar vraag 55)
 - Ja, maar dat was niet de bedoeling
 - Nee (ga naar vraag 55)
53. **In het geval van een ongeplande zwangerschap, hadden jullie toen een voorbehoedsmiddel gebruikt?** Ja Nee
54. **Hoe is het verder gegaan met de ongeplande zwangerschap?**
- De zwangerschap is uitgedragen en een kind is geboren
 - Er is een abortus gedaan
 - De zwangerschap is spontaan afgebroken
 - Ander:
55. **Heb je je ooit *laten overhalen* of ben je ooit *gedwongen* tot onvrijwillig seksueel contact?**
- Nooit (ga naar vraag 58) Een enkele keer Verscheidene keren Vaak
56. **Wat hield dit ongewild seksuele contact in?**
- Kussen op de mond
 - Tongzoenen
 - Masturberen (zelfbevrediging) voor de ander, zonder aanraking
 - Kijken naar masturbatie van ander, zonder aanraking
 - Over de kleren **laten** aanraken van eigen lichaam
 - Over de kleren aanraken van ander lichaam
 - Bloot **laten** aanraken van eigen lichaam
 - Bloot aanraken van ander lichaam
 - Laten** aanraken van eigen geslachtsorganen (manuele seks)
 - Aanraken van de geslachtsorganen van ander (manuele seks)
 - Zelf met de mond stimuleren van geslachtsorganen bij ander (orale seks)
 - Met de mond van partner **laten** stimuleren van eigen geslachtorganen (orale seks)
 - Vaginale geslachtsgemeenschap
 - Anale geslachtsgemeenschap
 - Ander:
57. **Wie dwong jou of heeft jou overhaald?**
- Jouw (toenmalige) vaste partner Een kennis
 - Een vriend(in) Een familielid
 - Een onbekende
58. **Heb jij ooit zelf iemand gedwongen of overhaald tot onvrijwillig seksueel contact?**
- Nooit (ga naar vraag 61) Een enkele keer Verscheidene keren Vaak

59. **Wat hield dit onvrijwillig seksuele contact in?**

- Kussen op de mond
- Tongzoenen
- Masturberen (zelfbevrediging) voor de ander, zonder aanraking
- Kijken naar masturbatie van ander, zonder aanraking
- Over de kleren **laten** aanraken van eigen lichaam
- Over de kleren aanraken van ander lichaam
- Bloot **laten** aanraken van eigen lichaam
- Bloot aanraken van ander lichaam
- Laten** aanraken van eigen geslachtsorganen (manuele seks)
- Aanraken van de geslachtsorganen van ander (manuele seks)
- Zelf met de mond stimuleren van geslachtsorganen bij ander (orale seks)
- Met de mond van partner **laten** stimuleren van eigen geslachtsorganen (orale seks)
- Vaginale geslachtsgemeenschap
- Anale geslachtsgemeenschap
- Ander:.....

60. **Wie heb je overhaald of gedwongen?**

- Jouw (toenmalige) vaste partner Een kennis
- Een vriend(in) Een familielid
- Een onbekende

61. **Onderaan staan verschillende situaties omschreven. Probeer je voor te stellen hoe jij ongeveer zou reageren. Denk daarbij aan je sekspartner(s) die je de voorbije drie jaar hebt gehad.**

Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou het makkelijk vinden om te praten met mijn partner over een SOA die ik opgelopen heb

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou zonder problemen mijn partner kunnen vertellen dat ik HIV heb opgelopen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou het moeilijk vinden om met mijn partner te praten over onze ongeplande zwangerschap

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik vind het makkelijk om het onderwerp condooms aan te kaarten bij mijn partner

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik vind het makkelijk uit te drukken wat ik wil op seksueel vlak tegenover mijn partner

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou het moeilijk vinden met mijn vrienden te praten over een SOA die ik opgelopen heb

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik praat tegen mijn vrienden vrijuit en op eigen initiatief over mijn pilgebruik

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Wanneer mijn partner seksuele stappen zet, die verder gaan dan wat ik wil op dat moment, vind ik het moeilijk dit te zeggen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik vind het makkelijk om over mijn condoomgebruik te praten bij mijn vrienden

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik vind het gemakkelijk aan te geven aan mijn partner wat ik lekker vind op seksueel vlak

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou het moeilijk vinden te vertellen aan mijn ouders dat ik een SOA heb

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou het makkelijk om over mijn condoomgebruik te praten met mijn ouders

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als ik de seks niet leuk vind, aarzel ik niet dit te zeggen tegen mijn partner

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Ik zou het lastig vinden mijn partner financieel bij te moeten staan bij zijn of haar voorbehoedsmiddel

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Als ik zou merken dat mijn partner niet verder wil in onze seksuele activiteit, zou ik zonder aandringen stoppen

- Helemaal akkoord Eerder akkoord Eerder niet akkoord Helemaal niet akkoord

Bedankt voor je deelname!

BIJLAGE 2: BRONVERMELDINGEN VOOR DE SAMENSTELLING VAN DE VRAGENLIJST

Bron 1. Ahlers, M.-J. (2005, juni). *Gezondheidsgedrag eerstejaars studenten. Onderzoek naar het gezondheids- en seksuele gedrag bij eerstejaars studenten van de Rijksuniversiteit Groningen.*

Doctoraatsverhandeling, Faculteit der Psychologische, Pedagogische en Sociologische wetenschappen, Disciplinegroep Andragogiek, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Geraadpleegd op 29 december 2006, op

<http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2005/Gezondheidsgedrag/Gezondheidsgedragrapport.pdf>

Bron 2. Davis, C.M., Yarber, W.L., Bauserman, R., Schreer, G.E. & Davis, S.L. (Eds.). (1998).

Handbook of sexuality-related measures. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Bron 3. De Graaf, H. & Vanwesenbeeck, I. (2006, juni). *'Seks is een game'. Gewenst en ongewenst seksueel gedrag van jongeren op internet.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd

op 4 januari 2007, op

http://www.rutgersnissogroep.nl/rutgersnissogroep/rng/digitaal/Onderzoekpublicaties_Rutgers_Nisso_Groep

Bron 4. Fulpen, M., Bakker, F., Breeman, L., Poelman, J., Schaalma, H. & Vanwesenbeeck, I.

(2002). *Vmbo-scholieren, seksualiteit en seksuele vorming: een effectonderzoek naar de vernieuwde versie van het lespakket 'Lang leve de liefde'.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Geraadpleegd op 4 januari 2007, op

http://www.rutgersnissogroep.nl/rutgersnissogroep/rng/digitaal/Onderzoekpublicaties_Rutgers_Nisso_Groep

Bron 5. Klaï, T. & Vandeveld, I. (2007, 11 januari, 9.30u). Vergadering over opstelling

'Vragenlijst Relaties en Intimiteit' te Antwerpen, Sensoa.

Bron 6. Meijer, S., De Graaf, H., Vanwesenbeeck, I. & Poelman, J. (2005). *Actieplan Seks onder je 25^e: participatie in onderzoek en actie.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 4 januari

2007, op http://www.seksonderje25e.nl/documenten/Brochure_actieplan_2005.pdf

Bron 7. Van den Eynde, S., Cruyssaert B., Van de Velde, I. & Lambrechts, C. (2005). *Over de grenzen van lichaamstaal, eindrapport van de 'praat over seks'-campagne.* Antwerpen: Sensoa.

In de onderstaande tabellen wordt beschreven welke domeinen aan bod komen in de vragenlijst en welke vragen ontleend werden uit welke van bovenstaande bronnen.

Tabel 2.1: Overzicht van domeinen in de vragenlijst met bijhorende vragen en literaire bronnen.

Domeinen in vragenlijst	Vragen uit vragenlijst	Bronnen
DOMEIN 1: Demografische variabelen		
Geboortjaar	1	Meijer et al. (2005)
Geslacht	2	Davis et al. (1998); Meijer et al. (2005)
Nationaliteit	3, 4, 5	Klaï & Vandevelde (2007); Meijer et al. (2005)
Woonsituatie	6, 7	Klaï & Vandevelde (2007)
Levensbeschouwelijke opvatting	8	Davis et al. (1998)
Diploma	9	Klaï & Vandevelde (2007)
Burgerlijke staat van ouders	10	Klaï & Vandevelde (2007)
Gezinssituatie	11, 12	Klaï & Vandevelde (2007)
DOMEIN 2: Seksuele voorlichting		
Onderwerpen van voorlichting	13	Davis et al. (1998); Fulpen et al. (2002)
Bronnen van informatie	14	Fulpen et al. (2002), Meijer et al. (2005); Van den Eynde et al. (2005)
Mate van communicatie en met wie	15	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005); Van den Eynde et al. (2005)
Kennis over soa, hiv en zwangerschap	16	Davis et al. (1998); Klaï & Vandevelde (2007)
Attituden abortus	17	Davis et al. (1998); Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)
Attituden genderrolpatronen	17	Davis et al. (1998); Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)
Attituden hiv, aids en soa	17	Davis et al. (1998); Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)
Attituden seksueel grensoverschrijdend gedrag	17	Davis et al. (1998); Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)
DOMEIN 3: Seksuele ervaring		
Algemene informatie over relaties	18, 19, 21-24	Ahlers (2005); Klaï & Vandevelde (2007); Meijer et al. (2005)
Leeftijden van eerste seksuele ervaringen	20, 27	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
Frequenties van seksuele ervaringen	28	Meijer et al. (2005)
Seksuele identiteit	25, 26	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
Seksuele beleving	29	Davis et al. (1998)
Seksueel zelfbeeld	30	De Graaf et al. (2006); Fulpen et al. (2002)
DOMEIN 4: Seksuele gezondheid		
Seksueel (on)gezonde gedragingen	31, 33, 34, 35, 37, 54-59	Ahlers (2005); Klaï & Vandevelde (2007); Meijer et al. (2005)
Motieven tot seksueel (on)gezond gedrag	36, 38, 41, 42, 44, 45	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
Inschatting van mogelijke risico's	39, 48	Ahlers (2005); Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)
Gevolgen van seksueel ongezond gedrag	40, 43, 46, 49, 50-53	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
Assertiviteit en communicatie	32, 47, 60	Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)

Tabel 2.2: Bronnen van de vragenlijst per vraag.

Vragen	Bronnen	Vragen	Bronnen
1	Meijer et al. (2005)	31	Ahlers (2005); Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)
2	Davis et al. (1998); Meijer et al. (2005)	32	Meijer et al. (2005)
3	Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)	33	Ahlers (2005); Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)
4	Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)	34	Meijer et al. (2005)
5	Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)	35	Meijer et al. (2005)
6	Klaï & Vandeveldde (2007)	36	Ahlers (2005)
7	Klaï & Vandeveldde (2007)	37	Ahlers (2005); Klaï & Vandeveldde (2007)
8	Davis et al. (1998);	38	Ahlers (2005)
9	Klaï & Vandeveldde (2007)	39	Ahlers (2005)
10	Klaï & Vandeveldde (2007)	40	Meijer et al. (2005)
11	Klaï & Vandeveldde (2007)	41	Meijer et al. (2005)
12	Klaï & Vandeveldde (2007);	42	Meijer et al. (2005)
13	Davis et al. (1998); Fulpen et al. (2002)	43	Meijer et al. (2005)
14	Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005); Van den Eynde et al. (2005)	44	Meijer et al. (2005)
15	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005); Van den Eynde et al. (2005)	45	Meijer et al. (2005)
16	Davis et al. (1998); Klaï & Vandeveldde (2007)	46	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
17	Davis et al. (1998); Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)	47	Meijer et al. (2005)
18	Klaï & Vandeveldde (2007);	48	Ahlers (2005); Fulpen et al. (2002); Meijer et al. (2005)
19	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)	49	Ahlers (2005)
20	Ahlers (2005)	50	Ahlers (2005)
21	Meijer et al. (2005)	51	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
22	Meijer et al. (2005)	52	Ahlers (2005)
23	Meijer et al. (2005)	53	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
24	Meijer et al. (2005)	54	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
25	Meijer et al. (2005)	55	Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)
26	Ahlers (2005)	56	Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)
27	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)	57	Ahlers (2005); Meijer et al. (2005)
28	Meijer et al. (2005)	58	Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)
29	Davis et al. (1998);	59	Klaï & Vandeveldde (2007); Meijer et al. (2005)
30	De Graaf et al. (2006); Fulpen et al. (2002)	60	Fulpen et al. (2002)

BIJLAGE 3: BRIEF GERICHT AAN DOCENTEN

Beste,

Mijn naam is Katrien Verhoogen. Ik zit in het laatste jaar Klinische Psychologie en maak een eindwerk voor de vakgroep Ontwikkeling- en Levensloopspsychologie, in samenwerking met de Wetenschapswinkel en Sensoa, het Vlaams service- en expertise centrum voor seksuele gezondheid en hiv. Mijn promotor is prof. Dr. Telidja Klai. Ik onderzoek het seksuele gezondheidsgedrag van jongvolwassen studenten tussen 20 en 25 jaar. Dit zijn de 3^e bachelor- en de licentiejaren. Graag zou ik een zo heterogeen mogelijke studentenpopulatie willen samenstellen en hiervoor doe ik beroep op U. Is het mogelijk dat ik in de week van 12 februari, 19 februari of 26 februari 2007 langskom tijdens uw les en maximum een half uurtje van uw lestijd besteed aan het afnemen van mijn vragenlijst bij uw studenten? Indien U akkoord gaat, welk(e) week, les en uur past U het best? Indien U aan verschillende jaren doceert, is het mogelijk dat ik bij uw twee grootste groepen langskom? Alvast hartelijk bedankt voor uw spoedig antwoord.

Met vriendelijke groet,

Katrien Verhoogen
kverhoog@vub.ac.be

BIJLAGE 4: OVERZICHT VAN DE BEZOCHTE STUDENTENGROEPEN

Dinsdag 13/02/07, 14-16u

Vak: organisatiepsychologie

Richting: Arbeids- en Organisationspsychologie

Docent: Prof. R. Pepermans

Woensdag 14/02/07, 10-12u

Vak: Wetenschapsfilosofie

Richting: Wetenschappen en Ingenieurs

Docent: Prof. J-P. Van Bendegem

Donderdag 15/02/07, 8-10u

Vak: Organische Chemie

Richting: Chemie, Bio-ingenieur en Chemisch Ingenieur

Docent: Prof. D. Tourwé

Donderdag 15/02/07, 14-16u

Vak: Seksuologie

Richting: Klinische psychologie, Criminologie

Docent: Prof. T. Kläi

Vrijdag 16/02/07, 12-14u

Vak: Sociale Psychologie

Richting: Klinische en Arbeids- en Organisationspsychologie

Docent: Prof. F. Van Overwalle

Vrijdag 23/02/07, 13-16u

Vak: Monetaire Economie

Richting: Toegepaste Economische Wetenschappen, Handelsingenieur

Docent: Prof. L. Van Hove

Vrijdag 9/03/07, 10-12u

Vak: Sociologie van sociale gelijkheid en ongelijkheid

Richting: Agogiek, Sociologie

Docent: Prof. I. Glorieux

BIJLAGE 5: STATISTISCHE ANALYSES

5.1. Factoranalyse van en validiteit van de determinanten van risicomanagement

Vijf factoranalyses werden uitgevoerd van respectievelijk vraag 17, 30, 39, 48 en 60 uit de vragenlijst. Alle vijf de factoranalyses bleken zinvol om uit te voeren. Uit de factoranalyses ontstonden acht nieuwe componenten of variabelen. Deze zijn acht van de tien determinanten van risicomanagement. Waar nodig werden de items in de juiste richting gehercodeerd, zodat de nieuwe variabelen een betekenisvolle scores krijgen. Vervolgens werd de interne consistentie van deze determinanten berekend met behulp van de Chronbach's α als validiteitscontrole.

5.1.1. Kennis

Kennis is een eerste determinant van risicomanagement en werd bevraagd aan de hand van 15 stellingen met antwoordmogelijkheden waar of niet waar. De 15 items samen vormen een variabele met score 0 tot 15 als een maat van juiste kennis. Een hoge score staat voor juiste kennis.

De interne consistentie van het geheel van alle 15 kennisitems blijkt laag (Chronbach's $\alpha = 0,381$). Hoogstwaarschijnlijk heeft deze lage interne consistentie binnen de items te maken met de verschillende kennistopics die bevraagd worden. Desondanks zijn de 15 items allemaal kennisvragen en wordt besloten om de 15 items samen te nemen en te vormen tot een variabele met score 0 tot 15 als een maat van juiste kennis.

5.1.2. Attituden

Attituden werden bevraagd aan de hand van stellingen met antwoordmogelijkheden gaande van helemaal akkoord, eerder akkoord, eerder niet akkoord tot helemaal niet akkoord.

Acht attituden werden gevonden aan de hand van factoranalyse. Na de berekening van de interne consistentie met Chronbach's α groter dan 0,6 bleven twee attitudeschalen over: attitude over genderrolverwachtingen en attitude over seksueel gezond gedrag. Alle andere schalen worden niet verder gebruikt in de analyse.

5.1.2.1. Attitude over genderrolverwachtingen

De component 'Attitude over genderrolverwachtingen' is de eerste en tevens sterkste component in het factormodel van vraag 17 en heeft een eigenwaarde van $\lambda_1 = 2,920$. In totaal verklaart deze component 13,273 % van de totale variantie. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Attitude over genderrolverwachtingen'.

Als man en vrouw eenmaal opgewonden zijn, mag geen van van hen de seks weigeren. (0,690)

Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen. (0,674)

Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks. (0,611)

Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken. (0,586)

Man en vrouw moeten praten over voorbehoedsmiddelen vooraleer seks te hebben. (0,585)

[omgekeerd item]

Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil. (0,581)

De Chronbach's α voor alle bovenstaande items behalve 'Man en vrouw moeten praten over voorbehoedsmiddelen vooraleer seks te hebben' bedraagt 0,731 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het definitief vormen van een schaal 'Attitude over genderrolverwachtingen' met de overige vijf items. De vijf overgebleven items worden per respondent gesommeerd en een gemiddelde wordt berekend. Zo ontstaat een dimensionele score tussen 1 tot 4.

5.1.2.2. Attitude over seksueel gezond gedrag

Deze factor is een samenvoeging van twee factoren, waarvan één een te lage interne consistentie heeft om op zich een factor te vormen, maar na samenvoeging met een gelijkaardige factor, wel de drempel van Chronbach's $\alpha > 0,6$ haalt.

De eerste factor is de component 'Attitude over seksueel gezond gedrag (deel a)' en is de vierde component in het factormodel van vraag 17. Deze component heeft een eigenwaarde van $\lambda_4 = 1,648$. In totaal verklaart deze component 7,491 % van de totale variantie. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Attitude over seksueel gezond gedrag (deel a)'.

Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert. (0,562)

Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt. (0,505)

Mensen met een soa of hiv hebben de plicht dit aan hun seksuele partner(s) te melden. (0,472)

Iemand forceren seks te hebben wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik. (0,447)

Onveilig vrijen kan geen kwaad, want er is nog steeds de noodpil. (0,444) [*omgekeerd item*]

De Chronbach's α voor alle bovenstaande items, behalve 'Mensen met een soa of hiv hebben de plicht dit aan hun seksuele partner(s) te melden' bedraagt 0,517 ($< 0,6$). Dit is niet voldoende om een aparte variabele te vormen.

De tweede factor 'Attitude over seksueel gezond gedrag (deel b)' is de derde component in het factormodel van vraag 60 en heeft een eigenwaarde van $\lambda_3 = 1,782$. In totaal verklaart deze component 11,882% van de totale variantie. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Attitude over seksueel gezond gedrag (deel b)'.

Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben. (0,745) [*omgekeerd item*]

Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren. (0,744)

Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik er nog steeds aan denken een condoom te gebruiken. (0,702)

De Chronbach's α voor alle bovenstaande items bedraagt 0,622 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het vormen van een variabele 'Attitude over seksueel gezond gedrag (deel b)'.

De gelijkenissen tussen de items van de twee variabelen werden opgemerkt. Een Chronbach's α van alle zeven items samen werd berekend om hun samenhang te achterhalen. Deze Chronbach's α bedraagt 0,677 ($> 0,6$). De twee variabelen worden samengevoegd tot één variabele 'Attitude over seksueel gezond gedrag'.

5.1.3. Seksueel zelfbeeld

Seksueel zelfbeeld werd bevestigd aan de hand van stellingen met antwoordmogelijkheden gaande van helemaal akkoord, eerder akkoord, eerder niet akkoord tot helemaal niet akkoord.

De component 'Seksueel zelfbeeld' is de eerste component in het factormodel van vraag 30. Deze component heeft een eigenwaarde van $\lambda_1 = 2,929$. In totaal verklaart deze component 36,612 % van de totale variantie van de 8 items die seksueel zelfbeeld bevestigen. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Seksueel zelfbeeld'.

Seks is of lijkt me leuk. (0,786) [*omgekeerd item*]

Ik voel me schuldig als ik aan seks denk. (0,695)

Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op gebied van seks. (0,682) [*omgekeerd item*]

Voor mij is seks belangrijk. (0,668) [*omgekeerd item*]

Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me. (0,664)

Ik vind seks vies. (0,658)

De Chronbach's α voor alle bovenstaande items bedraagt 0,778 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het vormen van de nieuwe variabele 'Seksueel zelfbeeld'. De zes items worden per respondent gesommeerd en een gemiddelde wordt berekend.

5.1.4. Risicoinschatting

5.1.4.1. Risicoinschatting voor soa en hiv

Risicoinschatting voor soa en hiv werd bevestigd aan de hand van stellingen met antwoordmogelijkheden gaande van zeer kleine kans, kleine kans, grote kans tot zeer grote kans.

De eerste component uit de factoranalyse van vraag 48 is de factor 'Risicoinschatting voor soa en hiv' met een eigenwaarde van $\lambda_1 = 2,294$. In totaal verklaart deze component 25,488% van de totale variantie van de 9 items die risicoinschatting bevestigen. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Risicoinschatting voor soa en hiv'.

Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft. (0,858)

Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft. (0,831)

Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt. (0,674)

Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt. (0,617)

De Chronbach's α voor 'risicoinschatting voor soa en hiv' bedraagt 0,643 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het vormen van de variabele. De vier items worden per respondent gesommeerd en een gemiddelde wordt berekend.

5.1.4.2. Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap

Deze determinant werd bevestigd aan de hand van stellingen met antwoordmogelijkheden gaande van zeer kleine kans, kleine kans, grote kans tot zeer grote kans.

De tweede component uit de factoranalyse van vraag 48 is de factor is de factor 'Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap' met een eigenwaarde van $\lambda_2 = 1,943$. In totaal verklaart deze

component 21,586% van de totale variantie van de 9 items die risicoinschatting bevragen. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap'.

Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft. (0,962)

Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt. (0,954)

De Chronbach's α voor 'risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap' bedraagt 0,937 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het vormen van de variabele. De twee items worden per respondent gesommeerd en een gemiddelde wordt berekend.

5.1.4.3. Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties

Deze determinant werd bevraagd aan de hand van stellingen met antwoordmogelijkheden gaande van ja zeker, waarschijnlijk wel, waarschijnlijk niet tot zeker niet.

De component 'Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties' is de eerste component uit de factoranalyse uit vraag 39 met een eigenwaarde van $\lambda_1 = 4,936$. In totaal verklaart deze component 49,360% van de totale variantie van de 10 items die risicoinschatting bevragen. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties'.

Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint. (0,897)

Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent. (0,846)

Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken. (0,838)

Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent. (0,804)

Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert te overhalen geen condoom te gebruiken. (0,784)

Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt. (0,758)

Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is. (0,698)

Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verking hebt. (0,622)

De Chronbach's α voor 'risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties' bedraagt 0,878 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het vormen van de variabele. De acht items worden per respondent gesommeerd en een gemiddelde wordt berekend.

5.1.4.4. Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties

Deze determinant werd bevraagd aan de hand van stellingen met antwoordmogelijkheden gaande van ja zeker, waarschijnlijk wel, waarschijnlijk niet tot zeker niet.

De tweede component uit de factoranalyse van vraag 39 is de component 'Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties' met een eigenwaarde van $\lambda_2 = 1,744$. In totaal verklaart deze component 17,439% van de totale variantie van de 10 items die risicoinschatting bevragen. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties'.

Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft (0,927)

Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft. (0,926)

De Chronbach's α voor 'risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties' bedraagt 0,806 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het vormen van de variabele. De twee items worden per respondent gesommeerd en een gemiddelde wordt berekend.

5.1.5. Seksuele assertiviteit

Seksuele assertiviteit werd bevraagd aan de hand van stellingen met antwoordmogelijkheden gaande van helemaal akkoord, eerder akkoord, eerder niet akkoord tot helemaal niet akkoord.

De factor 'Seksuele assertiviteit' is de eerste component uit de factoranalyse van vraag 60 en heeft een eigenwaarde van $\lambda_1 = 2,585$. In totaal verklaart deze component 17,231% van de totale variantie. Hierover volgt een overzicht van de items met hun bijhorende lading op de component 'Seksuele assertiviteit.

Ik vind het gemakkelijk aan te geven aan mijn partner wat ik lekker vind op seksueel vlak. (0,823)

Ik vind het makkelijk uit te drukken wat ik wil op seksueel vlak tegenover mijn partner. (0,793)

Wanneer mijn partner seksuele stappen zet, die verder gaan dan wat ik wil op dat moment, vind ik het moeilijk dit te zeggen. (0,568) [*omgekeerd item*]

Ik vind het makkelijk het onderwerp condooms aan te kaarten bij mijn partner. (0,564)

Als ik de seks niet leuk vind, aarzel ik niet dit te zeggen tegen mijn partner. (0,493)

Ik zou het lastig vinden mijn partner financieel bij te moeten staan bij zijn of haar voorbehoedsmiddel. (0,442) [*omgekeerd item*]

De Chronbach's α voor 'seksuele assertiviteit' bedraagt 0,705 ($> 0,6$), wat beschouwd kan worden als een goede interne consistentie voor het vormen van een schaal. De zes items worden per respondent gesommeerd en een gemiddelde wordt berekend.

5.1.6. Communicatie met partner rond seksuele gezondheid

Deze laatste determinant werd bevraagd aan de hand van één nominaal geschaald item 'Heb jij met jouw huidige of laatste partner vooraf gesproken over het gebruiken van een voorbehoedsmiddel'. Wegens gebrek aan andere eenduidige items die peilen naar de communicatie over seksuele gezondheid tussen partners, bevat deze determinant slechts één item en moet dus niet berekend worden op zijn interne consistentie. Communicatie tussen partners wordt echter in de andere determinanten, zoals seksuele assertiviteit teruggevonden.

5.2. Test op de verdeling van de determinanten

Om na te gaan welke test te gebruiken om verschillen tussen onafhankelijke groepen te meten, wordt een test op de verdeling van de determinanten uitgevoerd. Geen van de determinanten blijkt normaal verdeeld te zijn. Tabel 5.1 illustreert dit. Hierdoor zijn we verplicht de niet-parametrische test Mann-Whitney U uit te voeren om verschillen naar geslacht en ervaring met geslachtsgemeenschap te achterhalen.

Tabel 5.1: Verdeling van de determinanten.

Determinanten	Kolmogorov-Smirnov Z	p-waarde
Kennis	4,34	0,000
Attitude over genderrolverwachtingen	3,33	0,000
Attitude over seksueel gezond gedrag	1,86	0,002
Seksueel zelfbeeld	3,95	0,000
Risicoinschatting voor SOA en HIV	3,94	0,000
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	6,55	0,000
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	2,18	0,000
Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties	11,60	0,000
Seksuele assertiviteit	2,53	0,000

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

5.3. De samenstelling van seksueel risicomanagement

Een maat van seksueel risicomanagement werd samengesteld om de invloed van de tien determinanten op risicomanagement na te gaan met logistische regressieanalyses. Twee onafhankelijke populaties worden hiervoor gevormd. Deze twee groepen worden tegenover elkaar geplaatst als diegenen die het beste risico's beheersen en de restgroep. Aan alle determinanten werd een criterium gekoppeld opdat een respondent in 'de beste' categorie terecht zou komen. De respondenten die aan de criteria van alle determinanten voldoen, worden geclassificeerd als de groep met het beste risicomanagement en krijgt score 1, elke andere student krijgt score 0. Zie tabel 5.2. Op deze manier is een nominale variabele 'risicomanagement' gecreëerd.

Tabel 5.2: De determinanten en hun criteria om tot 'beste risicomanagement' te behoren.

Determinanten	Score	Schaal	Meetniveau
Kennis	>= 13	op 15	ratio
Attitude over genderrolverwachtingen	>= 3	van 1 tot 4	interval
Attitude over seksueel gezond gedrag	<= 2	van 1 tot 4	interval
Seksueel zelfbeeld	>= 3	van 1 tot 4	interval
Risicoinschatting voor soa en hiv	>= 3	van 1 tot 4	interval
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	>= 3	van 1 tot 4	interval
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	<= 2	van 1 tot 4	interval
Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties	<= 2	van 1 tot 4	interval
Seksuele assertiviteit	<= 2	van 1 tot 4	interval
Communicatie met partner rond seksuele gezondheid	1	ja-antwoord	nominaal

In de kolom 'score' van tabel 5.2 is een verschil merkbaar in dimensionele richting van de determinanten. De score wijst uiteraard in de richting van de beste positie op de dimensie. Meer concreet betekent dit dat een goede positie op de dimensie van de betreffende determinanten, een plaats in de categorie 'beste risicomanagement' oplevert.

5.4. De belangrijkste determinanten van seksueel risicomanagement

Vanaf hier worden alle studenten die nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap hebben weggelaten uit de analyse, enerzijds omdat de determinant 'communicatie met partner' alleen bevraagd werd bij studenten die reeds ervaring hebben, anderzijds omdat een maat van risicomanagement gekoppeld is aan seksueel gedrag (Lear, 1995; Wikipedia, n.d.). 70 studenten van de 488 hadden nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap bij de afname van de vragenlijst en vallen dus af. Vooraleer de regressieanalyse van start gaat, haalt SPSS alle missing values bij alle determinanten uit de analyse. Vier studenten vallen tevens af, omdat ze outliers blijken te zijn in de regressieanalyse. Uiteindelijk blijven 338 respondenten over.

Twaalf studenten van de 338 (3.6%) worden gecategoriseerd onder de groep 'Beste risicomanagement', 326 studenten (96.4%) niet. Een vergelijkende studie gaat na of er een verschil bestaat in risicomanagement tussen mannelijke en vrouwelijke studenten. Meer vrouwen dan mannen blijken tot de groep 'beste risicomanagement' te behoren (Mann-Whitney U = 12875,5; $p = .031$). Eén respondent is mannelijk en behoort tot de groep 'beste risicomanagement' (8.3%), 11 van de respondenten 'beste risicomanagement' zijn vrouwelijk (91.7%) (Fisher's Exact Test $p = .034$). Dit verschil in geslacht is niet van dezelfde grootte bij de restgroep van risicomanagement: 39.3% is man, 60.7% is vrouw. De vrouwelijke respondenten blijken een beter risicomanagement te hebben dan de mannelijke respondenten.

5.4.1. De ENTER-regressieanalyse

Vooraleer werkelijk van start te gaan met de regressieanalyse, lijkt het nuttig enkele woorden uitleg te geven over het doel van een regressieanalyse. Een regressieanalyse bepaalt in welke mate een variabele weegt of invloed heeft in een kansberekening. De kansberekening die in dit onderzoek belang heeft, is de kans dat een respondent in de categorie 'beste risicomanagement' valt. Is deze groter dan 0,5 of 50%, dan wordt de respondent gecategoriseerd tot die groep. Dit is de formule voor kansberekening met meerdere afhankelijke variabelen, namelijk de tien determinanten.

$$\text{Kans} = \frac{e^z}{1 + e^z}$$

$$\text{met } Z = B_0 + B_1 \cdot X_1 + B_2 \cdot X_2 + B_3 \cdot X_3 + B_4 \cdot X_4 + B_5 \cdot X_5 + B_6 \cdot X_6 + B_7 \cdot X_7 + B_8 \cdot X_8 + B_9 \cdot X_9 + B_{10} \cdot X_{10}$$

B_i = de regressiecoëfficiënt geschat aan de hand van data

X_i = i-de onafhankelijke variabele

De regressiecoëfficiënten voor de determinanten in deze populatie staan genoteerd in de onderstaande tabel 5.3 en kunnen ingevuld worden in de formule van kansberekening. De Wald-statistiek of de eraan gekoppelde p-waarde, wordt gebruikt om na te gaan of de regressiecoëfficiënten al dan niet significant bijdragen in de regressieanalyse.

Tabel 5.3: De determinanten met regressiecoëfficiënten en mate van significantie in de regressieanalyse.

Determinanten		Regressie coëfficiënten	Wald- statistiek	p-waarde
Kennis	B1	3,435	7,724	0,005**
Attitude over seksueel gezonde gedragingen	B2	-1,705	1,02	0,313
Attitude over genderrolverwachtingen	B3	0,585	0,082	0,775
Seksueel zelfbeeld	B4	-2,332	2,014	0,156
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	B5	-2,590	4,137	0,042*
Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties	B6	-15,937	0,000	0,998
Risicoinschatting voor soa en hiv	B7	3,184	6,357	0,012*
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	B8	3,449	6,295	0,012*
Seksuele assertiviteit	B9	-5,300	6,789	0,009**
Communicatie met partner	B10	17,148	0,000	0,996
Constante	B0	-49,752	0,000	0,995

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

Regressieanalyse is een statistische techniek waarbij met de dimensionele richting van onze determinanten rekening wordt gehouden.

Uit tabel 5.3 wordt vastgesteld dat de determinanten Kennis, Risicoinschatting voor SOA en HIV, Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap, Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties en Seksuele assertiviteit een significante invloed uitoefenen op risicomangement. Bij het kijken naar het teken van de regressiecoëfficiënten van deze significante determinanten en rekening houdend met de dimensionele richting van de determinanten, blijken de volgende stellingen op te gaan voor alle respondenten:

De kans op een classificatie tot 'Beste risicomangement' vergroot bij een:

hoge score op Kennis

hoge score op Risicoinschatting voor soa en hiv

hoge score op Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap

lage score op Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties

lage score op Seksuele assertiviteit

5.4.2. De STEPWISE-regressieanalyse

Zoals reeds vermeld, is de ENTER-methode van regressieanalyse een 'geforceerde' techniek, waardoor variabelen in een analyse worden geduwd, die er eigenlijk niet thuishoren. Een methode die deze beperking goedmaakt, is de STEPWISE-regressieanalyse op basis van de FORWARD Wald. Stap voor stap wordt telkens de meest significante determinant toegevoegd in de analyse. (Wijnen, Janssens, De Pelsmacker & Van Kenhove, 2002). Vijf significante determinanten worden in totaal toegevoegd. Het model kent dan ook vijf stappen. De regressiecoëfficiënten en de mate van significante bijdrage tot risicomangement bij elke stap voor de toegevoegde determinanten worden in tabel 5.4 weergegeven.

Uit tabel 5.4 kan vastgesteld worden, net zoals bij de ENTER-methode, dat de determinanten Kennis, Risicoinschatting voor soa en hiv, Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap, Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties en Seksuele assertiviteit een significante invloed uitoefenen op risicomanagement. Dezelfde stellingen zoals bij de ENTER-methode gaan hier op.

Tabel 5.4: De significante determinanten bij elke stap in de regressieanalyse met regressiecoëfficiënt en mate van significantie.

Determinanten		Regressie coëfficiënten	Wald- statistiek	p-waarde
STAP 1				
Risicoinschatting voor soa en hiv	B1	1,629	12,999	0,000**
Constante	B0	-7,844	30,629	0,000**
STAP 2				
Risicoinschatting voor soa en hiv	B1	1,560	17,429	0,000**
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	B2	2,071	11,065	0,001**
Constante	B0	-14,726	26,877	0,000**
STAP 3				
Kennis	B1	1,730	8,504	0,004**
Risicoinschatting voor soa en hiv	B2	1,740	17,832	0,000**
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	B3	1,832	8,237	0,004**
Constante	B0	-37,09	16,720	0,000**
STAP 4				
Seksuele assertiviteit	B1	-3,538	9,056	0,003**
Kennis	B2	2,201	9,494	0,002**
Risicoinschatting voor soa en hiv	B3	2,199	14, 563	0,000**
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	B4	2,151	8,234	0,004**
Constante	B0	-40,003	12,477	0,000**
STAP 5				
Seksuele assertiviteit	B1	-4,236	8,029	0,005**
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties	B2	-2,238	4,310	0,038*
Kennis	B3	2,632	8,709	0,003**
Risicoinschatting voor soa en hiv	B4	2,430	8,828	0,003**
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap	B5	2,990	8,374	0,004**
Constante	B0	-45,065	10,586	0,001**

* p <= 0,05, ** p <= 0,01

BIJLAGE 6: Percentages van de items per determinant van seksueel risicomanagement

Hou bij het lezen van de tabellen rekening dat sommige items omgekeerd werden en hun percentage bij een bepaalde antwoordcategorie eigenlijk bij de tegenovergestelde categorie hoort.

6.1. Kennis

Tabel 3.21: Percentages per item voor kennis van de totale populatie.		
Kennis	% juist (N = 488)	
Je kan geïnfecteerd geraken met hiv via een naald die ook gebruikt werd door iemand met hiv	99,4	
je kan geen hiv krijgen via orale seks (<i>omgekeerd item</i>)	74,3	
Hiv en aids zijn beide virussen (<i>omgekeerd item</i>)	66,0	
Een zwangere vrouw geeft sowieso hiv door aan haar ongeboren kind (<i>omgekeerd item</i>)	64,7	
Men kan hiv krijgen van anale seks zonder condoom	92,8	
Iemand met hiv kan er gezond uitzien en zich gezond voelen	97,7	
Iemand kan hiv dragen gedurende vijf of meer jaren zonder aids te krijgen	96,1	
Iemand kan geen hiv krijgen als hij of zij antibiotica neemt (<i>omgekeerd item</i>)	99,2	
Iemand kan hiv krijgen via speeksel, tranen, zweet of urine van een persoon met hiv (<i>omgekeerd item</i>)	74,9	
Hiv is ook een soa	90,3	
Je kan geen soa krijgen, als de vrouw de pil neemt (<i>omgekeerd item</i>)	97,5	
Als de vrouw de pil neemt, is de kans op een ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande	69,6	
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap niet (<i>omgekeerd item</i>)	93,6	
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en de meeste soa	93,8	
De kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt, is onbestaande (<i>omgekeerd item</i>)	95,7	

Tabel 3.22: Percentages per item voor kennis naar geslacht.		
Kennis	% juist Mannen (N = 187)	% juist Vrouwen (N = 301)
Je kan geïnfecteerd geraken met hiv via een naald die ook gebruikt werd door iemand met hiv	98,9	99,3
je kan geen hiv krijgen via orale seks (<i>omgekeerd item</i>)	72,7	74,1
Hiv en aids zijn beide virussen (<i>omgekeerd item</i>)	63,6	65,1
Een zwangere vrouw geeft sowieso hiv door aan haar ongeboren kind (<i>omgekeerd item</i>)	63,6	64,5
Men kan hiv krijgen van anale seks zonder condoom	92,5	91,7
Iemand met hiv kan er gezond uitzien en zich gezond voelen	96,8	97,7
Iemand kan hiv dragen gedurende vijf of meer jaren zonder aids te krijgen	95,2	95,7
Iemand kan geen hiv krijgen als hij of zij antibiotica neemt (<i>omgekeerd item</i>)	97,9	98,7
Iemand kan hiv krijgen via speeksel, tranen, zweet of urine van een persoon met hiv (<i>omgekeerd item</i>)	70,1	76,4
Hiv is ook een soa	92,5	87,4
Je kan geen soa krijgen, als de vrouw de pil neemt (<i>omgekeerd item</i>)	95,2	96,7
Als de vrouw de pil neemt, is de kans op een ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande	62	72,8
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap niet (<i>omgekeerd item</i>)	91,4	93
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en de meeste soa	92	93
De kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt, is onbestaande (<i>omgekeerd item</i>)	92	96,3

Tabel 3.23: Percentages per item voor kennis naar coïtuservaring.

Kennis	% juist Ervaring (N = 318)	% juist Geen ervaring (N = 70)
Je kan geïnfecteerd geraken met hiv via een naald die ook gebruikt werd door iemand met hiv	99	100
je kan geen hiv krijgen via orale seks (<i>omgekeerd item</i>)	72,7	78,6
Hiv en aids zijn beide virussen (<i>omgekeerd item</i>)	66,3	54,3
Een zwangere vrouw geeft sowieso hiv door aan haar ongeboren kind (<i>omgekeerd item</i>)	65,1	58,6
Men kan hiv krijgen van anale seks zonder condoom	91,9	92,9
Iemand met hiv kan er gezond uitzien en zich gezond voelen	97,1	98,6
Iemand kan hiv dragen gedurende vijf of meer jaren zonder aids te krijgen	95,7	94,3
Iemand kan geen hiv krijgen als hij of zij antibiotica neemt (<i>omgekeerd item</i>)	98,6	97,1
Iemand kan hiv krijgen via speeksel, tranen, zweet of urine van een persoon met hiv (<i>omgekeerd item</i>)	75,1	67,1
Hiv is ook een soa	88,3	95,7
Je kan geen soa krijgen, als de vrouw de pil neemt (<i>omgekeerd item</i>)	96,7	92,9
Als de vrouw de pil neemt, is de kans op een ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaande	69,6	62,9
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap niet (<i>omgekeerd item</i>)	94,5	80
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en de meeste soa	92,1	95,7
De kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt, is onbestaande (<i>omgekeerd item</i>)	96,2	85,7

6.2. Attitude over genderrolverwachtingen

Tabel 3.24: Percentages per item voor attitude over genderrolverwachtingen van de totale populatie.

Genderrolverwachtingen (N = 488)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren	2,7	7,6	25,6	63,7
Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks	0,8	3,1	25	70,7
Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	0,6	12,1	26,2	60,5
Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen	2,3	18,4	45,1	33,4
Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken	8,4	52	27,5	12,1

Tabel 3.25: Percentages per item voor attitude over genderrolverwachtingen naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren	4,3	13,9	37,4	43,9
Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks	2,1	4,8	35,3	57,2
Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	1,6	20,3	34,8	42,8
Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen	4,8	31	47,6	16
Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken	13,9	57,2	22,5	6,4
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren	1,7	3,7	18,3	76,1
Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks	0	2	18,6	79,1
Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	0	7	20,9	71,4
Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen	0,7	10,6	43,5	44,2
Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken	5	48,8	30,6	15,6

Tabel 3.26: Percentages per item voor attitude over genderrolverwachtingen naar coïtuservaring.

Populatie met ervaring (N = 418)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren	1,9	7,4	25,8	64,4
Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks	0,7	2,9	21,5	74,4
Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	0,5	11,2	24,6	62,9
Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen	2,4	17	45	34,7
Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken	7,9	52,2	28,5	11,5
Populatie zonder ervaring (N = 70)				
Als man en vrouw eenmaal seksueel opgewonden zijn, mag geen van hen de seks weigeren	7,1	8,6	24,3	60
Vrouwen die altijd een condoom bij zich hebben, zijn eigenlijk alleen maar uit op seks	1,4	4,3	45,7	48,6
Soms moet een man een beetje druk uitoefenen op een vrouw om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	1,4	17,1	35,7	45,7
Een vrouw doet vaak alsof ze geen seks wil, omdat ze niet te toegeeflijk wil overkomen	1,4	27,1	45,7	25,7
Als een vrouw sexy foto's van haar op het internet zet, vraagt ze erom dat mannen seksueel getinte opmerkingen gaan maken	11,4	51,4	21,4	15,7

6.3. Attitude over seksueel gezond gedrag

Tabel 3.27: Percentages per item voor attitude over seksueel gezond gedrag van de totale populatie.

Seksueel gezond gedrag (N = 488)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik	75,6	21,3	2,3	0,8
Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt	66,2	31,1	2,5	0,2
Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert	36,7	40,8	19,1	2,5
Onveilig vrijen kan geen kwaad want er is nog steeds de noodpil (<i>omgekeerd item</i>)	61,9	34,4	3,5	0,2
Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken	20,7	50,6	20,9	3,1
Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren	24,6	51,2	20,3	2,5
Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben (<i>omgekeerd item</i>)	37,5	41,6	16,8	1,8

Tabel 3.28: Percentages per item voor attitude over seksueel gezond gedrag naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik	73,3	22,5	2,7	1,6
Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt	61	34,8	3,7	0,5
Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert	25,7	45,5	23	4,3
Onveilig vrijen kan geen kwaad want er is nog steeds de noodpil (<i>omgekeerd item</i>)	49,2	44,4	5,9	0,5
Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken	18,7	47,1	22,5	3,7
Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren	13,9	48,1	31	4,8
Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben (<i>omgekeerd item</i>)	20,3	43,9	28,3	3,7
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik	77,1	20,6	2	0,3
Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt	69,4	28,9	1,7	0
Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert	43,5	37,9	16,6	1,3
Onveilig vrijen kan geen kwaad want er is nog steeds de noodpil (<i>omgekeerd item</i>)	69,8	28,2	2	0
Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken	21,9	52,8	19,9	2,7
Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren	31,2	53,2	13,6	1
Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben (<i>omgekeerd item</i>)	48,2	40,2	9,6	0,7

Tabel 3.29: Percentages per item voor attitude over seksueel gezond gedrag naar coïtuservaring.

Populatie met ervaring (N = 418)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik	76,1	21,3	1,9	0,7
Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt	67,9	29,4	2,4	0,2
Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert	36,1	41,1	18,9	2,6
Onveilig vrijen kan geen kwaad want er is nog steeds de noodpil (<i>omgekeerd item</i>)	62,7	33,7	3,3	0,2
Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken	20,1	51,2	21,3	2,6
Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren	23,2	52,4	20,3	2,6
Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben (<i>omgekeerd item</i>)	36,1	44	16	1,7
Populatie zonder ervaring (N = 70)				
Iemand forceren wanneer hij of zij dat niet wil, is seksueel misbruik	72,9	21,4	4,3	1,4
Er is geen enkele reden waarom een vrouw zich moet schamen, wanneer ze een condoom bovenhaalt	55,7	41,4	2,9	0
Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert	40	38,6	20	1,4
Onveilig vrijen kan geen kwaad want er is nog steeds de noodpil (<i>omgekeerd item</i>)	57,1	38,6	4,3	0
Als ik drugs of alcohol heb genomen, zou ik nog steeds eraan denken een condoom te gebruiken	24,3	47,1	18,6	5,7
Als mijn partner niet het voorbehoedsmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren	32,9	44,3	20	1,4
Als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben (<i>omgekeerd item</i>)	45,7	27,1	21,4	2,9

6.4. Seksueel zelfbeeld

Tabel 3.30: Percentages per item voor seksueel zelfbeeld van de totale populatie.

Seksueel zelfbeeld (N = 488)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik voel me schuldig als ik aan seks denk	0,2	2,5	28,9	67,6
Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me	0	4,9	40	54,1
Ik vind seks vies	0,2	0,2	13,7	85,2
Voor mij is seks belangrijk (<i>omgekeerd item</i>)	1,2	13,5	51,8	32,2
Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks (<i>omgekeerd item</i>)	1,2	8,6	63,9	24,6
Seks is of lijkt me leuk (<i>omgekeerd item</i>)	0	0,8	30,3	67,8

Tabel 3.31: Percentages per item voor seksueel zelfbeeld naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik voel me schuldig als ik aan seks denk	0	2,1	27,3	69,5
Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me	0	4,3	42,2	52,4
Ik vind seks vies	0,5	0	13,4	85
Voor mij is seks belangrijk (<i>omgekeerd item</i>)	1,6	12,3	50,8	33,7
Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks (<i>omgekeerd item</i>)	0	7,5	62,6	28,3
Seks is of lijkt me leuk (<i>omgekeerd item</i>)	0	0,5	24,6	73,8
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Ik voel me schuldig als ik aan seks denk	0,3	2,7	29,9	66,4
Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me	0	5,3	38,5	55,1
Ik vind seks vies	0	0,3	14	85,4
Voor mij is seks belangrijk (<i>omgekeerd item</i>)	1	14,3	52,5	31,2
Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks (<i>omgekeerd item</i>)	2	9,3	64,8	22,3
Seks is of lijkt me leuk (<i>omgekeerd item</i>)	0	1	33,9	64,1

Tabel 3.32: Percentages per item voor seksueel zelfbeeld naar coïtuservaring.

Populatie met ervaring (N = 318)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik voel me schuldig als ik aan seks denk	0,2	1,9	25,8	71,1
Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me	0	3,6	37,3	57,9
Ik vind seks vies	0,2	0	12,9	86,1
Voor mij is seks belangrijk (<i>omgekeerd item</i>)	0,7	12,4	50,7	35,2
Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks (<i>omgekeerd item</i>)	0,2	6,2	64,6	27,5
Seks is of lijkt me leuk (<i>omgekeerd item</i>)	0	0,5	26,3	72
Populatie zonder ervaring (N = 70)				
Ik voel me schuldig als ik aan seks denk	0	5,7	47,1	47,1
Als ik seksuele gevoelens heb, schaam ik me	0	12,9	55,7	31,4
Ik vind seks vies	0	1,4	18,6	80
Voor mij is seks belangrijk (<i>omgekeerd item</i>)	4,3	20	58,6	14,3
Ik sta ervoor open dingen uit te proberen op het gebied van seks (<i>omgekeerd item</i>)	7,1	22,9	60	7,1
Seks is of lijkt me leuk (<i>omgekeerd item</i>)	0	2,9	54,3	42,9

6.5. Risicoinschatting voor soa en hiv

Tabel 3.33: Percentages per item voor risicoinschatting voor soa en hiv van de totale populatie.

Risicoinschatting voor soa en hiv (N = 488)	Ze er kleine kans	Kleine kans	Grote kans	Ze er grote kans
Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	13,1	54,3	24,6	6,4
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	5,5	52	34,4	6,4
hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	6,8	44,5	41	6,4
hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	2,5	40,4	48	7,4

Tabel 3.34: Percentages per item voor risicoinschatting voor soa en hiv naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Ze er kleine kans	Kleine kans	Grote kans	Ze er grote kans
Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	16	53,5	21,4	5,9
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	7,5	57,8	26,2	5,3
hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	7	46	40,6	3,7
hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	3,2	46,5	42,2	4,3
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	11,3	54,8	26,6	6,6
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	4,3	48,5	39,5	7
hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	6,6	43,5	41,2	8
hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	2	36,5	51,5	9,3

Tabel 3.35: Percentages per item voor risicoinschatting voor soa en hiv naar coïtuservaring.

Populatie met ervaring (N = 318)	Zeer kleine kans	Kleine kans	Grote kans	Zeer grote kans
Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	12,9	55,3	23,9	6
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	5,5	52,6	33,7	6,2
hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	6,5	45	40,7	6,2
hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	2,4	41,1	47,1	7,2
Populatie zonder ervaring (N = 70)				
Hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je hiv oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	14,3	48,6	28,6	8,6
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten hiv oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	5,7	48,6	38,6	7,1
hoe groot denk jij dat jouw kans is dat je een soa oploopt als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	8,6	41,4	42,9	7,1
hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten een soa oploopt als hij of zij zonder condoom geslachtsgemeenschap heeft	2,9	35,7	52,9	8,6

6.6. Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap

Tabel 3.36: Percentages per item voor risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap van de totale populatie.

Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap (N = 488)	Zeer kleine kans	Kleine kans	Grote kans	Zeer grote kans
Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	2	19,1	58,2	18
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft	0,4	18,2	61,5	17,4

Tabel 3.37: Percentages per item voor risicoinschatting van ongeplande zwangerschap naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Zeer kleine kans	Kleine kans	Grote kans	Zeer grote kans
Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	3,2	21,4	59,4	11,2
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft	0,5	22,5	62,6	9,6
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	1,3	17,6	57,5	22,3
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft	0,3	15,6	60,8	22,3

Tabel 3.38: Percentages per item voor risicoinschatting naar coïtuservaring.

Populatie met ervaring (N = 318)	Zeer kleine kans	Kleine kans	Grote kans	Zeer grote kans
Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	2,4	19,1	57,7	17,7
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft	0,5	18,4	60,8	17,5
Populatie zonder ervaring (N = 70)				
Hoe groot denk jij dat de kans is dat jij of jouw vriendin zwanger raakt als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	0	18,6	61,4	20
Hoe groot denk jij dat de kans is dat één van jouw leeftijdsgenoten zwanger raakt als hij of zij zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap heeft	0	17,1	65,7	17,1

6.7. Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties

Tabel 3.39: Percentages per item voor risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties van de totale populatie.

Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties (N = 488)	Ja zeker	Waarschijnlijk wel	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is	77,7	19,5	1,8	0,2
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent	48,4	40,4	9,6	0,8
Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verkering hebt	23,2	33	37,7	5,3
Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent	35,9	43,2	18,2	1,2
Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt	31,1	38,7	24,4	2
Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint	42,4	41,8	14,1	0,6
Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken	43,4	38,3	16,2	1
Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken	43	39,3	15,2	1,4

Tabel 3.40: Percentages per item voor risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Ja zeker	Waarschijnlijk wel	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is	75,4	21,4	2,7	0
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent	43,3	45,5	10,2	0,5
Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verkering hebt	19,3	38,5	35,8	5,9
Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent	30,5	50,8	16	1,6
Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt	26,7	38	26,2	3,2
Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint	37,4	44,4	17,1	0
Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken	32,6	43,9	21,9	0,5
Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken	34,8	40,6	22,5	1,1
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is	79,1	18,3	1,3	0,3
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent	51,5	37,2	9,3	1
Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verkering hebt	25,6	29,6	38,9	5
Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent	39,2	38,5	19,6	1
Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt	33,9	39,2	23,3	1,3
Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint	45,5	40,2	12,3	1
Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken	50,2	34,9	12,6	1,3
Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken	48,2	38,5	10,6	1,7

Tabel 3.41: Percentages per item voor risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties naar coïtuservaring.

Populatie met ervaring (N = 318)	Ja zeker	Waarschijnlijk wel	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is	76,3	20,8	1,7	0,2
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent	47,1	40,2	10,8	1
Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verking hebt	19,4	32,8	41,1	5,7
Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent	34,4	44,3	18,2	1,4
Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt	29,9	39,2	25,1	2,2
Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint	40,7	43,1	14,4	0,7
Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken	43,1	39	15,6	1,2
Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken	42,8	39,2	15,1	1,7
Populatie zonder ervaring (N = 70)				
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand die niet je partner is	85,7	11,4	2,9	0
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand op wie je erg verliefd bent	55,7	41,4	2,9	0
Zou jij een condoom gebruiken als je een paar maanden verking hebt	45,7	34,3	17,1	2,9
Zou jij een condoom gebruiken als je erg opgewonden bent	44,3	37,1	18,6	0
Zou jij een condoom gebruiken als je alcohol of drugs genomen hebt	38,6	35,7	20	1,4
Zou jij een condoom gebruiken als de ander niet over condooms begint	52,9	34,3	12,9	0
Zou jij een condoom gebruiken als de ander geen condoom wil gebruiken	45,7	34,3	20	0
Zou jij een condoom gebruiken als de ander je probeert over te halen geen condoom te gebruiken	44,3	40	15,7	0

6.8. Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties

Tabel 3.42: Percentages per item voor risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties van de totale populatie.

Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties (N = 488)	Ja zeker	Waarschijnlijk wel	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft	94,5	2	1,8	0,4
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft	96,5	1,2	0,6	0,4

Tabel 3.43: Percentages per item voor risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Ja zeker	Waarschijnlijk wel	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft	94,7	2,7	1,6	0
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft	95,7	2,7	0	0
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft	94,4	1,7	2	0,7
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft	97	0,3	1	0,7

Tabel 3.44: Percentages per item voor risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties naar coïtuservaring.

Populatie met ervaring (N = 318)	Ja zeker	Waarschijnlijk wel	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft	94,3	1,9	1,9	0,5
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft	95,9	1,4	0,7	0,5
Populatie zonder ervaring (N = 70)				
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij een soa heeft	95,7	2,9	1,4	0
Zou jij een condoom gebruiken als je seks hebt met iemand waarvan je weet dat hij of zij hiv heeft	100	0	0	0

6.9. Seksuele assertiviteit

Tabel 3.45: Percentages per item voor seksuele assertiviteit van de totale populatie.

Seksuele assertiviteit (N = 488)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik vind het makkelijk uit te drukken wat ik wil op seksueel vlak tegenover mijn partner	31,4	49,4	15,8	1,8
Ik vind het makkelijk om het onderwerp condooms aan te kaarten bij mijn partner	37,1	47,1	8,6	5,1
Ik vind het gemakkelijk aan te geven aan mijn partner wat ik lekker vind op seksueel vlak	31,4	52,3	12,5	1,4
Als ik de seks niet leuk vind, aarzel ik niet dit te zeggen tegen mijn partner	18,9	51,6	25	2,3
Ik zou het lastig vinden mijn partner financieel bij te moeten staan bij zijn of haar voorbehoedsmiddel (<i>omgekeerd item</i>)	37,9	42,2	15,2	2
Wanneer mijn partner seksuele stappen zet, die verder gaan dan wat ik wil op dat moment, vind ik het moeilijk dit te zeggen (<i>omgekeerd item</i>)	28,7	51,4	17,2	0,4

Tabel 3.46: Percentages per item voor seksuele assertiviteit naar geslacht.

Mannelijke populatie (N = 187)	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik vind het makkelijk uit te drukken wat ik wil op seksueel vlak tegenover mijn partner	24,6	53,5	17,6	1,6
Ik vind het makkelijk om het onderwerp condooms aan te kaarten bij mijn partner	29,9	58,8	4,8	3,2
Ik vind het gemakkelijk aan te geven aan mijn partner wat ik lekker vind op seksueel vlak	23,5	58,8	13,9	0
Als ik de seks niet leuk vind, aarzel ik niet dit te zeggen tegen mijn partner	11,2	52,9	28,9	3,2
Ik zou het lastig vinden mijn partner financieel bij te moeten staan bij zijn of haar voorbehoedsmiddel (<i>omgekeerd item</i>)	37,4	40,6	16,6	1,1
Wanneer mijn partner seksuele stappen zet, die verder gaan dan wat ik wil op dat moment, vind ik het moeilijk dit te zeggen (<i>omgekeerd item</i>)	22,5	49,2	23,5	0,5
Vrouwelijke populatie (N = 301)				
Ik vind het makkelijk uit te drukken wat ik wil op seksueel vlak tegenover mijn partner	35,5	46,8	14,6	2
Ik vind het makkelijk om het onderwerp condooms aan te kaarten bij mijn partner	41,5	39,9	11	6,3
Ik vind het gemakkelijk aan te geven aan mijn partner wat ik lekker vind op seksueel vlak	36,2	48,2	11,6	2,3
Als ik de seks niet leuk vind, aarzel ik niet dit te zeggen tegen mijn partner	23,6	50,8	22,6	1,7
Ik zou het lastig vinden mijn partner financieel bij te moeten staan bij zijn of haar voorbehoedsmiddel (<i>omgekeerd item</i>)	38,2	43,2	14,3	2,7
Wanneer mijn partner seksuele stappen zet, die verder gaan dan wat ik wil op dat moment, vind ik het moeilijk dit te zeggen (<i>omgekeerd item</i>)	32,6	52,8	13,3	0,3

Percentages van de respondenten die het goed doen op basis van de criteria om tot de groep 'beste risicomanagement te behoren.

Tabel 3.47: Cumulatieve percentages per determinant o.b.v. criteria 'beste risicomanagement'.					
Score	Totaal %	Mannen %	Vrouwen %	Ervaring %	Geen ervaring %
Kennis					
>= 13	50,1	43,3	54,3	51,1	44,7
Attitude over genderrolverwachtingen					
>= 3	75,6	54,5	88,7	77,8	62,9
Attitude over seksueel gezond gedrag					
<= 2	82,2	71,1	88,7	82,8	78,6
Seksueel zelfbeeld					
>= 3	92	95,1	90	93,7	81,4
Risicoinschatting voor soa en hiv					
>= 3	29,9	25,3	32,8	28,7	37,1
Risicoinschatting voor ongeplande zwangerschap					
>= 3	77,7	72,8	80,6	77	81,4
Risicoinschatting voor potentieel risicovolle situaties					
<= 2	70,7	66,7	73,2	75,7	69,9
Risicoinschatting voor duidelijk risicovolle situaties					
<= 2	98,8	99,5	98,3	98,5	100
Seksuele assertiviteit					
<= 2	54,9	45,9	60,4	56,8	43,5
Communicatie met partner rond seksuele gezondheid					
1	81,6	82,1	81,3	/	/