



Vrije Universiteit Brussel

Onderzoek naar de redenen van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie bij studerende jongvolwassenen



Eindverhandeling tot master in de Psychologie
Student: Stefanie Vranken
Promotor: Prof. Dr. Klai
Co-promotor: Prof. Dr. Lambrecht
Organisatie: Sensoa
Academiejaar: 2008-2009

WETENSCHAPSwinkel
Brussel



Onderzoek naar de redenen van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie bij studerende jongvolwassenen

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van Licentiaat in de Klinische Psychologie door

Vranken Stefanie

Academiejaar 2008-2009

Promotor: Prof. Dr. Telidja Klai

Co-promotor: Prof. Dr. Patrick Lambrecht

Aantal woorden: 12.917



Inhoudstafel

Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inleiding	3
Hoofdstuk 1: Literatuurstudie	4
1.1. Definitie jongvolwassenen	4
1.2. Het seksueel leven van jongvolwassenen	5
1.2.1. De seksuele start	5
1.2.2. Seksuele relaties	5
1.2.3. Risico's en bescherming	6
1.3. Onveilig vrijgedrag van jongvolwassenen	7
1.3.1. Definitie	7
1.3.2. Feiten	7
1.4. Gevolgen van onveilig vrijgedrag	8
1.4.1. Abortus	8
1.4.1.1. Definitie	8
1.4.1.2. Het voorkomen van zwangerschapsafbreking	8
1.4.1.3. Psychosociale karakteristieken van de vrouw	8
1.4.1.4. Gebruik voorbehoedsmiddelen	9
1.4.2. HIV	9
1.3.2.1. Definitie	9
1.3.2.2. Cijfers en feiten	9
1.4.3. Soa's	9
1.3.3.1. Definitie	9
1.3.3.2. Cijfers en feiten	10
1.4.4. Seksueel grensoverschrijdend gedrag	10
1.3.4.1. Definitie	10
1.3.4.2. Incidentie van seksueel misbruik bij volwassenen	10
1.4.5. Ongeplande zwangerschap	10
1.5. Anticonceptie	11
1.5.1. Definitie	11
1.5.3. Feiten en cijfers	11
1.5.4. Determinanten	11

1.5.4.1. Persoonlijke determinanten	11
1.5.4.1.1. Individuele kennis en cognitie	11
1.5.4.1.2. Attitude ten opzichte van anticonceptie	12
1.5.4.1.3. Interactiecompetentie	13
1.5.4.2. Motivationale determinanten	13
1.5.4.2.1. Inschatting van de ernst van het probleem	13
1.5.4.2.2. Risicoinschatting op zwangerschap, soa & hiv	14
1.5.4.2.3. Tevredenheid anticonceptie	14
1.5.4.2.4. Mate van vertrouwdheid met anticonceptie	15
1.5.4.3. Interactionele determinanten	15
1.5.4.3.1. Aard van de relatie	15
1.5.4.3.2. Communicatie tussen partners	15
1.5.4.4. Externe determinanten	15
1.5.4.4.1. Toegang tot anticonceptie	15
1.5.4.4.2. Toegang tot gezondheidsdiensten	16
1.5.4.4.3. Kwalitatieve counseling	16
1.5.4.4.4. Socio-demografische factoren	16
1.5.4.5 Niet-demografische factoren die samenhangen met anticonceptie	16
1.5.4.6. Determinanten gebruik noodanticonceptie	16
1.5.4.6.1. Definitie	16
1.5.4.6.2. Kenmerken van gebruiksters	17
1.6. Besluit	17

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethodologie **18**

2.1. Algemeen onderzoeksopzet	18
2.1.1. Probleemstelling	18
2.1.2. Onderzoeksdoelstelling	18
2.1.3. Onderzoeksvraag	18
2.2. Onderzoeksmethodologie	18
2.2.1. Onderzoeksinstrument	18
2.2.2. Onderzoeksprocedure	19
2.2.2.1. Verzamelen van de populatie	19
2.2.2.2. Verwerken van gegevens	20
2.2.3. Onderzoekspopulatie	21

Hoofdstuk 3: Resultaten	22
3.1. Anticonceptiegebruik	22
3.1.1. Redenen voor het falen van anticonceptiegebruik	22
3.1.2. Redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie	23
3.2. Belangrijkste factoren van het niet-gebruiken van anticonceptie	24
3.2.1. Welke determinanten worden opgenomen in het model	24
3.2.2. Frequenties van significante variabelen	25
3.2.2.1. Geslacht	25
3.2.2.2. Woonvorm	25
3.2.2.3. Vaste relatie	26
3.2.2.4. Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap	26
3.2.2.5. Aantal partners	27
3.2.2.6. Interactiecompetentie	27
3.2.2.7. Kennis	28
3.2.3. Volledig model	29
3.2.3.1. Multicollineariteit	29
3.2.4. ENTER-methode	30
3.2.4.1. Geschiktheid van het model	30
3.2.4.2. Interpretatie effecten	31
3.2.5. STEPWISE –methode	31
3.2.5.1. Geschiktheid van het model	31
3.2.5.2. Interpretatie effecten	31
Hoofdstuk 4: Bespreking	33
Hoofdstuk 5: Conclusie	37
Referenties	39
Bijlagen	43
Bijlage 1: Vragenlijst anticonceptie	43
Bijlage 2: Bronvermeldingen voor de samenstelling van de vragenlijst	49
Bijlage 3: Statistische analyses	50
3.1. Normaliteit	50
3.2. Validiteit	50

Bijlage 4: Percentages	51
4.1. Voorbehoedmiddelen	51
4.2. Kennis	52
4.3. Attitude t.o.v. anticonceptie	53
4.4. Interactiecompetentie	56
4.5. Risicoinschatting	57
Bijlage 5: Variabelen	60
5.1. Kennis	60
5.2. Interactiecompetentie	62
5.3. Attitude	63
5.4. Risicoinschatting	64
Bijlage 6: Soorten anticonceptie	66
6.1. Soorten anticonceptie	66
6.1.1. Barrièremethoden	66
6.1.2. Hormonale anticonceptie	66
6.1.3. Intra-uteriene anticonceptie	66
6.1.4. Natuurlijke methoden	66

Samenvatting

Uit cijfers is gebleken dat het aantal abortussen bij jongvolwassenen hoger ligt dan bij andere leeftijdsgroepen. Vooral de categorie van 20 tot en met 24 jaar springt erboven uit. Er bestaan cijfers van abortussen maar niet van ongeplande zwangerschappen, want niet elke ongeplande zwangerschap leidt tot een abortus. Op Vlaams niveau is het onderzoek naar de redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie zo goed als onbestaand. Het is belangrijk te achterhalen welke deze redenen zijn en ook welke determinanten deze beïnvloeden.

Dit onderzoek wordt verricht aan de hand van een kwantitatieve methode met de focus op het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie bij jongvolwassenen. De doelpopulatie zal bestaan uit studenten van 20 tot 25 jaar, aangezien deze groep het meeste incidenties vertoont van seksuele gezondheidsproblematieken. 806 Vragenlijsten werden verzameld en verwerkt om tot de beschrijving te komen van de redenen van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie en welke factoren er invloed op hebben.

Bij 44, 7% van de populatie is er eens iets misgelopen met hun anticonceptiegebruik. Het vergeten van de pil en het scheuren van condoom worden als de twee hoofdoorzaken aangegeven. Voor meer dan de helft van de studenten is er geen reden om geen anticonceptie te gebruiken. Bij studenten die wel een reden naar voor brengen zijn de vele neveneffecten en gezondheidsrisico's die sommige anticonceptiemiddelen met zich meebrengen de hoofdredenen. Andere redenen zijn dat mensen beschaamd zijn om het vragen of het gewoonweg te duur. De determinanten die een significante invloed hebben om het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie zijn kennis en interactiecompetentie. Enkel voor kennis is er een verschil naar geslacht.

We kunnen besluiten dat de kans op het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie vergroot bij een lage kennis over anticonceptie en een lage interactiecompetentie met de partner.

Voorwoord

De keuze van mijn verhandeling werd mij ingegeven door mijn nieuwsgierigheid naar het anticonceptiegebruik van jongvolwassenen en de redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie door deze groep. Dankzij heel wat mensen heb ik een onderzoek kunnen voeren over een onderwerp dat geheel in mijn interessegebied lag.

Bedankt aan...

Professor Telidja Klai, voor mij de kans te geven om dit onderzoek te laten uitvoeren en voor de goede begeleiding.

Katrien Vermeire van Sensoa dank ik voor haar medewerking en informatie.

Ils De Bal en Saskia Vandputte van de Wetenschapswinkel die mij altijd op de hoogte hielden van de deadlines en voor de goede regeling en organisatie.

Mijn ouders omdat ze mij de kans hebben gegeven om te studeren.

Edwin, die mij goed heeft geholpen met de lay-out van de vragenlijst en die een luisterend oor was in moeilijke tijden.

Gunther, voor het nalezen van mijn resultaten.

En niet te vergeten mijn kotgenoot Eileen die er voor zorgde dat ik toch genoeg ontspanning nam op de drukke momenten.

Bedankt allemaal!

Stefanie
December 2008

Inleiding

Jongvolwassenen zijn een vrij nieuwe doelgroep waarvan er nog maar enkele recente studies over zijn uitgevoerd. Tussen 18 en 30 jaar vinden er grote veranderingen plaatst. Jongvolwassenen beginnen volop te experimenteren met verschillende samenlevingsvormen en seks. Een frequent verschijnsel binnen deze groep is kort op elkaar volgen van verschillende kort- of langdurende relaties. Dit houdt risico's in op het vlak van seksueel overdraagbare aandoeningen, grensoverschrijdend gedrag en ongeplande zwangerschap. Jongvolwassenen scoren op deze 3 gevolgen heel slecht. Jongvolwassenen zijn ook niet geneigd om hun seksueel verleden mee te delen aan hun nieuwe partner. (Sensoa, 2008). Binnen deze leeftijdsgroep liggen het aantal abortussen en soa's hoger dan bij andere groepen (Van Bussel, 2006). Er wordt verwacht dat jongvolwassenen alles weten over seksualiteit, maar toch blijft het risicogedrag binnen deze groep hoog (Vandeveld, 2008 in Sensoa, 2008). Er is dus een grote behoefte aan gegevens over anticonceptiegebruik van jongvolwassenen zodat er gepaste campagnes kunnen opgesteld worden om het risicogedrag te verminderen. Daarom heb ik de opdracht gekregen van Sensoa om hier een onderzoek naar te doen.

Bovenstaande vaststellingen gaven aanzet tot dit onderzoek. Dit onderzoek gaat na wat de redenen zijn van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie en welke determinanten er invloed op uitoefenen.

Hoofdstuk 1: Literatuurstudie

1.1. Definitie jongvolwassenen

Een duidelijk onderscheid maken tussen late adolescentie en jongvolwassenheid is niet eenvoudig. De late adolescentie is een overgang naar de volwassenheid waardoor deze samensmelt met de begingrens van de jongvolwassenheid. De late adolescentie vindt plaats tussen 19 en 22 jaar, daar de groep van de jongvolwassenen gesitueerd wordt tussen de 18 en 30 jaar. Leeftijdsaanduidingen zijn slechts benaderingen want bepaalde aspecten in de ontwikkeling komen niet bij elk individu op het zelfde leeftijd voor. (De Wit, Slot & Van Aker, 2004; Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijenborg, 2004). Toch moet er een duidelijke afbakening gemaakt worden om de verschillende periodes van elkaar te onderscheiden.

Vanaf het 18^{de} levensjaar wordt de groep jongvolwassenen gekenmerkt door het aangaan van langdurende intieme relaties, waarin vooral het relationele aspect veel aandacht krijgt. Er bestaat hier een grote emotionele betrokkenheid tussen de partners. De leefstijl die hier in gang wordt gezet, zet zich voort in het 25^{ste} tot 30^{ste} levensjaar. De helft van deze jongeren heeft al ervaring met geslachtsgemeenschap en de laatste jaren wordt er een toename in het risicogedrag vastgesteld in de leeftijdsperiode van 18 tot 25 jaar zoals, wisselende partners, onveilig vrijgedrag wat leidt tot soa's, hiv, ongeplande zwangerschap en seksueel geweld. (Gijs et al., 2004).

In de periode van jongvolwassenheid gebeuren "de grote veranderingen". Jongeren worden geconfronteerd met verschillende belangrijke transities en levenskeuzes (Elchardus & Smits, 2005). Er wordt beslist welke opleiding men gaat volgen of op zijn minst welke job men wil uitoefenen (Bernstein, Clarke-Stewart, Penner, Roy, Wickens, 2000). Ze moeten beslissen over hun toekomstig levenspatroon en stijl. Deze periode wordt gekenmerkt door een overgang van afhankelijkheid naar onafhankelijkheid in sociaal, emotioneel en financieel opzicht. Vanaf nu moeten ze hun eigen verantwoordelijkheid opnemen. Jongeren bepalen nu zelf, in vergelijking met vroeger, wanneer en in welke volgorde zij de statuspassages naar de volwassenheid nemen. Het standaardlevenspatroon wordt vervangen door een keuzebiografie. (Elchardus & Smits, 2005)

Jongvolwassenen worden beïnvloed door een tal van factoren. De belangrijkste factoren zijn de normatieve invloeden, die gekoppeld zijn aan de historische context zoals epidemieën, sociale veranderingen en oorlogen. Deze hebben een invloed op de ontwikkeling van de jongvolwassene. In deze fase van het leven wordt de basis voor de volwassenheid gelegd en die wordt beïnvloed door de heersende sociale context. De niet-normatieve gebeurtenissen, veroorzaakt door biologische of omgevingsfactoren, krijgen meer invloed naarmate men ouder wordt. (De Wit et al., 2004).

1.2. Het seksueel leven van jongvolwassenen

1.2.1. De seksuele start

Jongeren zijn er tegenwoordig veel vroeger bij wat betreft seksuele contacten. Al voor de aanvang van de jongvolwassenheid heeft de helft van de jongeren al ervaring met geslachtsgemeenschap. De eerste geslachtsgemeenschap vond plaats op de leeftijd van 16,7 jaar, bevestigd bij respondenten jonger dan 25. De grote meerderheid van de jongeren heeft dan ook al kennis gemaakt met zoenen, strelen, naakt vrijen, enz. Voor de leeftijd van 25 wordt er geen meerderheid bereikt wat betreft ervaring met anale seks. In verband met seksuele ervaring is er geen significant verschil meer bij de 24 jarigen voor mannen en vrouwen voor alle vormen van seksueel gedrag. Toch is er in de leeftijdsgroep van 21 tot 25 een kleine groep (12%) die nog geen ervaring heeft met geslachtsgemeenschap. Ervaring met seksueel gedrag wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals ouders, vrienden en media maar ook eigen attitudes ten aanzien van seksualiteit. Uit onderzoek is gebleken dat mannen en vrouwen een zeer permissieve attitude hebben ten opzichte van seks. (de Graaf, Meijer, Poelman, Vanwesenbeeck, 2005).

De redenen om seks te hebben daarentegen is wel verschillend tussen de geslachten. Jongens rapporteren vooral opwindend, spannend en avontuur terwijl voor meisjes liefde, knuffelen en romantiek de redenen zijn. (de Graaf et al., 2005).

Elke jongere bouwt een seksuele carrière uit. Deze wordt niet enkel gevormd op het moment waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap heeft, maar is een opeenvolging van verschillende stappen die in een verschillend tempo en volgorde gezet kunnen worden. Op basis hiervan worden twee typen vastgesteld. De grootste groep van jongeren wordt gekenmerkt door een stapsgewijze opbouw. Deze jongeren beginnen eerst met zoenen en elkaar strelen vooraleer ze overgaan tot geslachtsgemeenschap. De andere groep jongeren beginnen redelijk vroeg met geslachtsgemeenschap zonder eerst te zoenen en te strelen. Lager opgeleiden en allochtonen behoren vaker tot deze tweede groep. Geslacht, etniciteit en opleidingsniveau hebben dus een invloed op de manier waarop de seksuele carrière verloopt. (de Graaf et al., 2005).

1.2.2. Seksuele relaties

Meer dan 90 % van de jongvolwassenen tussen 21 en 25 jaar heeft al verkeer gehad. Naarmate de leeftijd vordert, verandert de betekenis van het concept verkeer. Binnen deze leeftijdsgroep wordt het gedefinieerd als het hebben van een vaste relatie. Een relatief groot deel heeft met 4 of meer verschillende partners geslachtsgemeenschap gehad. Dit percentage ligt bij mannen hoger dan bij vrouwen.

Competentie in de interactie met de partner is belangrijk binnen een relatie. Kennis, vaardigheden en een goede attitude zijn nodig om seksueel contact prettig, veilig en gelijkwaardig te laten verlopen. Het grootste deel van de jongeren geeft aan te kunnen praten met hun partner over wensen en grenzen, anticonceptie, condoomgebruik en eerdere seksuele ervaringen. Er is hier nauwelijks een verschil tussen de seksen, zij het dat vrouwen iets vaker aangeven te kunnen praten over anticonceptie en zwangerschap. De interactiecompetentie neemt toe naarmate men ouder wordt en ook binnen een vaste relatie is deze hoger dan bij eenmalige contact. (de Graaf et

al., 2005). Onderzoek heeft aangetoond dat jongvolwassenen die minder goed sociaal geïntegreerd waren tijdens de adolescentie, zich onzeker gedragen in seksuele contacten, zich passiever opstellen en het gevoel hadden minder controle te hebben over deze contacten (Vanwesenbeeck, 1997 in de Graaf et al., 2005). Voor een goede interactiecompetentie in latere seksuele contacten is het opdoen van seksuele ervaring op het juiste moment en in het juiste tempo is belangrijk (Van Zessen, 1995 in de Graaf et al., 2005).

De kwaliteit van het huidige seksleven hangt samen met een aantal factoren, waaronder seksuele tevredenheid. Over het algemeen kan gesteld worden dat de meeste jongeren tevreden zijn met hun seksueel leven. Ontevredenheid komt vooral voor bij mannen en dit hangt in sterke mate samen met de frequentie van seks. Jongeren zijn ook meer ontevreden als ze hoogopgeleid zijn. Bij de leeftijdscategorie 21 tot 25 jarige ligt het tevredenheidspercentage hoger dan bij de jongere leeftijdsgroepen. De tweede factor die invloed heeft op de kwaliteit van het huidige seksleven zijn de verschillende problemen op het gebied van seks. Vrouwen ervaren problemen rond opwindings, verlangen en pijn bij het vrijen en bij mannen zijn er problemen omtrent te snel klaarkomen. De derde en laatste factor zijn de aan seks gerelateerde emoties. Over het algemeen hebben jongvolwassenen weinig schuld- en schaamtegevoelens als het gaat over seksualiteit. Tussen mannen en vrouwen stelt men hiervoor weinig verschil vast. Ook voor een positief lichaamsbeeld kan men weinig verschil optekenen. Het grootste verschil in geslacht is dat mannen meer belang hechten aan seks in een relatie dan vrouwen. (de Graaf et al., 2005).

1.2.3. Risico's en bescherming

Grote groepen jongeren gedragen zich op een verantwoordelijke om zwangerschap en soa's tegen te gaan door condoom- of pilgebruik. Bij de eerste keer wordt het condoom het meeste gebruikt maar ook "double Dutch methode (het gebruik van pil en condoom) wordt bijna in de helft van gevallen toegepast. Een klein percentage gebruikt bij de eerste keer niets om zwangerschap te voorkomen. 76% van de jongvolwassenen tussen 20 tot 25 jaar gebruiken altijd een anticonceptiemiddel om zwangerschap te voorkomen. (de Graaf et al., 2005). De populairste methoden bij jongvolwassenen zijn het condoom en de combinatiepil. Naarmate zij ouder worden, meer partners en langdurige relaties hebben wordt het condoom achterwege gelaten en gaat hun voorkeur uit naar de pil (Siegel et al., 1999).

Er zijn twee factoren die van belang voor de seksuele gezondheid van jongeren namelijk het opleidingsniveau en het gezinsklimaat. Opleidingsniveau is een zeer belangrijke variabele als het om seksueel gedrag gaat. Er werd vastgesteld dat jongeren met een lager opleidingsniveau meer seks hebben en meer risico's lopen. Dit kan dan verklaard worden door de jongere leeftijd waarop deze groep met seks begint en het relatief groter aantal relaties dat aangegaan werd. De kennis over anticonceptie, voortplanting en soa's is bij deze groep veel lager dan bij hoogopgeleiden. (de Graaf et al., 2005).

1.3. Onveilig vrijgedrag van jongvolwassenen

1.3.1. Definitie

Van seksueel risicogedrag is er sprake als men onbeschermd geslachtsgemeenschap heeft met seksueel ervaren personen of personen die intraveneus drugs gebruiken. Dit gedrag vergroot het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen.(Bakker,2007). Risicogedrag houdt ook in het niet-gebruiken van een voorbehoedmiddel om zwangerschap te voorkomen. (Kuyper, Bakker & Zimbele, 2006)

1.3.2. Feiten

Jonge mensen blijven onveilig vrijen ook al zijn ze zich bewust van het hoge risico op hiv-infecties. Recente statistieken tonen aan dan mensen onder de 25 jaar voornamelijk hiv krijgen via heteroseksueel contact. Hiv-infecties gaan in stijgende lijn binnen deze leeftijdsgroep, vooral bij vrouwen en minderheden. Verschillende cognitieve mechanisme spelen een rol in het gebruik van anticonceptie. Mensen laten zich leiden door ofwel objectieve of subjectieve informatie. Bij een algemeen risico vertrouwen personen op objectieve informatie, bij persoonlijk risico op andere bronnen van informatie, zoals situationele. Volgens onderzoek kunnen jonge mensen niet op een effectieve manier algemene kennis over hiv in hun leven integreren om zo infecties te vermijden. Jongvolwassenen voelen zich veilig ondanks het feit dat binnen hun leeftijdsgroep een hoog risico bestaat op hiv-infecties. (O'sullivan, Udell & Patel, 2006).

Onveilig vrijgedrag wordt ook in de hand gewerkt door relatiekenmerken. Een oudere partner heeft invloed op het gebruik van anticonceptie waardoor vrouwen zich minder capabel voelen om te onderhandelen over anticonceptiegebruik. De duur van de relatie wordt ook geassocieerd met anticonceptiegebruik. Hoe langer de relatie duurt, hoe effectiever het anticonceptiegebruik.

Familiefactoren en individuele factoren zijn een derde determinant die invloed uitoefenen op het seksueel gedrag van mensen. Een goede band hebben met je ouders en gemakkelijk kunnen speken over voorbehoedmiddelen verhoogt de kans op een correct anticonceptiegebruik. (Manlove & Humen, 2007).

Verschillende redenen om seks te hebben zijn geassocieerd met seksueel risicogedrag. Seks hebben voor het plezier is gelinkt aan gedrag dat een verhoging van soa's en ongeplande zwangerschap met zich meebrengt. Op jonge leeftijd je eerste geslachtsgemeenschap hebben, een hoge seksfrequentie en veel partners vergroten dit risico. Seks hebben voor intimiteit is geassocieerd met een hoge seksfrequentie en minder frequent en consistent condoomgebruik. Nochtans, personen die intimiteit aangeven als reden om seks te hebben, bespreken met hun partner welk anticonceptiemiddel ze gaan gebruiken bij hun eerste keer en benadrukken dat het nodig is om anticonceptie te gebruiken. Jongvolwassenen die een vaste relatie hebben, indiceren het hoogste niveau van intimiteit als reden om seks te hebben, wat op zijn beurt gerelateerd is aan meer geslachtsgemeenschap en minder condoomgebruik. Er zijn vier factoren die de verschillen bepalen waarom jongvolwassenen seksueel contact hebben. De eerste zijn de gender-stereotypen die bepalen dat mannen eerder seks kiezen voor het plezier en vrouwen voor de intimiteit. De tweede factor is leeftijd. Intimiteit wordt eerder door jongvolwassene aangegeven dan door adolescenten als redenen om seks te hebben. Ook relatiestatus verklaart verschillen om te seks te hebben. Een vaste relatie leidt tot meer intimiteit dan relaties met wisselende partners. De laatste factor is

emotie. Een negatief affect is geassocieerd met een verhoging van seksueel risicogedrag. Seks hebben om te kunnen omgaan met negatieve emoties leidt tot het hebben van meer sekspartners en seks hebben om de ander te plezieren. Dit wordt gelinkt aan minder effectieve vormen van anticonceptie en ongeplande zwangerschappen.

Gender, persoonlijke doelen en seksueel gedrag in het verleden werden onderzocht als voorspellers. Mannen geven eerder "op zichzelf gerichte" redenen om seks te hebben, vrouwen "partner gerichte redenen" om seks te hebben ethische redenen om geen seks te hebben (Patrick, maggs & Abar, 2007). Uit onderzoek van Patrick et al. (2007) toont aan dat verschillen in seksueel gedrag bij eerste jaar studenten te wijten zijn aan persoonlijke doelen en vroeger seksueel gedrag. In andere woorden, studenten die stabiele relatie hebben rapporteren partner focust redenen om seks te hebben. Dit reflecteert een verlangen naar intimiteit met dezelfde partner op lange termijn.

1.4. Gevolgen van onveilig vrijgedrag

1.4.1. Abortus

1.4.1.1. Definitie

Abortus of opzettelijke vruchtafdrijving is de term voor het voortijdig afbreken van een zwangerschap door (medisch) ingrijpen (Van Bussel, 2006).

1.4.1.2. Het voorkomen van zwangerschapsafbreking

In 2005 waren er in België bij 17867 vrouwen een abortus uitgevoerd. Er was een toename van het aantal abortussen in vergelijking met 2004, nl een stijging van 5.52%. Doorheen de jaren is er een geleidelijke toename merkbaar in zowel het aantal ingrepen als het abortuscijfer en de abortusratio. Het nationale abortuscijfer komt overeen met onze buurlanden Nederland en Duitsland en is op 2 na laagste. Ondanks het lage abortuscijfer zijn er toch regionale verschillen. Het abortuscijfer in het Brussels Hoofdstedelijk gewest ligt duidelijk hoger dan in het Vlaamse en Waalse gewest. (Van Bussel, 2006)

Opvallend is dat de abortuscijfers van landen waar abortus illegaal is veel hoger liggen dan in landen waar de ingreep legaal is. Een verklaring hiervoor is de beperkte toegang tot anticonceptie, geen seksuele voorlichting en preventie van ongeplande zwangerschap. Andere factoren die mogelijk ook een rol spelen zijn culturele en religieuze waarden en gelijkheid man-vrouw. (Van Bussel, 2006).

1.4.1.3. Psychosociale karakteristieken van de vrouw

De doorsnee vrouw die een zwangerschap laat afbreken is gemiddeld 27 jaar en ongehuwd. Bijna de helft van de vrouwen die een zwangerschap laten afbreken zijn kinderloos. Het percentage abortussen is het hoogst bij de leeftijdsgroep van 20 tot 29 jaar, en in het bijzonder vóór de leeftijd van 25 jaar. Vrouwen tussen de 20 en 24 hebben de voorkeur om binnen hun leeftijdscategorie kinderloos te blijven en stellen het krijgen van een eerste kind uit. Dit blijkt uit de noodsituaties die door vrouwen worden inroepen namelijk dat ze momenteel geen kinderwens hebben. Andere reden die het frequents worden ingeroepen als noodsituaties om een

zwangerschap te laten afbreken zijn persoonlijke redenen, familiale problemen en financiële redenen. (Van Bussel, 2006).

1.4.1.4. Gebruik voorbehoedmiddelen

Ruim 4 op 10 vrouwen die een zwangerschap laten afbreken gebruiken geen voorbehoedmiddel. De voorbehoedmiddelen die het vaakst geregistreerd werden zijn de pil, het condoom en periodieke onthouding. Sinds het begin van de registratie is er een duidelijk toename van vrouwen die geen voorbehoedmiddelen gebruiken. Het aandeel van de pil is afgenomen. (Van Bussel, 2006)

1.4.2. HIV

1.4.2.1. Definitie

Het Human Immunodeficiency Virus is een virus dat het menselijk immuunsysteem afbreekt en leidt tot vermindering van de weerstand waardoor infecties kunnen optreden. Na onbepaalde tijd kan er AIDS (acquired immuno-deficiency syndrome) ontstaan dat letterlijk betekent immuundeficiëntie syndroom. (Sensoa, 2008)

1.4.2.2. Cijfers en feiten

Tussen het begin van de epidemie en december 2007 werden er in het totaal 21138 personen aangegeven als zijnde geïnfecteerd door het HIV-virus. Tussen 1997 en 2000 was er een grote stijging van het aantal gediagnosticeerde HIV-infecties gevolgd door een minder grote stijging intussen 2000 en 2003 en een tendens naar stabilisatie tussen 2003 en 2007. In het tweede semester van 2007 zijn er 532 nieuwe HIV-infecties gediagnosticeerd in België. Op 31 december 2007 werden er 3769 personen gediagnosticeerd als AIDS-patiënten. Wat de verdeling betreft naargelang geslacht zijn er bij mannen zijn meer HIV-infecties aangetroffen dan bij vrouwen. De zwaarst getroffen leeftijdsklassen zijn bij de mannen de 30 tot 34 jarigen en bij de vrouwen de 25 tot 29 jarigen. Wat betreft geografische spreiding worden er in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest meer dan één derde van HIV-infecties vastgesteld. Zowel bij mannen als vrouwen is seksueel contact de grote oorzaak van overdracht van het HIV-virus. Bij Belgische mannen is in 68,3% van de gevallen seksueel contact met andere mannen verantwoordelijk voor de overdracht. 4,5% verklaart intraveneuze drugs te hebben gebruikt en overdracht via heteroseksuele weg zou verantwoordelijk zijn voor 25,1% van de HIV-infecties. Voor vrouwen met de Belgische nationaliteit wordt 79,5 % van de infecties veroorzaakt door heteroseksuele overdracht. (Sasse, Defraye, Buziarsisi, 2008).

1.4.3. Soa's

1.4.3.1. Definitie

Seksueel overdraagbare aandoeningen zijn infectieziekten die door intiem seksueel contact kunnen worden overgedragen via het slijmvlies van de vagina, penis, keelholte of rectum. Er zijn verschillende soorten soa zoals chlamydia, gonorrhoe, syfilis, genitale wratten, enz. (Rutger nisson groep, 2004)

1.4.3.2. Cijfers en feiten

Deze cijfers komen uit het peilnetwerk van artsen. Het betreft geen vaststaande registratie aangezien deze enkel gebaseerd zijn op patiënten die gediagnosticeerd zijn tijdens de consultatie. Volgens deze gegevens komen soa's het meest voor bij jongvolwassenen. Vooral bij de vrouwen zijn de jongere leeftijdscategorieën het meest vertegenwoordigd in vergelijking met de mannen. Chlamydia-infectie is de meest frequente gediagnosticeerde soa bij jonge vrouwen. Bij de man zijn dit syfilis en genitale wratten. Er moet bij vermeld worden dat de helft van de onderzochte patiënten homo of biseksueel geaard zijn. Men heeft vastgesteld dat deze relatief meer dragers heeft van geslachtsziekten. Bij heteroseksuele mannen komen genitale wratten het meest frequent voor gevolgd door chlamydia. (Defraye, Buziarsist, Sasse, 2007).

Er zijn bij benadering evenveel mannelijke als vrouwelijke patiënten, maar in de leeftijdscategorie van de jongeren (15-24jaar) zijn er 4 keer zoveel vrouwen als mannen vertegenwoordigd. Soa's worden het vaakst gediagnosticeerd bij personen tussen 20 tot 29 jaar oud.

Jongvolwassenen vertonen het meeste risicogedrag zoals vrijen zonder condoom en wisselde seksuele contacten waardoor ze een grotere kans hebben op het oplopen van een soa. (Defraye et al., 2007)

1.4.4. Seksueel grensoverschrijdend gedrag

1.4.4.1. Definitie

'Seksueel misbruik is elke situatie waarin iemand wordt gedwongen seksuele daden te ondergaan of uit te voeren. Het kan hierbij gaan van subtiele vernederingen (in de billen knijpen) tot ernstig lichamelijk geweld (verkrachting met geweld). Het gaat dus om elke vorm van seksueel of seksueel gericht gedrag, of het nu verbaal, non-verbaal, bewust of onbewust tot uiting komt, dat als negatief, ongewenst en opgedrongen wordt ervaren, onafhankelijk van de situatie, ongeacht de plaats of de tijd wanneer het zich afspeelt'. (Sensoa, 2008).

1.4.4.2. Incidentie van seksueel misbruik bij volwassenen

In 2002 maakten misdrijven tegen de lichamelijke integriteit 7,21% deel uit van de totale geregistreerde misdaad in België. Het betrof 70.208 geregistreerde misdrijven waarvan 3,47% verkrachtingen en 3,26% aanrandingen van de eerbaarheid.

Tussen de 10 en 15% van de volwassen mannen en vrouwen hebben ooit in hun volwassen leven te maken gehad met seksueel geweld. Het grootste deel bevat minder ernstige vormen van seksueel geweld. Vrouwen zijn vaker het slachtoffer binnen een partnerrelatie. De meerderheid van de daders zijn mannen. (Sensoa, 2005).

1.4.5. Ongeplande zwangerschap

Zwangerschappen kunnen gepland of ongepland zijn. Ongeplande zwangerschappen hoeven niet zozeer ongewenst te zijn. Ongewenste zwangerschappen zijn zwangerschappen waarnaar niet verlangd wordt, los van of bijkomend bij een context of tijdstip dat niet als ideaal voor een zwangerschap wordt ervaren. In België zijn er geen cijfers bekend van ongeplande zwangerschappen. Dit in tegenstelling tot Nederland, waarvoor wel cijfers bekend zijn. Volgens Vanwesenbeeck & Bakker (2007) was in 2007 ongeveer één zwangerschap op drie ongepland. De

meerderheid daarvan was evenwel gewenst. Een ongeplande zwangerschap is dus niet altijd ongewenst en een ongewenste niet altijd ongepland. (Vanwesenbeeck & Bakker, 2007).

Vrouwen kunnen ongepland zwanger raken door een aantal oorzaken, namelijk door geen anticonceptie te gebruiken of er kan sprake zijn van falend anticonceptiegebruik. De meest anticonceptiemethoden bieden ook geen 100% bescherming. (Beerthuizen, 2003). Kenmerkend voor vrouwen die ongewenst zwanger raken is het lage onderwijsniveau, moeilijkheden in het huwelijk of het feit dat ze huisvrouw zijn. Ongewenste zwangerschap wordt ook verbonden aan de gezinsgrootte. Vrouwen met een groot gezin voelen een volgende zwangerschap vaker als ongewenst aan. Dit fenomeen is duidelijk zichtbaar bij gezinnen van 4 kinderen of meer. (Visser, Geeraert, Lehert, 1991).

1.5. Anticonceptie

1.5.1. Definitie

Anticonceptie is de verzamelnaam voor alle middelen en methoden die tot doel hebben de bevruchting van de eicel door een zaadcel te voorkomen (Beerthuizen, 2003 in Sensoa, 2006). Anticonceptie is er op gericht om heteroseksuele activiteiten te kunnen beleven zonder angst voor ongeplande zwangerschap. (Van dale et al., 2004 in Sensoa, 2006)

1.5.2. Feiten en cijfers

In België gebruikt 75 % van de seksueel actieve vrouwen, tussen 15 en 49 jaar, of hun partner een anticonceptiemethode. Dit percentage neemt af met de leeftijd. Bij de vrouwen die een anticonceptiemiddel gebruikten was dat in 60% van de gevallen de pil, in 13 % het spiraaltje, in 8 % een barrièremiddel en in 12% sterilisatie. Het pilgebruik is het hoogst in de groep van de jongvolwassenen en in het bijzonder bij vrouwen van 20 tot 24 jaar (62%). Het spiraaltje wordt vaker gebruikt bij hoger opgeleide vrouwen. Condoomgebruik ligt hoger bij de jongere leeftijdsgroepen van 15 tot 24 jaar en 25 tot 34 jaar. (Bayingana et al., 2006).

1.5.3. Determinanten

Er zijn veel factoren die een invloed kunnen hebben op het gebruik van anticonceptie. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen persoonlijke, motivationele, interactionele en externe redenen. (Vermeire, 2006)

1.5.3.1. Persoonlijke determinanten

1.5.3.1.1. Individuele kennis en cognitie

De kennis omtrent voorlichtingsbronnen is een belangrijke factor in het gebruik van anticonceptie. Kennis kan via verschillende bronnen verworven worden. Voor jongeren tussen 14 en 24 jaar is de eigen leeftijdsgroep een belangrijke vorm van informatie over anticonceptie. Jonge vrouwen en lager opgeleiden gaan meer af op informele bronnen terwijl hoger opgeleiden en oudere vrouwen professionele bronnen aanspreken. (Visser, 1991). Hoger opgeleiden hebben een betere kennis dan hun lager opgeleide leeftijdsgenoten (de Graaf et al., 2005).

Traditionele anticonceptiemiddelen zijn over het algemeen goed gekend, maar het correct gebruik ervan laat soms te wensen over (Insites, 2004 in Sensoa, 2006) . Uit het onderzoek "seks onder je

25^{ste} is gebleken dat jongeren een slechte kennis hebben over anticonceptie en voortplanting. Meisjes zijn over het algemeen beter geïnformeerd dan jongens en hebben een betere kennis over voortplanting, soa, anticonceptie en maagdelijkheid. Ongeveer 1/3 van de jongeren weet niet dat je ook zwanger kan worden als de man niet klaarkomt tijdens de geslachtsgemeenschap. Bijna de helft van de jongens denkt dat je van het slikken van de pil onvruchtbaar kunt worden. Jongens denken ook nog altijd dat meisjes bloeden bij de eerste keer dat ze geslachtsgemeenschap hebben en dat wassen helpt tegen het oplopen van een soa. (de Graaf, Meijer, Poelman, Vanwesenbeeck, 2005).

Volgens Verhoogen (2007) bezitten jongvolwassenen in het universitair onderwijs over voldoende kennis met betrekking tot soa, hiv en zwangerschap. Vrouwelijke studenten scoorden op deze onderwerpen beter dan de mannen en studenten met coïtuservaring scoorden beter dan studenten zonder ervaring. Aangezien Vrouwen zwanger kunnen worden zoeken zij vaker informatie op over anticonceptie en krijgen zij ook meer informatie door derden. Voor het kennisitem 'als de vrouw de pil neemt, is de kans op ongeplande zwangerschap zo goed als onbestaand' scoren mannen slechter dan vrouwen. Er zijn ook verschillen terug te vinden voor dit item bij ervaring met geslachtsgemeenschap. Studenten die nog geen geslachtsgemeenschap gehad hebben scoren veel slechter dan studenten met ervaring alsook voor het item 'de kans dat een vrouw zwanger wordt, wanneer de man zijn penis terugtrekt voordat hij klaarkomt is onbestaand'. (Verhoogen, 2007).

1.5.3.1.2. Attitude ten opzichte van anticonceptie

De invloed op de keuze van het gebruik van een anticonceptiemethode hangt af van de interactie tussen het objectieve risico en de subjectieve perceptie ervan (Visser, 1991; Hoefnagels, Hospers, Hosman, Schouten, Schaalma, 2006). Het niveau van het risico en het serieus nemen van de gevolgen bepalen mee het al dan niet gebruiken van anticonceptie (Hoefnagels et al., 2006). Anderzijds kan ook de ervaring met bepaalde anticonceptiemiddelen de houding veranderen. (Visser, 1991).

Mensen hun intenties worden bepaald door attitudes die ze erop nahouden over bepaald gedrag. Een positieve attitude is een belangrijke voorwaarde voor correct gebruik van anticonceptiemethoden. (Kirby, 2001, Rademakers, 1995, Brückner, 2004 in Sensoa, 2006).

Eén van de redenen waarom jonge mensen falen om hun intenties uit te voeren en condooms te gebruiken is hun gebrek aan planning. Het gebruiken van een condoom is een complex gedrag. Het moet herhaald worden in tijd om effectief te zijn en het vraagt ook verschillende voorbereidende acties, zoals het aankopen, discussiëren en het correct gebruiken. Plezier is negatief gerelateerd aan condoomgebruik. (Gebhardt, Kuyper, Dusseldorp, 2006). Seks is iets wat spontaan moet gebeuren en beslissingen over anticonceptie brengen ongewilde elementen van verantwoordelijkheid en planning naar boven (Nettleman et al., 2007).

Volgens het ASE-model is de belangrijkste determinant van condoomgebruik, condoomintentie. Condoomintentie wordt op zijn beurt beïnvloed door sociale normen, eigen-effectiviteit en attitudes. Een verminderde condoomintentie en condoomgebruik hangen samen met een negatieve attitude over condooms (de Graaf et al., 2005).

Jongvolwassenen hebben een goede attitude (82,2%) over seksueel gezond gedrag. Voor geslacht zijn er grote verschillen voor de items 'Ik zou nooit met iemand vrijen wanneer die persoon een condoom weigert', 'onveilig vrijen kan geen kwaad, want er bestaat nog altijd de noodpil', 'als mijn

partner niet het voorbehoedmiddel wil gebruiken dat ik wens, zal ik seks weigeren' en 'als ik iemand heel aantrekkelijk vind en die persoon weigert een condoom te gebruiken, dan zal ik toch met hem of haar geslachtsgemeenschap hebben'. De mannelijke populatie scoort hier slechter op dan de vrouwen. (Verhoogen, 2007).

1.5.3.1.3. Interactiecompetentie

Interactiecompetentie is een complex begrip. Het omvat rekening houden met gevoelens en wensen van anderen, het kennen van eigen gevoelens en wensen en het kunnen communiceren en realiseren ervan. Binnen een vaste relatie is de competentie hoger dan bij losse contacten. Het is moeilijker om duidelijk te maken wat je al dan niet wilt in een losse relatie. Jongeren die minder competent zijn, worden makkelijker overtuigd tot het aangaan van seksueel losse contacten. (de Graaf et al., 2005). De meeste jongeren kunnen goed communiceren met hun partner over hun wensen en grenzen op seksueel vlak, anticonceptie, condoomgebruik en eerdere seksuele ervaringen. Vrouwen geven aan beter te kunnen praten met hun partner over voorbehoedmiddelen en zwangerschap. Op het vlak van assertiviteit, controle en zelfvertrouwen scoren jongeren goed. Een meerderheid voelt zich op het gemak bij het vrijen en laat weten wat hij of zij lekker vindt en vraagt het ook aan de ander. Een minderheid geeft aan dingen te doen die hij of zij of de ander niet wil, weinig invloed te hebben op wat er gebeurt of zich onzeker voelen over uiterlijk. Mannen zijn vaak assertiever en durven eerder dan vrouwen aangeven wat ze willen en niet willen doen op seksueel vlak. Volgens Verhoogen (2007) hebben de meeste jongvolwassenen (54,9%) een goede seksuele assertiviteit. Ze hebben geen schrik om hun partner op de hoogte te brengen van hun verlangens. Uit dit onderzoek bij jongvolwassenen is gebleken dat vrouwen assertiever zijn dan mannen. Ze durven hun partner reeds aanspreken over onderwerpen op seksueel vlak. (Verhoogen, 2007).

Partners willen niet altijd een condoom gebruiken omdat het hun doet denken aan de aanwezigheid van een soa of omdat ze het als oncomfortabel ervaren tijdens het vrijen. Vrouwen durven niet altijd aan een man vragen of ze een condoom willen gebruiken omdat het impliceert dat ze een ziekte zouden hebben. De omgekeerde stelling gaat ook op, mannen die zelf voorstellen om een condoom te gebruiken, wordt ook verdacht gevonden. Vrouwen denken dat condoomgebruik een negatief effect heeft op hun relatie en dat de man haar afwijst en kwaad wordt als ze voorstelt om een condoom te gebruiken. Als in een vaste relatie al een tijd geen condoom meer wordt gebruikt dan zal het terug invoeren ervan argwaan opwekken bij de andere partner en de gaat deze de link leggen met ontrouw. (Nettleman et al., 2007).

1.5.3.2. Motivationale determinanten

1.5.3.2.1. Inschatting van de ernst van het probleem

Een ongeplande zwangerschap wordt niet altijd als ernstig ervaren met als gevolg dat het gebruik van een anticonceptiemethode zal dalen. Slechts 1 op de 10 mensen maken zich zorgen over een ongeplande zwangerschap. (Durex, 2004 in Sensoa, 2006).

1.5.3.2.2. Risico-inschatting op zwangerschap & soa of hiv

Uit onderzoek blijkt dat vier op 10 studenten het risico op soa of hiv als klein inschat en maar drie op 10 dit als groot inschat. Het risico op een ongeplande zwangerschap wordt door zes op tien studenten groot ingeschat en slecht door 2 op 10 klein. Vrouwen schatten de risico's groter in dan mannen. Tussen studenten die al ervaring hebben met geslachtsgemeenschap en geen ervaring worden er geen verschillen gevonden. Het inschattingsvermogen van jongvolwassenen voor de risico's ligt lager dan hun werkelijke kans op het krijgen van hiv of soa. Jongvolwassenen moeten zich bewust worden van hun eigen potentieel risico, dat verschillend kan zijn naarmate de aard van de seksuele relatie. (Verhoogen, 2007)

Als er geen risico bestaat op een zwangerschap dan is men meer geneigd om geen condoom te gebruiken.

1.5.3.2.3. Tevredenheid anticonceptie

De kans op het niet-gebruiken van een anticonceptiemiddel is groter naarmate men minder tevreden is over de methode (sensoa, 2006). Actuele neveneffecten en angst voor neveneffecten zijn gerelateerd aan anticonceptiegebruik en blijken een reden voor onbeschermd seksueel gedrag. Gewichtstoename, bloedingen, haarverlies komen herhaald naar voren geschoven als redenen om geen hormonale anticonceptie te gebruiken. Men is bezorgd dat door het gebruik van hormonale anticonceptie onvruchtbaarheid optreedt of in ergere mate dat men een beroerte krijgt of sterft. (Nettleman, Brewer, Ayoola, 2007). Andere redenen om te stoppen met 'pil' zijn dat vrouwen hem toch vaak vergeten, het slikken hun tegen steekt en ze de pil te duur vinden (de Graaf, 2005). Sommige vrouwen walgen van de gedachte dat ze een diafragma, kapje of zaaddodendmiddel in de vagina moeten inbrengen. Sommige andere methoden worden als vies en kleverig ervaren. Spuiten worden beschouwd als pijnlijk en condoomgebruik veroorzaakt discomfort en verminderen het plezier. Sommige vrouwen ervaren huidaanandoeningen op de plaats waar er pleister aangebracht werd. Technische problemen die kunnen voorkomen zijn het scheuren of afglijden van de condoom en het afvallen van een patch.

Een aantal vrouwen heeft weinig vertrouwen in de effectiviteit van anticonceptie. Dit is in hoge mate vast te stellen bij vrouwen die zwanger zijn geraakt, ondanks het gebruik van een anticonceptiemethode. (Nettleman et. al., 2007).

Koppels prefereren over te schakelen naar andere anticonceptiemiddelen dan het condoom omdat condooms enerzijds als onplezierig worden ervaren in vergelijking met andere anticonceptiemiddelen en anderzijds onderbreken ze de gemoedstoestand tijdens het vrijen. (Conley & Rabinowitz, 2004).

Relaties kunnen geschaad worden door de contraceptieve keuzes, toch is het belangrijk niet alleen te kijken naar de pragmatische betekenis van anticonceptie maar ook naar de symbolische betekenis. Mensen associëren condooms met ziektes omdat ze vooral gebruikt worden om zich te beschermen tegen soa's. (Conley & Rabinowitz, 2004).

De voordelen van condoomgebruik moeten meer doorwegen dan de nadelen om ervoor te zorgen dat partners op regelmatige basis een condoom blijven gebruiken (Hoefnagels et al.,2006).

1.5.3.2.4. Mate van vertrouwdheid met anticonceptie

Vrouwen die vaak van anticonceptiemiddel veranderen, moeten zich ieder keer opnieuw aanpassen aan de nieuwe methode met als gevolg dat ze een grotere kans hebben op het incorrect gebruiken ervan (Goulard, 2006 in Sensoa, 2006).

1.5.3.3. Interactionele determinanten

1.5.3.3.1. Aard van de relatie

De aard van de relatie is een belangrijke voorspeller voor het juist gebruiken van een anticonceptiemethode.

Communicatie over seksuele onderwerpen binnen een vaste relatie hebben andere betekenissen en gevolgen dan communicatie met een nieuwe partner. Verschillende studies hebben gevonden dat vrouwen minder geneigd zijn condooms te gebruiken binnen een lange en stabiele relatie. Ofwel gaat een vaste relatie samen met een betere communicatie en vertrouwen of minder communicatie uit angst. Vrouwen die seksuele contacten hebben met verschillende partners zijn minder assertief dan andere vrouwen. (Quina, Harlow, Morokoff Burkholder & Deiter, 2000).

1.5.3.3.2. Communicatie tussen partners

Communicatie is een goede voorspeller voor condoomgebruik in heteroseksuele relaties (Quina & et al., 2000).

Seksuele interactievaardigheden en aspecten van socio-seksuele competentie zijn belangrijk om een veilige niet-agressieve seksuele relatie aan te gaan. Voornamelijk communicatieve vaardigheden, assertiviteit en het opkomen voor eigen rechten hebben een invloed op het effectief gebruiken van anticonceptie. De mogelijkheid om duidelijk te communiceren en om intenties te vertalen naar een bruikbare strategie worden vaak vermeld in de context van preventief gedrag. Verkeerde communicatie en incorrecte percepties van seksuele intenties zijn factoren die leiden tot seksuele agressie alsook een verminderde aandacht voor anderen en een gebrek aan empathie. (Vanwesenbeeck, Bekker, van Lenning, 1998).

Sommige vrouwen zijn relatief machteloos als het gaat om expliciete en impliciete onderhandelingen over seksualiteit in het algemeen en specifiek over condoomgebruik. De socio-economische positie en het rollenpatroon van sommige vrouwen is hierbij een primaire factor. Andere factoren verbonden met seksueel interactiegedrag zijn emoties en attitudes. Emoties zoals seksuele schuld zijn verbonden met interactionele incompetentie in het bijzonder voor anticonceptie zoals condoomgebruik, zowel bij mannen als vrouwen. Mannen hebben meer conservatieve attitudes naar gender toe dan vrouwen. (Vanwesenbeeck, Bekker, van Lenning, 1998).

1.5.3.4. Externe determinanten

1.5.3.4.1. Toegang tot anticonceptie

Sommige groepen hebben beperkte toegang tot anticonceptiemethoden gezien ze niet de financiële middelen hebben om deze te betalen. Mensen hebben ook niet altijd de tijd om een voorschrift te gaan halen bij de dokter of ze hebben angst om het te vragen. (Frost, Singh & Finer, 2007).

Daarom is het belangrijk dat men over positieve attitudes en goede communicatieve vaardigheden beschikt om er voor te zorgen dat men aan de juiste middelen geraakt (Durex, 2004 in Sensoa, 2006).

1.5.3.4.2. Toegang tot gezondheidsdiensten

Er mogen geen logistieke, financiële of psychologische drempels zijn om de stap te zetten naar gezondheidsdiensten.

1.5.3.4.3. Kwaliteitsvolle counseling

Onderzoek toont aan dat het percentage incorrect gebruik van een anticonceptiemiddel afneemt naarmate de arts meer tijd besteed aan de patiënt en genoeg informatie geeft over de verschillende anticonceptiemethoden (Bajos et al., 2003 in Sensoa, 2006).

1.5.3.4.4. Socio-demografische karakteristieken

Seksueel risicogedrag is geassocieerd met culturele achtergrond en machtsverhouding.. Onderzoek heeft aangetoond dat Afrikaans-Amerikaanse vrouwen, vrouwen met een lager opleiding en vrouwen die op seksueel vlak minder assertief zijn een verhoogd risico lopen op soa's en HIV-infecties. (Hoefnagels et al., 2006).

Religie heeft een invloed op de keuze van commerciële contraceptieve methoden. Educatie, burgerlijke stand, ras en inkomen zijn geassocieerd met het niet-gebruiken van anticonceptie. Jongeren die opgevoed zijn met een religie zijn minder geneigd om anticonceptie gebruiken. Voor vrouwen met een lager inkomen, wegen dure methodes door in hun beslissing dan bij vrouwen die het breder hebben. (Kramer, Hogue & Gaydos, 2007). Culturele openheid t.o.v. seksualiteit is één van de sterkste determinanten voor het gebruik van anticonceptie. (Visser, 1991).

1.5.3.5. Niet-demografische factoren die samenhangen met anticonceptie

Het klimaat in het gezin heeft een effect op het al dan niet gebruiken van anticonceptie. Een warm klimaat heeft een goede invloed op het gebruiken van anticonceptie. Jongeren kunnen zich minder goed beschermen tegen seksuele risico's als ze opgroeien in een gezin waarin de ouders niet betrokken zijn. (Vanwesenbeeck, 1997 in de Graaf, 2005). In verschillende studies is gevonden dat een hoger anticonceptiegebruik samenhangt met een positief seksueel zelfbeeld, vooral bij meisjes. Meisjes kiezen ook voor betere anticonceptiemiddelen als ze hun eigen seksualiteit aanvaarden.

1.5.3.6. Determinanten gebruik noodanticonceptie

1.5.3.6.1. Definitie

Noodanticonceptie is de verzamelnaam voor middelen die tot doel hebben een zwangerschap te voorkomen na onbeschermd vrijpartij of het falen van een anticonceptiemiddel. Noodanticonceptie is niet hetzelfde als abortus. (Sensoa, 2006)

Sinds juni 2001 is de noodpil zonder voorschrift te verkrijgen bij de apotheker. Vrouwen kunnen dus sneller en zonder veel problemen de morning-afterpil kopen. De noodpil werkt het meest

effectief als het onmiddellijk wordt ingenomen na onveilig seksueel contact. Zo is de kans groter dat een zwangerschap wordt voorkomen. (Rutgers Nisso groep, 2006).

De verkoop van noodpil is explosief gestegen sinds de vrije bij apothekers. Er kunnen Per 1000 verkochte morning-afterpillen 35 abortussen voorkomen worden. Abortuscentra merken geen verschil, want het aantal abortussen daalt niet. Gelukkig gaat het succes van de noodpil niet ten koste van de anticonceptiepil en ander voorbehoedmiddelen. (Weiss, 2004). De noodpil wordt dus niet als alternatief gebruikt voor bestaande anticonceptiemiddelen (Veny, 2006).

1.5.3.6.2. Kenmerken van gebruiksters

Uit het onderzoek "seks onder je 25^{ste}" blijkt dat 5% van de meisjes tussen 12 en 25 jaar de morning-afterpil al eens heeft gebruikt. Vrouwen tussen 21 en 30 jaar behoren tot de grootste groep kopers van de morning-afterpil namelijk 63%. Er is vastgesteld dat lageropgeleide vrouwen vaker de morning-afterpil kopen.

Volgens het onderzoek van Veny (2006) zijn gebruiksters van de noodpil niet zozeer jong, impulsief, chaotisch of losbandig. Ook vrouwen met een vaste relatie en een verantwoord anticonceptiegebruik maken gebruik van de noodpil om het risico op een zwangerschap te voorkomen. Volgens Veny (2006) kunnen gebruiksters van de noodpil in 4 groepen worden ingedeeld. De eerste groep zijn vrouwen die de noodpil gebruiken als overgang van falende anticonceptie naar een betere pil. Een tweede groep gebruikt de noodpil omdat ze door medische redenen haar falend anticonceptiegebruik niet kan aanpassen. Bij een derde groep wordt de noodpil wel gezien als een normaal anticonceptiemiddel en bij de vierde en laatste groep zitten de vrouwen die het seksueel contact niet planden en daardoor geen anticonceptie gebruikten. In tegenstelling wat de samenleving beweert, hangt noodpilgebruik niet samen met onverantwoord seksueel gedrag.

1.6. Besluit

Uit bovenstaande literatuurstudie kan opgemerkt worden dat jongvolwassenen zich blootstellen aan verschillende risico's. Een frequent verschijnsel binnen deze groep is kort op elkaar volgen van verschillende kort- of langdurende relaties. Dit houdt risico's in op het vlak van seksueel overdraagbare aandoeningen, grensoverschrijdend gedrag en ongeplande zwangerschap. Binnen de groep van de jongvolwassenen komen er meer abortussen, soa's en hiv-infecties voor in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. De belangrijkste determinanten die naar voor komen in de literatuurstudie zijn kennis, interactiecompetentie, attitude, risicoinschatting, tevredenheid over anticonceptie en aard van je relatie.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethodologie

2.1. Algemeen onderzoekopzet

2.1.1. Probleemstelling

Uit de literatuurstudie is gebleken dat er de laatste jaren een toename is vastgesteld in de incidenties van seksuele gezondheidsproblematieken van jongvolwassenen, vooral in de leeftijdscategorie van 18 tot 25 jaar. Jongvolwassenen hebben langdurende relaties maar wel met (na elkaar) wisselende partners, vrijen niet consequent veilig en dit leidt bijgevolg tot een grotere kans op soa, hiv, ongeplande zwangerschap (Gijs et al., 2004).

Onderzoek naar het niet-gebruiken of foutief gebruiken van anticonceptie bij deze groep is zo goed als onbestaand op Vlaams niveau. De laatste jaren is er beperkt onderzoek gebeurd naar het seksueel gezondheidsgedrag van jongvolwassenen. Hieruit is gebleken dat jongvolwassenen een goede seksuele mentaliteit hebben (Verhoogen, 2007). Toch ligt het risicogedrag binnen deze groep hoger dan bij andere leeftijdsgroepen. Er is dus een grote behoefte aan gegevens over het anticonceptiegebruik van jongvolwassenen.

2.1.2. Onderzoeksdoelstelling

Het doel van het onderzoek is het inzicht krijgen in de redenen van het niet-gebruiken of foutief gebruiken van anticonceptie bij jongvolwassenen van 20 tot 25 jaar. Gegevens die uit dit onderzoek voortkomen, kunnen aan de basis liggen van nieuwe voorlichtingsprogramma's, campagnes en andere initiatieven en maatregelen.

2.1.3. Onderzoeksvraag

Met dit onderzoek willen we de redenen van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie beschrijven en verklaren. Volgende onderzoeksvragen worden gesteld:

- Wat zijn de redenen van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie bij jongvolwassenen van 20 tot 25 jaar?
- Welke determinanten hangen samen met het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie bij jongvolwassenen van 20 tot 25 jaar?

2.2. Onderzoeksmethodologie

2.2.1. Onderzoeksinstrument

Het onderzoek wordt verricht aan de hand van een kwantitatieve methode, namelijk een eigen samengestelde vragenlijst met de focus op het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie. (Cfr. Bijlage 1). De vragenlijst werd opgemaakt in verschillende onderdelen.

Het eerste onderdeel zijn de demografische gegevens. Dit onderdeel heeft tot doel een algemene indruk te bekomen van de populatie. Het 2^{de} deel bevraagt de respondenten over hun relaties, seksuele ervaring en het gebruik van voorbehoedmiddelen. Het 3^{de} deel bevat vragen over het interactiegedrag met de partner. Het 4^{de} deel gaat redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie en de gevolgen na. Deel 5,6 en 7 bevatten vragen over de houding ten opzichte van anticonceptie, de inschatting van het eigen risicogedrag en kennis over anticonceptie. De delen 2

tot en met 7 hebben betrekking op de 2 onderzoeksvragen (Zie tabel 2.1). We baseerden ons op de literatuurstudie voor de definiëring van deze onderdelen. Een overzicht van de bronnen van elk onderdeel en subonderdeel worden weergegeven in bijlage 2.

Tabel 2.1: Verschillende onderdelen

Verschillende onderdelen	
Deel 1: Demografische gegevens	Geboortejaar Geslacht Nationaliteit Woonsituatie Levensbeschouwelijke opvatting Diploma Burgerlijke staat ouders Gezinssituatie
Deel 2: Gegevens over relaties, seksuele ervaring en gebruik van voorbehoedmiddelen	Algemene informatie over relaties Identiteit Leeftijd eerste seksuele ervaring Frequenties van seksuele ervaringen Voorbehoedmiddelen
Deel 3: Interactiegedrag met partner	Interactiecompetentie
Deel 4: Redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie en de gevolgen	Gevolgen seksuele ongezonde gedragingen Mislopen anticonceptie Redenen niet-gebruiken van anticonceptie
Deel 5: Houding t.o.v. anticonceptie	Attitude t.o.v. anticonceptie
Deel 6 : Inschatting eigen risicogedrag	Risicoinschatting
Deel 7 : Kennis over anticonceptie	Kennis

De vragenlijst werd met behulp van het programma Osucre en Nvu aangemaakt en op een website (<http://pehelp.vub.ac.be/anticonceptie>) van de VUB geplaatst. Deze werd verspreid via e-mail aan alle studenten van de VUB. De gegevens werden omgezet in een Excel-database en verwerkt aan de hand van SPSS.

2.2.2. Onderzoeksprocedure

2.2.2.1. Verzamelen van een onderzoekspopulatie

De doelpopulatie van het onderzoek zal bestaan uit studenten van 20 tot 25 jaar aangezien deze groep het meeste incidenties vertoont op het vlak van seksuele gezondheidsproblematiek, zoals een hoger abortuscijfer en meer hiv-infecties. Om praktische redenen besloten we te rekruteren op

de Vrije Universiteit Brussel. We veronderstellen dat er geen verschillen in seksueel gedrag zijn op andere universiteiten. De studenten werden per mail aangeschreven met het verzoek of zij deze vragenlijst wilden invullen. Er werd in de mail een link toegevoegd om naar de vragenlijst over te gaan en deze werd eerst ingeleid met een voorwoord. In deze inleiding werd het doel van het onderzoek vermeld, de leeftijd van de respondenten die gezocht werden en het respecteren van de anonimiteit (Cfr. Bijlage 1). Het invullen van de vragenlijst duurde gemiddeld 10 minuten. In totaal werden 1166 vragenlijsten ingevuld waarvan er 806 weerhouden werden. De overige 360 vragenlijsten werden niet in het onderzoek opgenomen omdat ze niet voldeden aan de leeftijdsvoorwaarden of niet volledig of correct waren ingevuld.

2.2.2.2. Verwerken van gegevens

De gegevens konden geconsulteerd worden via een Excel-databestand. De data werden van daaruit omgezet in een SPSS-databestand. Dan werd overgegaan tot het verbeteren van het data-bestand. Er werden frequentietabellen opgesteld van de variabelen en nagekeken op fouten. Aangezien het de bedoeling is de redenen van het niet-gebruiken bij jongvolwassenen van 20 tot 25 jaar na te gaan, werd er eerst op leeftijd gecontroleerd. Personen onder 20 jaar en boven 25 jaar werden verwijderd. Daarna werd gekeken of de respondenten alles hadden ingevuld. Respondenten die halverwege gestopt waren met het invullen van de vragenlijst of niet correct hadden ingevuld, werden gesublimeerd. In het totaal werden 360 respondenten geschrapt omdat ze niet voldeden aan de voorwaarden. Vervolgens werden de negaties in de items gecorrigeerd.

Eerst wordt de interne consistentie van elke determinant nagegaan aan de hand van de Cronbach's alpha. De Cronbach's alpha van elke determinant moet boven 0.6 zijn om van validiteit te kunnen spreken (Pallant, 2006). Daarna wordt de normaliteit van de determinanten nagegaan om uit te maken welke testen mogen uitgevoerd worden. (Cfr. Bijlage 3). Een beschrijvend statistisch onderzoek werd uitgevoerd om een beeld te krijgen van de populatie.

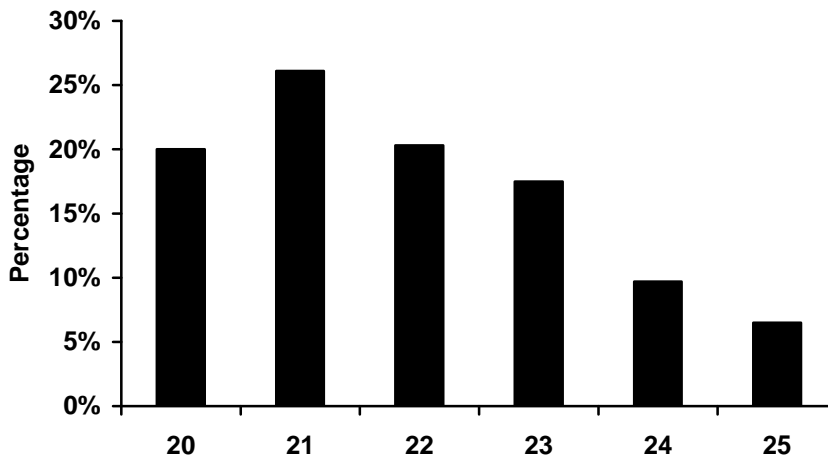
Er werd per variabele aan de hand van logistische regressieanalyse nagegaan of er een significant verschil bestaat tussen de 2 groepen foutief of niet-gebruiken van anticonceptie en correct gebruik van anticonceptie. De variabelen die niet significant bleken, werden gesublimeerd. De overgebleven variabelen werden in het volledige model geplaatst. Vervolgens werd de multicollineariteit onderzocht via de lineaire regressie. Er is sprake van multicollineariteit als de verklarende variabelen onderling sterk correleren (Pallant, 2006). Er bestaan een aantal regels om de samenhang tussen de variabelen na te gaan. De toleranties moeten groter zijn dan 0.10, VIF's mogen niet groter zijn dan 10 en het conditiegetal mag niet groter zijn dan 30. Als er aan deze 3 regels wordt voldaan, is er geen sprake van multicollineariteit.

Een logistische regressieanalyse werd uitgevoerd om na te gaan welke determinanten gerelateerd zijn aan het niet gebruiken en foutief gebruiken van anticonceptie. Eerst werd de ENTER-methode gebruikt. Hierbij worden alle variabelen toegevoegd. Als controle werd er de STEPWISE-methode uitgevoerd, met gebruik van de WALD Forward techniek. Het is een techniek die stap voor stap een variabele in de vergelijking toevoegt en bij elke stap opnieuw nagaat welke variabele de meest

significante bijdrage levert. Wanneer er geen volgende significante variabele is, stopt de techniek. Beide analyses bleken dezelfde variabelen toe te voegen.

2.2.3. Onderzoekspopulatie

Van de 1166 werden er 806 variabelen weerhouden waarvan 569 vrouwen (71,8%) en 227 mannen (28,2%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 21,90 jaar met een minimumleeftijd van 20 jaar en een maximumleeftijd van 25 jaar. Figuur 2.1 geeft dit weer in een grafiek.



Figuur 2.1: Leeftijd van de respondenten (N= 806)

783 studenten (97,1%) hebben de Belgische nationaliteit, 21 studenten (2,6%) hebben de nationaliteit van een land binnen de EU en 2 studenten (0,2%) hebben de nationaliteit van een land buiten de EU.

Alle respondenten studeren aan de Vrije Universiteit Brussel. De ouderlijke woonplaatsen zijn verdeeld over Vlaanderen en er zijn 4 studenten wonende in Wallonië. Binnen deze onderzoekspopulatie komen de meeste studenten uit Vlaams-Brabant (44,2%), vervolgens uit Brussel (19,7%), Antwerpen (13,2%), Oost-Vlaanderen (9,7%), Limburg (7,9%) en West-Vlaanderen (4,8%).

Hoofdstuk 3: Resultaten

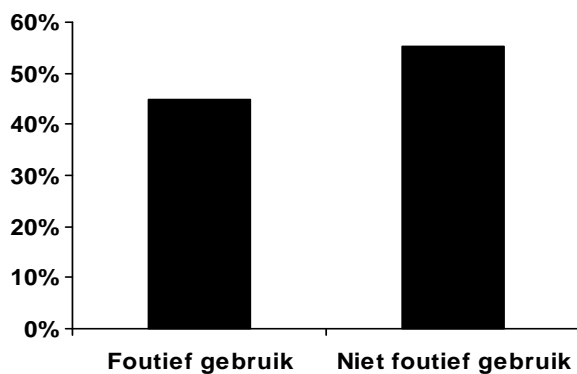
De validiteitscontrole en de toets op de verdeling van de determinanten zijn opgenomen in bijlage 3. De verschillen tussen geslacht en seksuele ervaring voor bepaalde determinanten zijn terug te vinden in bijlage 5.

In dit hoofdstuk worden het mislopen van het anticonceptiegebruik en de redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie verkend. Vervolgens gaan we via regressieanalyse na welke determinanten gerelateerd zijn aan het al dan niet gebruiken van anticonceptie.

In bijlage zijn per determinant en per groep de percentages van de items toegevoegd (Cfr. Bijlage 4).

3.1. Anticonceptiegebruik

731 respondenten (90,7 %) van de studerende populatie hebben al ervaring met geslachtsgemeenschap, 75 studenten (9,3%) niet. Bij 326 (44,7%) van de populatie die geslachtsgemeenschap heeft gehad is er al eens iets misgelopen met hun anticonceptiegebruik.



Figuur 3.1: Percentage foutief en niet foutief gebruik van anticonceptie van de respondenten (N=731)

290 respondenten (34,2%) of hun partner hebben eens de noodpil gebruikt, en 43 (5,9%) respondenten of hun partner zijn ongepland zwanger geweest. 29,7 % van de seksueel actieve populatie heeft zich laten testen op SOA & HIV.

3.1.1. Redenen voor het falen van anticonceptiegebruik

Het vergeten van de pil is bij 62,2% van de respondenten aangegeven als grootste reden voor het falen van anticonceptie. Daarna volgt scheuren van condoom (44,2%), afglijden van condoom (21,5%),... . Onderstaande tabel geeft de redenen van falen.

Tabel 3.1: Redenen voor het falen van anticonceptiegebruik

Redenen	N	%
De pil vergeten	205	62,2%
Condoom was gescheurd	144	44,2%
Condoom was afgegleden	70	21,5%
Je had last van braken of diarree	64	19,6%
Te laat gestart met een nieuwe pilstrip, pleister of ring	52	16%
Moment van de passie	51	15,6%
Geen condoom beschikbaar	43	13,2%
Antibiotica genomen waardoor de pil minder betrouwbaar is	31	9,5%
Ik was te dronken om eraan te denken	18	5,5%
Ring te lang laten zitten	10	3,1%
Ring te vroeg uitgehaald	4	1,2%
Ik ben niet bezorgd om zwanger te geraken	4	1,2%
Ring verloren	1	0,3%
Condoom spande teveel	1	0,3%
Geen	1	0,3%

3.1.2. Redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie

Voor 430 (53,3%) studenten is er geen reden waarom ze geen anticonceptie zouden gebruiken. 376 studenten (46,7 %) ziet wel een reden. Eén van de grootste redenen om geen anticonceptie te gebruiken, is dat er teveel neveneffecten verbonden zijn aan anticonceptie. Nog belangrijke redenen zijn beschaamd zijn om het te vragen, geen toegang tot anticonceptie omdat het te duur is, teveel gezondheidsrisico's aan verbonden en geen tijd om een voorschrift te halen. Onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel 3.2: Percentages van de redenen van het niet gebruiken van anticonceptie

Redenen	N	%
Geen	430	53,3%
Er zijn teveel neveneffecten bij het gebruik van anticonceptiemiddelen	115	14,3%
Beschaamd zijn om het te vragen	92	11,4%
Geen toegang tot anticonceptie omdat het te duur is	87	10,8%
Er zijn teveel gezondheidsrisico's verbonden aan het gebruik van anticonceptiemiddelen	86	10,7%
Geen tijd om een voorschrift te halen	75	9,3%
Ik weet het niet	36	4,5%
Arts geeft niet genoeg informatie over de verschillende methoden	31	3,8%
Ik vind geen geschikt middel	31	3,8%
Condoom is niet aangenaam	16	2%
Religie laat het niet toe	14	1,7%

Geen anticonceptie beschikbaar op het moment	12	1,5%
Moment van de passie	8	1%
Cultuur laat het niet toe	7	0,9%
Vertrouwen in partner: beide getest op soa & HIV	7	0,9%
Allergische reactie op latex	4	0,5%

3.2. Belangrijkste factoren van het niet-gebruiken van anticonceptie

We willen bij jongvolwassenen nagaan welke determinanten een rol spelen in het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie. We willen dus het verband onderzoeken tussen een aantal onafhankelijke variabelen, de determinanten en de afhankelijke variabele, het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie. Er werd een logistische regressieanalyse uitgevoerd te worden.

We willen 2 groepen vergelijken, met name de jongvolwassenen die niet correct of geen anticonceptie gebruiken en degenen die wel correct anticonceptie gebruiken.

3.2.1. Welke determinanten worden opgenomen in het model?

De variabelen werden afzonderlijk in de regressieanalyse geplaatst. De variabelen die niet significant zijn, werden uit de analyse worden verwijderd. Tabel 3.3 geeft een overzicht van deze analyse.

Tabel 3.3: Alle variabelen met regressiecoëfficiënten en mate van significantie

Determinanten	Regressie-coëfficiënten	Wald-statistiek	p-waarde
Leeftijd	-0,052	1,061	0,303
Geslacht	-0,546	9,885	0,002**
Nationaliteit	1,051	3,579	0,059
Nationaliteit moeder	0,488	3,008	0,083
Nationaliteit vader	0,412	2,792	0,095
Woonplaats	0,044	1,362	0,243
Woonvorm	-0,172	4,800	0,028*
Levensbeschouwelijke opvatting	0,073	1,001	0,317
Diploma	-0,009	0,011	0,915
Studie momenteel	0,752	2,101	0,147
Burgerlijke staat moeder	-0,120	2,169	0,141
Burgerlijke staat vader	-0,131	3,427	0,064
Levensbeschouwelijke opvatting ouders	0,103	1,571	0,210
Aantal broers	0,007	0,007	0,934
Aantal zussen	-0,026	0,095	0,758
Plaats in de kinderrij	0,012	0,93	0,94

Vaste relatie	0,636	14,515	0,000**
Seksueel contact met anderen	0,065	0,055	0,814
Seksuele identiteit	0,144	0,840	0,359
Leeftijd eerste keer	0,218	21,788	0,000**
Aantal partners	-0,054	5,600	0,018*
Gesproken met partner over het gebruik van voorbehoedmiddelen	0,088	0,277	0,599
Interactiecompetentie	-0,510	7,217	0,007**
Attitude	-0,003	0,016	0,900
Risicoinschatting	-0,057	1,855	0,173
Kennis	-0,237	7,943	0,005**

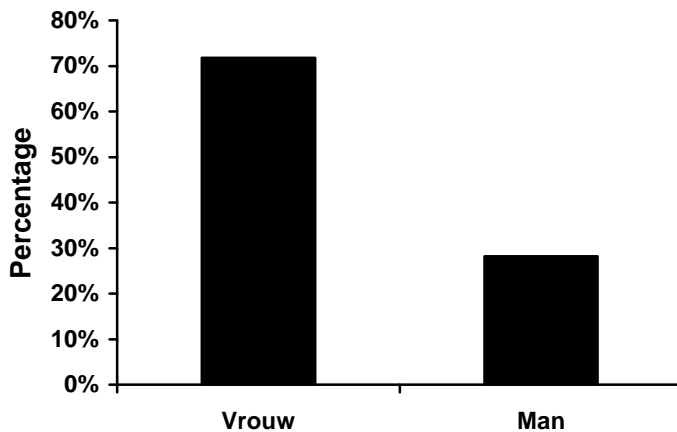
$p <= 0,05$, ** $p <= 0,01$

Uit deze regressieanalyse blijkt dus dat volgende determinanten significant zijn: geslacht, woonvorm, vaste relatie, leeftijd eerste keer, aantal partners, interactiecompetentie en kennis.

3.2.2. Frequenties van significante variabelen

3.2.2.1. Geslacht

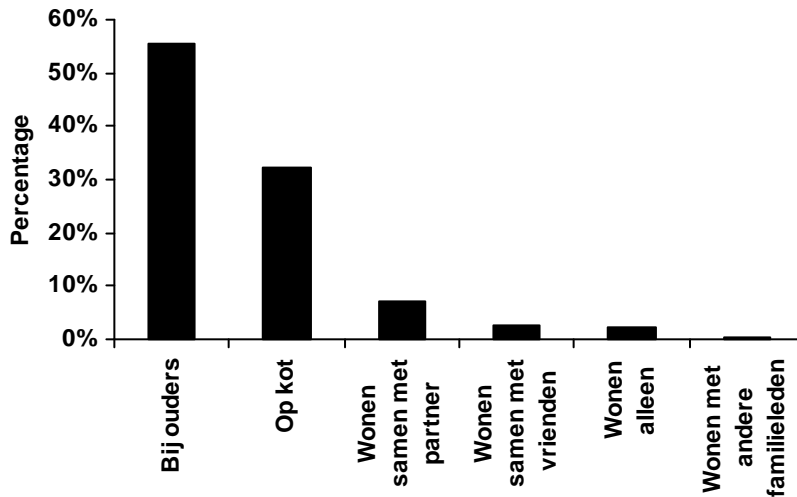
De populatie bestaat uit 806 respondenten waarvan 579 vrouwen (71,8%) en 227 mannen (28,2%) (Zie figuur. 3.2). We kunnen dus stellen dat 2/3 vrouwen en 1/3 mannen deelnamen aan het onderzoek.



Figuur 3.2: Geslacht van de respondenten (N=806)

3.2.2.2. Woonvorm

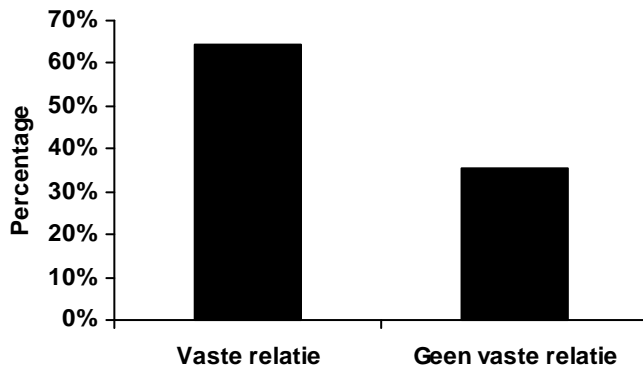
447 studenten (55,5%) wonen nog bij hun ouders, 260 studenten (32,3%) zitten op kot, 57 studenten wonen samen met hun partner (7,1%), 20 studenten wonen samen met vrienden (2,5%), 19 (2,4%) studenten wonen alleen en 3 studenten wonen samen met ander familieleden (0,4%) (Zie figuur 3.5). De overgrote meerderheid van de studenten zijn thuiswonend bij de ouders of verblijven op kot.



Figuur 3.3: Woonvorm van de respondenten

3.2.2.3. Vaste relatie

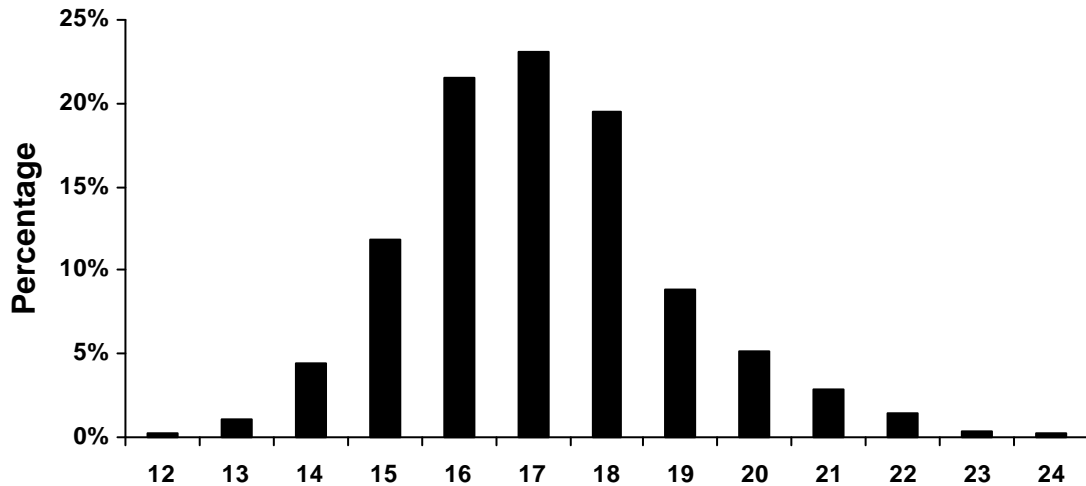
519 studenten (64,4%) hebben op het moment van de bevraging een vaste partnerrelatie (Zie figuur 3.6). 11,8 % daarvan hadden of hebben nog seksueel contact met anderen.



Figuur 3.4: Relatiestatus van de respondenten

3.2.2.4. Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap

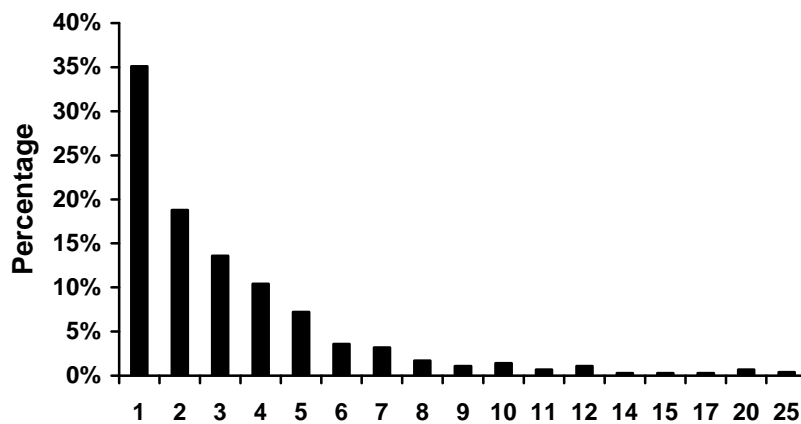
Zoals reeds weergegeven op pagina 21 (3.1. Anticonceptiegebruik) hebben 731 studenten (90,7%) ervaring met geslachtsgemeenschap. De gemiddelde leeftijd voor de eerste geslachtsgemeenschap is 17,10 jaar. Figuur 3.7 schets de verdeling van de studenten op welke leeftijd hun eerste geslachtsgemeenschap plaatsvond.



Figuur 3.5: Leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap (N= 731)

3.2.2.5. Aantal partners

Het gemiddeld aantal partners met wie de respondenten geslachtsgemeenschap hebben gehad bedraagt 3,31. Het aantal partners varieert van 1 tot 25 (Zie figuur 3.8).



Figuur 3.6: Aantal partners (N= 718)

3.2.2.6. Interactiecompetentie

Interactiecompetentie is een complex begrip. Het omvat rekening houden met gevoelens en wensen van anderen, het kennen van eigen gevoelens en wensen en het kunnen communiceren en realiseren ervan.

De gemiddelde score op interactiecompetentie is 3,33. Deze valt tussen de categorieën akkoord tot helemaal akkoord. Deze staan voor een goede interactiecompetentie met de partner. 82,1% van de respondenten valt binnen deze categorie.

Op itemniveau geeft de meerderheid aan een goede interactiecompetentie te hebben met hun partner (Zie tabel 3.4).

Tabel 3.4: Percentages per item voor interactiecompetentie van de totale bevolking

Interactiecompetentie N= 731	%	%
	akkoord	niet akkoord
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe op of zou willen doen op seksueel vlak	95,4%	4,6%
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik niet wil doen op seksueel vlak	98,3%	1,7%
Ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedmiddelen	97,7%	2,3%
Ik kan met mijn partner praten over het gebruiken van condooms ter voorkoming van SOA	93,6%	6,4%
Ik kan met mijn partner praten over zijn/haar eerdere seksuele ervaringen	74,4%	25,6%
Ik kan met mijn partner praten over mijn eerdere seksuele ervaringen	72,1%	27,9%
Bij het vrijen voel ik mij op mijn gemak	90%	10%
Bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt (omgekeerd item)	90,1%	9,9%
Bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie (omgekeerd item)	72,5%	27,5%
Bij het vrijen drink ik soms van tevoren alcohol of neem ik drugs (omgekeerd item)	86,3%	23,7%

3.2.2.7. Kennis

De gemiddelde kennis van de respondenten is 8,96 op 10. De laagste score is een 5 en de hoogste een 10. 92,8 % scoort 8 of meer. Niemand scoort onvoldoende.

De overgrote meerderheid van de respondenten antwoordt correct op de meeste items. Het item met het hoogste percentage correcte antwoorden is "de pil beschermt niet tegen SOA. Het item dat het vaakst fout wordt beantwoord, is " vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen".

Tabel 3.5 geeft een overzicht.

Tabel 3.5: Percentage en absolute waarde per item voor kennis van de totale populatie

Items	% juist	Abs
	N=806	waarde
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en SOA	90,2 %	727
De pil beschermt niet tegen SOA	97,1%	783
Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil	90,6%	730
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap	92,7%	746
De pil vergeten in de 1ste week kan geen kwaad (omgekeerd item)	85,6%	690
Voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig (omgekeerd item)	86,8%	700
Als je de pil slikt kun je onvruchtbaar worden (omgekeerd item)	90,1%	726
Je moet niet letten op de vervaldatum van condooms (omgekeerd item)	95,8%	772

Een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt (omgekeerd item)	89,6%	722
Vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen (omgekeerd item)	77,3%	623

3.2.3. Volledig model

3.2.3.1. Multicollineariteit

Multicollineariteit moet worden uitgesloten vooraleer we de variabelen in de regressieanalyse opnemen. Er mag geen te sterke samenhang zijn tussen de verklarende variabelen. De VIF's mogen niet groter zijn dan 10 en de tolerantie moet groter zijn dan 0,10 om collineariteit na te gaan. Deze voorwaarden zijn voldaan (Zie tabel 3.6).

Tabel 3.6: coëfficiënten bij de statistiek op de collineariteit met 7 variabelen

Model	Tolerantie	VIF
Constant		
Geslacht	0,894	1,119
Woonvorm	0,973	1,027
Vaste relatie	0,848	1,180
Leeftijd eerste keer	0,907	1,102
Aantal partners	0,920	1,087
Interactiecompetentie	0,932	1,073
Kennis	0,851	1,175

Een andere voorwaarde die moet nageleefd worden om helemaal zeker te zijn dat er geen verband is tussen de variabelen, is dat het conditiegetal niet groter mag zijn dan 30. Het conditiegetal is de conditie index met de grootste waarde. Uit tabel 3.7 kunnen we afleiden dat er wel sprake is van multicollineariteit. Het conditiegetal is duidelijk groter dan 30.

Tabel 3.7: Conditie index op de collineariteit

Model	Dimensie	Eigen-waarde	Conditie index	constante	A	B	C	D	E	F	G
1	1	6,952	1,000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
	2	0,654	3,767	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00
	3	0,214	5,698	0,00	0,00	0,97	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00
	4	0,109	7,981	0,00	0,07	0,01	0,67	0,00	0,01	0,01	0,00
	5	0,048	12,025	0,00	0,78	0,00	0,06	0,03	0,00	0,03	0,00
	6	0,011	25,588	0,00	0,02	0,00	0,13	0,40	0,02	0,64	0,00
	7	0,010	26,008	0,00	0,11	0,00	0,03	0,14	0,02	0,12	0,69
	8	0,002	54,205	0,99	0,02	0,01	0,09	0,42	0,02	0,21	0,31

Met: A = Geslacht C = Vaste relatie E = Aantal partners
 B = Woonvorm D = Leeftijd eerste geslachtsgemeenschap F = Interactiecompetentie
 G = Kennis

We hebben 5 variabelen wegenomen en de toets op de collineariteit opnieuw uitgevoerd. Deze 5 variabelen waren geslacht, vaste relatie, aantal partners, woonvorm en leeftijd eerste geslachtsgemeenschap.

Uit tabel 3.8 kunnen we besluiten dat er geen sprake meer is van collineariteit, maar uit tabel 3.9 blijkt dat er een kans bestaat op collineariteit. Het conditiegetal bevindt zich onder de 30 en beslissen we deze 2 variabelen op te nemen in het model.

Tabel 3.8 : coëfficiënten bij de statistiek op de collineariteit met 2 variabelen

Model	Tolerantie	VIF
Constant		
Interactiecompetentie	0,998	1,000
Kennis	0,998	1,000

Tabel 3.9 : Conditie index op de collineariteit

Model	Dimensie	Eigen-waarde	Conditie index	constante	A	B
1	1	2,984	1,000	0,00	0,00	0,00
	2	0,012	15,792	0,01	0,34	0,71
	3	0,004	26,897	0,99	0,66	0,29

A= Interactiecompetentie

B= Kennis

3.2.4. ENTER-methode

Met deze analyse wordt de kans berekend dat iemand foutief of geen anticonceptie zal gebruiken. Vooraleer de analyse begint haalt SPSS alle missing values eruit. De analyse wordt uiteindelijk toegepast op 715 personen.

3.2.4.1. Geschiktheid van het model

De geschiktheid van het model wordt nagegaan door de Nagelkerke R Square. Hoe hoger de waarde hoe beter het model, deze ligt altijd tussen 0 en 1 (Pallant, 2006). De Nagelkerke R Square is hier gelijk aan 0,027, wat heel laag is. We kunnen concluderen dat het geen goed model is.

De Hosmer en Lemeshow Goodness of Fit test is nog een manier om na te gaan of het geschatte model goed bij de data past. Er wordt nagegaan of er significante verschillen zijn tussen de waargenomen frequenties en de geschatte frequenties aan de hand van het logistisch regressiemodel. Hier is $\chi^2(8) = 9,284$, $p = 0,319$ en dus zijn de gevonden verschillen niet significant, hetgeen duidt op een redelijk passend model. Nochtans is de p-waarde niet hoog maar we besluiten toch om verder te gaan met de analyse.

3.2.4.2. Interpretatie effecten

De regressiecoëfficiënten voor de determinanten in deze populatie staan in onderstaande tabel 3.10. De Wald statistiek en de eraan gekoppelde p-waarde worden gebruikt om na te gaan of de regressiecoëfficiënten al dan niet significant bijdragen in de regressieanalyse.

Tabel 3.10: De determinanten met regressiecoëfficiënten en mate van significantie

Determinanten	Regressie-coëfficiënten	Wald-statistiek	p-waarde
Interactiecompetentie	-0,494	6,655	0,010**
Kennis	-0,226	6,980	0,008**
Constante	3,884	15,203	0,000**

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

Uit de tabel 3.10 kunnen we afleiden dat de 2 determinanten een invloed uitoefenen op het al dan niet-gebruiken van anticonceptie.

Volgende stellingen komen tot stand, rekening houdend met het teken van de regressiecoëfficiënten en de significanties:

De kans op foutief of niet-gebruik van anticonceptie vergroot bij:
Lage score op interactiecompetentie
Lage score op Kennis

3.2.5. STEPWISE-methode

Ter controle wordt de STEPWISE-methode toegepast. Stap voor stap wordt telkens de meest significante determinant toegevoegd. Twee determinanten worden in het totaal toegevoegd. Het model kent dan ook 2 stappen.

3.2.5.1. Geschiktheid van het model

Voor stappen 1 en 2 bedraagt de Nagelkerke R Square respectievelijk 0,014 en 0,027. De significanties bij de Homer en Lemeshow Goodness-of-fit zijn voor elke stap respectievelijk 0,099 en 0,319. Voor beide methoden geldt dat het model beter wordt naarmate er meer variabelen worden toegevoegd.

3.2.5.2. Interpretatie van de effecten

De regressiecoëfficiënten en de mate van significantie worden in onderstaande tabel 3.11 weergegeven.

Tabel 3.11: De significante determinanten bij elke stap in de regressieanalyse met richtingscoëfficiënt en mate van significantie

Determinanten	Regressiecoëfficiënten	Wald Statistiek	<u>p-waarde</u>
STAP 1			
Kennis	-0,233	7,538	0,006
Constante	2,298	8,899	0,003
STAP 2			
Interactiecompetentie	-0,494	6,655	0,010
Kennis	-0,226	6,980	0,008
Constante	20,926	52,759	0,000

Uit de tabel kan vastgesteld worden, net zoals bij de ENTER-methode, dat de 2 determinanten gerelateerd zijn aan het foutief of niet-gebruik van anticonceptie. Dezelfde stellingen gaan hier op.

Hoofdstuk 4: Bespreking

In dit onderzoek gingen we de redenen van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie na bij jongvolwassenen tussen 20 en 25 jaar en de determinanten die ermee samenhangen. Er komen uiteindelijk 2 determinanten naar voren die gerelateerd zijn aan het anticonceptiegebruik. De kans op foutief of niet gebruik verhoogt bij een lage kennis en lage interactiecompetentie. Er waren nog 5 determinanten die elk apart een invloed uitoefenden op foutief of niet-gebruiken van anticonceptie namelijk geslacht, woonvorm, vaste relatie, leeftijd eerste keer geslachtgemeenschap en het aantal partners. Deze werden niet opgenomen in het volledig model omdat ze onderling teveel correleerden.

Vooraleer op deze determinanten verder wordt ingegaan, willen we eerst even stilstaan bij het gebruik van voorbehoedmiddelen bij jongvolwassenen nu en bij de eerste keer dat ze geslachtsgemeenschap hadden. Bij de eerste keer is het condoom (76,7%) het populairste voorbehoedmiddel en op de tweede plaats komt de combinatiepil (61%). Naarmate de leeftijd stijgt, treedt hier een evolutie op. De combinatiepil wordt bij jongvolwassenen het meest gebruikte voorbehoedmiddel, maar liefst 76,7 % gebruikt deze methode om zwangerschap te voorkomen. Het condoom wordt in de helft (53,4%) van de gevallen nog gebruikt. Aangezien beide percentage redelijk hoog liggen wordt dus vaak de "double-dutch methode" toegepast. Dit wil zeggen dat zowel de combinatiepil als het condoom samen worden gebruikt. Hieruit kunnen we afleiden dat jongvolwassenen zich zowel beschermen tegen ongewenste zwangerschap en soa's of hiv-infectie. Het wordt bevestigd in de literatuur dat jongvolwassenen zich verantwoordelijk gedragen om zwangerschap en soa's tegen te gaan. 62% van de vrouwen van 20 tot 24 jaar gebruikt de pil als voorbehoedmiddelen. Het condoomgebruik ligt hoger bij de jongere leeftijdsgroepen (Bayingana et al., 2006). In het totaal gebruikt 76 % van de jongvolwassen altijd een anticonceptiemiddel om zwangerschap te voorkomen (de Graaf et al., 2005).

Bij 44,7% van de studenten de jongvolwassenen die geslachtsgemeenschap hebben gehad is er al eens iets misgelopen met hun anticonceptiegebruik. Er zijn verschillende redenen voor het falen hiervan. Eén van de grootste is het vergeten van de pil. 6 op 10 van de respondenten, bij wie er iets misgelopen is met hun anticonceptiegebruik, geeft dit aan. Bij 4 op 10 was het condoom gescheurd en bij 2 op 10 was hij afgegleden. Andere redenen van falen zijn last hebben van braken en diarree, te laat gestart zijn met een nieuwe pilstrip, pleister of ring, enz. Jongvolwassenen moeten meer consequent omspringen met anticonceptie. Deze doelgroep heeft de neiging dit niet te doen wat blijkt uit het hoog aantal abortussen en soa's binnen deze groep (Defraye et al., 2007; Van Bussel, 2006). De meerderheid van de respondenten heeft geen reden waarom ze geen anticonceptie zouden gebruiken. 46,7% ziet wel een reden om geen anticonceptie te gebruiken. Dit wil niet zeggen dat ze ook effectief geen voorbehoedmiddel gaan gebruiken. De belangrijkste reden waarom men geen anticonceptie zou willen gebruiken is dat er teveel neveneffecten en gezondheidsrisico's verbonden zouden zijn aan anticonceptiemiddelen. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur. Angst voor neveneffecten is gerelateerd aan het gebruiken van anticonceptie (Nettleman et al., 2007). Verschillende mythes zorgen ervoor dat de kans verkleind op het gebruik van anticonceptie. Veel vrouwen denken dat hormonale anticonceptie leidt tot gewichtstoename,

onvruchtbaarheid en bloedklonters. Andere redenen die worden aangegeven waarom men geen anticonceptie zou gebruiken is, omdat het te duur is, ze hebben geen tijd om een voorschrift te gaan halen of zijn gewoonweg te beschaamd om het te gaan vragen. Dit wordt bevestigd in de literatuur (Frost et al., 2007; Nettleman, 2007; de Graaf, 2005).

De eerste determinant die in het onderzoek naar voor kwam is kennis. De kans op foutief en niet-gebruik vergroot dus bij een lage kennis over anticonceptie. Het kennisdomein in deze vragenlijst peilt naar soa, zwangerschap, de werking en nadelen van de pil. De studenten uit het onderzoek scoren hier goed op. Het item met het hoogste percentage correct antwoorden "de pil beschermt niet tegen soa". Het item dat het vaakste fout wordt beantwoord is "vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen". In het algemeen scoren vrouwen beter dan de mannen en de respondenten met ervaring scoren beter dan degene zonder ervaring. Uit het onderzoek seks onder je 25^{ste} konden we nochtans afleiden dat het slecht gesteld is met de kennis van de jongeren over anticonceptie en voortplanting, maar deze populatie bestond uit jongeren van 12 tot 25 Jaar (de Graaf et al., 2005). Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat 1/3 van de jongeren niet weet dat je ook zwanger kan worden als de man niet klaarkomt tijdens de geslachtsgemeenschap en bijna de helft denkt dat je onvruchtbaar wordt van de pil. Bij jongvolwassenen gaat dit op voor een klein percentage van de respondenten. Het onderzoek van Verhoogen (2007) bevestigt dat jongvolwassen over voldoende kennis beschikken met betrekking tot over soa, hiv en zwangerschap. De reden dat vrouwen over een betere kennis beschikken is omdat zij degene zijn die zwanger kunnen geraken en hierdoor gaan ze zelf op zoek naar informatie en krijgen ze ook meer informatie van derden zoals arts, ouders,...

De tweede determinant is interactiecompetentie. 8 op 10 respondenten die al geslachtsgemeenschap hebben gehad, bezitten over een goede interactiecompetentie met hun partner. 7 op 10 zegt dat ze vooraf met hun partner gesproken hebben over het gebruik van voorbehoedmiddelen. Binnen een vaste relatie is de competentie hoger dan bij losse contacten (de Graaf et al., 2005). Het is ook moeilijk om duidelijk te maken wat je wil bij losse contacten (de Graaf et al., 2005). Voor deze determinant is er geen verschil in geslacht. Zowel mannen als vrouwen kunnen op een duidelijke manier hun wensen en grenzen op seksueel vlak overmaken aan hun partner. Dit wordt tegengesproken door Verhoogen (2007). Volgens haar onderzoek zijn vrouwen assertiever dan mannen en durven ze hun partner aanspreken over hun verlangens. De Graaf et al. (2005) daarentegen beweert dat mannen assertiever zijn dan vrouwen. Dit onderzoek werd bij een bredere leeftijdscategorie (12-24 jaar) afgenomen. We veronderstellen dat het verschil te wijten is aan de minder enge leeftijdscategorie die in het vorig onderzoek gebruikt is. Hieruit blijkt dat adolescenten een minder goed communiceren met hun partners over seksueel gedrag dan jongvolwassenen.

We kunnen dus besluiten dat een lage interactiecompetentie een foutief of niet-gebruik van anticonceptie als gevolg heeft.

5 andere variabelen zijn ook significant met het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie, maar worden niet opgenomen in de analyse omdat ze onderling correleren. We gaan ze vervolgens kort bespreken. De eerste variabele is geslacht. Volgens de literatuur heeft geslacht een invloed op het al dan niet gebruiken van anticonceptie. Vrouwen scoren op kennis, attitude en risicoinschatting beter dan de mannen. Uit dit onderzoek komen deze resultaten ook terug. Alleen voor interactiecompetentie is er geen verschil. Dit kan verklaard worden door het feit dat hogeschoolden of universiteitsstudenten veel mondiger zijn dan laaggeschoolden en zich beter kunnen uitdrukken.

Voor de variabele woonvorm is er in de literatuur geen bewijs gevonden. Studenten die niet bij hun ouders wonen zullen een grotere kans hebben op niet-gebruiken van anticonceptie omdat ze vaak wisselende partners hebben en een hogere seksfrequentie.

Bij een vaste relatie is de interactiecompetentie veel hoger dan bij losse contacten en ook naarmate men ouder wordt, stijgt deze (de Graaf et al., 2005).

De 2 laatst significante variabelen zijn het aantal sekspartners en de leeftijd van de eerste geslachtsgemeenschap. Volgens eerder onderzoek hebben deze 2 variabele een invloed op anticonceptiegebruik. Hoe jonger je bent bij je eerste geslachtsgemeenschap en hoe meer partners je hebt gehad, hoe groter de kans op soa's en ongeplande zwangerschap (Dawson et al., 2008)

In de literatuur worden echter ook determinanten gevonden die hier niet significant blijken te zijn. Uit vorig onderzoek bleek dat opleidingsniveau een belangrijke variabele als het gaat om seksueel gedrag. Mensen met een laag opleidingsniveau beginnen op jongere leeftijd met seks, hebben meer partners en minder kennis over anticonceptie en soa's (de Graaf et al., 2005). Hieruit kunnen we veronderstellen dat mensen met een lager opleidingsniveau een grotere kans hebben op seksueel risicogedrag en dus vaker foutief of geen anticonceptie gaan gebruiken. Ook religie, ras, inkomen, relatie- en familiefactoren zijn geassocieerd aan het niet-gebruiken van anticonceptie. Culturele openheid is één van de sterkste determinanten (Visser, 1991).

Via bevindingen in de literatuur kan opgemerkt worden dat attitude ook als een determinant kan beschouwd worden. Een positieve attitude is een voorwaarde voor correct gebruik van anticonceptie. In het onderzoek was attitude geen significante variabele, maar toch is het belangrijk om de verschillen tussen geslacht na te gaan. Voor attitude kan de meerderheid van de jongvolwassenen beschouwd worden als mensen met een positieve attitude t.o.v. anticonceptie. Opvallend is dat toch nog 4 op 10 studenten seksueel contact willen hebben, ook al is er geen anticonceptie aanwezig. Het zijn vooral de mannen (53%) die dit standpunt innemen. Ook op het item 'Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken' scoren de mannen slecht. Over het algemeen hebben mannen een negatievere attitude t.o.v. anticonceptie dan vrouwen. Ze vinden het gebruik van anticonceptie niet plezierig, minder romantisch en gepland. Een logische verklaring hiervoor is dat mannen niet zwanger kunnen worden en zich daardoor minder bezig houden met preventie en anticonceptie. Uit onderzoek van Verhoogen (2007) kunnen we ook afleiden dat mannen een minder positieve houding hebben ten opzichte van anticonceptie dan vrouwen.

Risicoinschatting is eveneens een variabele die volgens de literatuur een invloed heeft op anticonceptiegebruik. Uit eerder onderzoek is gebleken dat 3 op 10 studenten het risico op soa en hiv kleiner inschat dan dit in werkelijkheid is. De kans op een ongeplande zwangerschap wordt wel groot ingeschat. Dit onderzoek bevestigt wel weer dat mannen een minder goede risicoinschatting hebben. (Verhoogen, 2007)

6 op 10 studenten schatten het risico op soa hiv en ongeplande zwangerschap hoog in. Dit antwoordpatroon komt niet terug bij alle groepen. Naar geslacht is er een groot verschil tussen mannen en vrouwen. Meer dan de helft van de mannen hebben een lage risicoinschatting.

Tevredenheid, aard van de relatie en toegang tot anticonceptie zijn variabelen die ook een invloed uitoefenen op anticonceptiegebruik. Deze werden besproken in de literatuurstudie, maar niet opgenomen in het onderzoek.

We besluiten dat Kennis en interactiecompetentie de 2 belangrijkste determinanten zijn in het foutief en niet-gebruiken van anticonceptie.

Hoofdstuk 5: Conclusie

Het huidig onderzoek tracht een bijdrage te bieden aan het verkennen van het anticonceptiegebruik bij jongvolwassenen. Jongvolwassenen zijn een recente doelgroep binnen dit onderzoek, daardoor is er rond het niet-gebruiken van anticonceptiemiddelen bij jongvolwassenen weinig literatuur terug te vinden. Met dit onderzoek wordt in de eerste plaats nagegaan wat de redenen zijn van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie en welke determinanten hiermee samenhangen.

Bij 44, 7% van de populatie is er eens iets misgelopen met hun anticonceptiegebruik. Het vergeten van de pil en het scheuren van condoom worden als de twee hoofdoorzaken aangegeven. Voor meer dan de helft (53,3%) van de studenten is er geen reden om geen anticonceptie te gebruiken. Bij de studenten die wel een reden naar voor brengen zijn neveneffecten en gezondheidsrisico's verbonden aan hormonale anticonceptie, beschaamd zijn om te vragen, geen toegang tot anticonceptie omdat het te duur is en geen tijd om een voorschrift te halen de voornaamste redenen.

Er werden 2 significante variabelen gevonden die een belangrijke rol spelen bij het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie. De kans op foutief of niet-gebruiken van anticonceptie vergroot bij een lage kennis over anticonceptie en lage interactiecompetentie.

We moeten een aantal minpunten in rekening brengen betreffende de waarde van het onderzoek. De vragenlijsten werden enkel afgenomen van universiteitsstudenten. De populatie is dus niet zo representatief aangezien deze niet veralgemeend kan worden naar alle jongvolwassenen. Dit kan een invloed hebben gehad op de variabelen. Er kunnen belangrijke verschillen zijn tussen universiteitstudenten en jongeren die geen hogeschoolde studies volgen. Verder onderzoek zou dit in kaart kunnen brengen en een vergelijking maken tussen deze twee populaties.

Er waren nog geen 30 % mannen die deze vragenlijst hebben ingevuld. Een reden hiervoor kan zijn dat veel vragen bedoeld waren voor vrouwen, en zo geformuleerd moesten worden zodat de mannen ze ook konden invullen. De conclusie kan zijn dat veel mannen afhaakten omdat ze dachten dat deze vragen voor vrouwen waren bedoeld. Ze vulden dan niet de volledige vragenlijst in met als gevolg dat ze uit het bestand verwijderd werden.

Bij het bevragen naar wat er is misgelopen bij het anticonceptiegebruik krijgen wij enkel als antwoord wat zij denken dat er mis liep. Vrouwen die bijvoorbeeld jarenlang verkeerd de pil nemen zonder het te beseffen, gaan dit verkeerd invullen. Je zou dus moeten bevragen hoe ze de pil gebruiken, condoom aandoen enz...

Opvallend is dat maar 2 % van de respondenten aangeeft dat het condoom onaangenaam is, en dat dit een reden is om het niet als anticonceptiemethode te gebruiken. Dit is eigenlijk heel weinig in vergelijking met wat er in de literatuur is teruggevonden. Dit is hoogstwaarschijnlijk te wijten aan het feit dat de antwoordoptie "een condoom is onaangenaam" niet in de lijst stond en dat de respondenten ze zelf hebben ingevuld.

Een reden waarom studenten meer risicogedrag vertonen, is dat ze een ruimdenkend, progressief publiek zijn in vergelijking met andere subgroepen binnen de jongvolwassenen. Hierdoor wordt het dus moeilijk om de resultaten te veralgemenen naar de volledige groep jongvolwassenen.

Sociale wenselijkheid kan ook een probleem zijn. Mensen beantwoorden vragen naar de maatschappelijk norm. Maar deze vragenlijst kon men via een site invullen en anonimiteit werd gegarandeerd, dus dit fenomeen zou weinig invloed moeten hebben op de resultaten.

Andere beperkingen zijn dat de vragenlijst te kort was om aan genoeg determinanten te komen. De vragenlijst moest on-line ingevuld worden. Hierdoor is er geen controle op wie hem invult. Bij het puntje voorbehoedmiddelen was er beter nog een extra antwoordmogelijkheid geweest, namelijk de Double-dutch methode, want uit onderzoek is gebleken dat veel jongeren deze nog toepassen.

Er zijn dus nog genoeg redenen om binnen dit domein verder onderzoek te doen.

Referenties

Bakker, F. (2006). Seksueel gedrag. *De determinant, gezondheidsgevolgen en oorzaken. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van onveilig seksueel gedrag?* Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 8 december 2007 op <http://www.rutgersnissogroep.nl>

Conley, T. & Rabinowitz, J. (2004). Scripts, close relationship, and symbolic meanings of contraceptives. *Personal relationship*, 11, 539-558.

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

Dawson, L., Shih, M.C., de Moor, C. & Shier L. (2008). Reasons why adolescents and young adults have sex: associations with psychological characteristics and sexual behaviour. *Journal of sex research*, 45(3), 225-232.

Defraye, A., Buziarsist, J. & Sasse, A. (2006). *SOA-Surveillancesysteem via een peilnetwerk van klinici in België. Jaarrapport 2006*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Geraadpleegd op 30 oktober 2007 op <http://www.iph.fgov.be/>

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

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

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

Floor, J. (2004). *Anticonceptiemiddelen*. Utrecht: Rutgers Nisso groep. Geraadpleegd op 10 november 2007, op <http://www.rutgersnissogroep.nl>

Frost, J., Singh, S. & Finer L. (2007). U.S. Womens's one -year contraceptive use patterns, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39 (1), 2007.

Gebhardt, W., Kuyper, L. & Dusseldorp, Ph.D. (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 seks. *Archives of sexual behaviour*, 35 (2), 217-223.

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

Hoefnagels, C., Hospers, H., Hosman, C., Schouten, L. & Schaalma, H. (2006). One measure, two motives. Prediction of condom use and interaction between two prevention goals among heterosexual Young adults: preventing pregnancy and/or sexually transmitted diseases. *Society of prevention research*, 7, 369-376.

Kuyper, L., Bakker, F. & Zimbile, F. (2006, 14 april). *Veilig vrijen bij jongeren: de stand van zaken 2005 en ontwikkeling sinds 1997*. Utrechts:Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 2 februari 2008, op <http://www.rutgersnissogroep.nl/>

Manlove J. & Terry-Humen E. (2007). Contraceptive use of patterns within females 'first sexual relationships: the role of relationships, pattern, and methods. *The Journal of sex research*, 44 (1), 3-16.

Meijer, S., De Graaf, H., Vanwesenbeeck, I. & Poelman, J. (2005). *Actieplan Seks onder je 25^{ste}: participatie in onderzoek en actie*. Utrecht: Rutgers Nisso groep. Geraadpleegd op 7 november 2007 op http://www.seksonderje25e.nl/documenten/Brochure_actieplan_2005.pdf

Nettleman, M., Brewer, J. & Ayoola, A. (2007). Reasons for unprotected intercourse in adult women: a qualitative study. *Journal of midwifery & women's health*, 52 (2), 148-152.

O'Sullivan L.F., Udell W. & Patel V.L. (2006). Young urban adults' heterosexual risk encounters and perceived risk and safety: a structured diary study. *Journal of sex research*, 43 (4), 343-351.

Pallant, J. (2007). *SPSS: survival manual: a step by step guide to data analyses using SPSS for windows*. New york: Open University Press.

Patrick, M., Maggs J. & Abar C. (2007). Reasons to have sex, personals goals, and sexual behaviour during the transition to college. *Journal of sex research*, 44(3), 240-249.

Quina, K., Harlow, L.L. & Morokoff, P.J. (2000). Sexual communication in relationships: when words speak louder than actions. *Sex role*, 42 (7/8), 523-549.

Rutgers Nisso Groep (2007, maart). *Factsheet Onbedoelde zwangerschap*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep. Geraadpleegd op 10 december 2007, op <http://www.rutgersnissogroep.nl>

Sasse, A & Defraye, A. (2007, 26 november). *College van aids-referentielaboratoria, Hiv/Aids in België, Toestand op 31 december 2007, semesterieel rapport N° 66*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Geraadpleegd op 7 december 2008 op <http://www.iph.fgov.be/>

Sensoa. (2005, mei). *Feiten en cijfers: seksueel misbruik volwassenen*. Antwerpen: Sensoa. Geraadpleegd op 30 oktober 2007 op

http://www.sensoa.be/pdf/feiten_en_cijfers/feiten_en_cijfers_seksueel_misbruik_bij_volwassenen.pdf

Sensoa. (2006, november). *Visietekst preventie van ongeplande zwangerschap*. Antwerpen: Sesoa.

Sensoa. (2006, juli). *Feiten en cijfers: anticonceptie algemeen*. Antwerpen: Sensoa. Geraadpleegd op 30 oktober 2007 op

http://www.sensoa.be/pdf/feiten_en_cijfers/feiten_en_cijfers_anticonceptie_2006.pdf

Sensoa. (2007, augustus). *Feiten en cijfers: Abortus in België*. Antwerpen: Sensoa. Geraadpleegd op 30 oktober 2007 op

http://www.sensoa.be/pdf/feiten_en_cijfers/Feiten&cijfers_abortus_in_belgie_2007.pdf

Sensoa. *Basics: HIV-preventie*. Antwerpen: Sensoa. Geraadpleegd op 7 december 2008 op www.sensoa.be/pdf/praat_over_seks/basics_hiv_preventie.pdf

Van Bussel, J. (2006, 1 september) *Zwangerschapsafbreking in België (1993-2005)*. Leuven: Centrum voor relatievorming en zwangerschapsproblemen. Geraadpleegd op 30 oktober 2007, op

<http://www.crz.be/downloads/Zwangerschapsafbreking-1993-2005.pdf>

Vandevelde, I. (2008, 6 juni). *Jongvolwassenen hebben meer informatie nodig over seksualiteit*. Sensoa. Geraadpleegd op 25 juli 2008, op http://medinews.be/full_article/details.asp?aid=13537

Van Lee, L., Picavet, C. & Wijsen, C. (2006, 10 november). *Nood of voorzorg: Achtergronden risicoprofielen van koopster van de morning-afterpil*. Utrecht: Rutgers Nisso groep. Geraadpleegd op 7 november 2007, op

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

Vanwesenbeeck, I., Bekker, M., van Lenning, A. (2001) Gender attitudes, sexual meaning, and interactional patterns in heterosexual encounters among college students in the Netherlands. *Journal of sex research*, 35 (4), 317-327.

Veny, K. (2006). *Het profiel van noodpilgebruikster in Vlaanderen: een kwalitatief onderzoek naar de motivaties en ervaringen rond noodpilgebruik in Vlaanderen*. Licentiaatsverhandeling, Universiteit Antwerpen, Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen.

Verhoogen, K. (2007). *Het seksuele gezondheidsgedrag van jongvolwassen: een onderzoek bij 20-tot 25-jarigen in het Brussels hoger onderwijs*. Licentiaatsverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen.

Redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie

Visser, A., Geeraert, A. & Lehert, P. (1991). *Seksualiteit en relatievorming: anticonceptie in België*.
Leuven: Uitgeverij Acco.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Vragenlijst anticonceptie

Vragenlijst Anticonceptie

Deze vragenlijst peilt naar de redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie bij jongvolwassenen tussen 20 en 25 jaar. Deze vragenlijst is anoniem. Niemand kan achterhalen wie hem invulde. Daarom vraag ik jullie zo oprecht en eerlijk mogelijk te antwoorden zodat ik een beeld krijg over jullie anticonceptiegebruik. Alvast bedankt voor je deelname en veel succes bij het invullen.

Stefanie Vranken, 3^{de} lic. Klinische Psychologie
In samenwerking met de Wetenschapswinkel en Sensoa

Algemene gegevens over jezelf

1. Geboortjaar:

2. Geslacht: Man Vrouw

3. Nationaliteit: België EU lidstaat niet EU lidstaat

4. Nationaliteit moeder: België EU lidstaat niet EU lidstaat

Nationaliteit vader: België EU lidstaat niet EU lidstaat

5. Woonplaats:

Antwerpen West-Vlaanderen Andere:.....

Brussel Oost-Vlaanderen

Limburg Vlaams Brabant

6. Woonvorm:

Bij ouders Alleenwonend

Op kot Bij andere familieleden

Samenwonend met partner Andere:.....

Samenwonend met vrienden

7. Jouw levensbeschouwelijke opvatting:

Katholiek Andere:.....

Vrijzinnig

Islamitisch

8. Welke diploma behaalde je reeds?

- BSO Hoger niet-universitair onderwijs
 TSO Universitair onderwijs
 ASO Andere:

9. Welke studie volg je momenteel?

- Geen
 Hoger niet-universitair
 Universitair
 Post - universitair
 Andere

10. Burgerlijke staat ouders:

	Moeder	Vader
Getrouwd of samenwonend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gescheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gescheiden + samenwonend of getrouwd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Levensbeschouwelijke opvatting van je ouders:

- Katholiek Andere:.....
 Vrijzinnig
 Islamitisch

12. Aantal broers en zussen: zus(sen) broer(s)
Plaats in de kinderrij: (eerste, tweede, derde,...)

Jouw anticonceptiegebruik

13. Heb je op dit moment een vaste partner relatie?

- Ja Neen (Ga naar vraag 14)

13b Hoe lang duurt je huidige relatie? (bij een ja antwoord) BOX

13c Heb jij of had jij tijdens tijdens je relatie seksueel contact met anderen?

14. Beschouw je jezelf...

- heteroseksueel homoseksueel
 biseksueel Ik weet het niet

15. Heb je al geslachtsgemeenschap gehad?

- Ja Neen (Ga naar vraag 16)

15b Hoe oud was je bij je eerste geslachtsgemeenschap? (bij een ja antwoord) BOX

15c Met hoeveel partners heb je tot nu toe geslachtsgemeenschap gehad?

15d Welke voorbehoedmiddelen of - methoden heb jij of je partner bij je eerste geslachtsgemeenschap gebruikt? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mannencondoom | <input type="checkbox"/> Prikpil |
| <input type="checkbox"/> Vrouwencondoom | <input type="checkbox"/> Vaginale ring (NuvaRing ®) |
| <input type="checkbox"/> Combinatiepil (de pil) | <input type="checkbox"/> Anticonceptiepleister (Evra ®) |
| <input type="checkbox"/> Hormonaal spiraaltje (Mirena ®) | <input type="checkbox"/> Hormonaal implantaat (Implanon®) |
| <input type="checkbox"/> Koper spiraaltje | <input type="checkbox"/> Ander: |
| <input type="checkbox"/> Minipil | <input type="checkbox"/> Geen |
| <input type="checkbox"/> Periodieke onthouding | |
| <input type="checkbox"/> Coïtus interruptus | |

15e Heb jij met jouw huidige of laatste partner vooraf gesproken over het gebruik van voorbehoedmiddelen?

- Ja Neen

15f Welke voorbehoedmiddel(en) gebruik(te) je bij je huidige of laatste partner? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mannencondoom | <input type="checkbox"/> Prikpil |
| <input type="checkbox"/> Vrouwencondoom | <input type="checkbox"/> Vaginale ring (NuvaRing ®) |
| <input type="checkbox"/> Combinatiepil (de pil) | <input type="checkbox"/> Anticonceptiepleister (Evra ®) |
| <input type="checkbox"/> Hormonaal spiraaltje (Mirena ®) | <input type="checkbox"/> Hormonaal implantaat (Implanon®) |
| <input type="checkbox"/> Koper spiraaltje | <input type="checkbox"/> Ander: |
| <input type="checkbox"/> Minipil | <input type="checkbox"/> Geen |
| <input type="checkbox"/> Periodieke onthouding | |
| <input type="checkbox"/> Coïtus interruptus | |

15g. Geef je mening over volgende uitspraken. Denk hierbij aan je huidige of laatste partner.

Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe of zou willen doen op seksueel vlak
 Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik niet wil doen op seksueel vlak
 Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedmiddelen
 Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Ik kan makkelijk met mijn partner praten over het gebruiken van condooms ter voorkoming van soa
 Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Ik kan makkelijk met mijn partner praten over zijn/haar eerdere seksuele ervaringen
 Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Ik kan makkelijk met mij partner praten over mijn eerdere seksuele ervaringen
 Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Bij het vrijen voel ik mij helemaal op mijn gemak

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Bij het vrijen drink ik soms van tevoren alcohol of neem ik drugs

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

15h. Heb jij je ooit al laten testen op SOA & HIV?

- ja Neen

15i. Ben jij of is je vriendin ooit al ongepland zwanger geweest?

- ja Neen

15j. Heb jij of heeft jouw vriendin ooit al gebruik gemaakt van de noodpil (de morning after pil)?

- ja Neen

15k. Is er ooit iets misgelopen met je anticonceptiegebruik?

- ja Neen

**15l. Als er ooit iets was met je anticonceptiegebruik, wat was de reden ?
(Meerdere antwoorden mogelijk)**

- Niet van toepassing
- Ik ben niet bezorgd om zwanger te geraken
- Moment van de passie
- Er was geen condoom beschikbaar
- Ik was te dronken om eraan te denken
- De pil vergeten
- Te laat gestart met een nieuwe pilstrip,pleister of ring.
- Je had last van braken of diarree
- Spiraaltje was uitgedreven
- Condoom was gescheurd
- Condoom was afgegleden
- Antibiotica genomen waardoor de pil minder betrouwbaar is.
- Pleister te lang laten zitten
- Ring te vroeg uitgehaald
- Ring te lang laten zitten
- Pleister op de verkeerde plaats geplakt

- Geen
- Andere:

16. Of je nu al geslachtsgemeenschap hebt gehad of niet, toch zouden we graag willen weten wat voor jou redenen kunnen zijn om geen anticonceptie te gebruiken ? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen toegang tot anticonceptie omdat het te duur is
- Geen tijd om een voorschrift te gaan halen
- Beschaamd zijn om het te vragen
- Arts geeft niet genoeg informatie over de verschillende methoden
- Religie laat het niet toe
- Cultuur laat het niet toe
- Ik vind geen geschikt middel
- Er zijn teveel gezondheidsrisico's verbonden aan het gebruik van anticonceptiemiddelen
- Er zijn teveel neveneffecten bij het gebruik van anticonceptiemiddelen
- Geen
- Ik weet het niet
- Andere:

17. Geef je mening over de volgende stellingen

Anticonceptie vermindert het libido

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Anticonceptie maakt seks minder romantisch

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Anticonceptie is moeilijk verkrijgbaar

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Seks is niet plezierig als anticonceptie wordt gebruikt

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Hormonale anticonceptie is in gezond

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

Anticonceptie maakt seksueel contact gepland

- Helemaal akkoord Akkoord niet akkoord helemaal niet akkoord

18. Hoe groot is de kans in volgende situaties?

Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt

Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot is de kans op SOA als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt

Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedmiddel geslachtsgemeenschap hebt

Zeer kleine kans Kleine kans Grote kans Zeer grote kans

19. Zijn volgende uitspraken waar of niet waar:

De pil vergeten in de eerste week kan geen kwaad Waar Niet waar

Voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig Waar Niet waar

Als je de pil slikt kun je onvruchtbaar worden Waar Niet waar

Je moet niet letten op de vervaldatum van condooms Waar Niet waar

Een vrouw kan niet zwanger worden als de man niet klaarkomt Waar Niet waar

Een condoom beschermt tegen zwangerschap en soa Waar Niet waar

De pil beschermt niet tegen soa Waar Niet waar

Braken, diaree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil Waar Niet waar

Vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen Waar Niet waar

Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap Waar Niet waar

BIJLAGE 2: Bronvermeldingen voor de samenstelling van de vragenlijst

Tabel 2.2: Bronvermelding

	Vragen uit lijst	Bronnen
Geboortjaar	1	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Geslacht	2	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Nationaliteit	3,4	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Woonsituatie	5,6	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Levensbeschouwelijk opvatting	7,11	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Diploma	8,9	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Burgerlijke staat ouders	10	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Gezinssituatie	12	Eigen aanvulling
Algemene informatie over relaties	13, 13b, 13c	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Identiteit	14	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Leeftijd eerste seksuele ervaring	15, 15b	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Frequenties van seksuele ervaringen	15c	De Graaf et al., 2005; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Voorbehoedmiddelen	15d, 15 e, 15f	Sensoa, 2006; Verhoogen, 2007; Meijer et al, 2005
Interactiecompetentie	15g	Meijer et al, 2005; De Graaf et al., 2005
Gevolgen seksuele ongezonde gedragingen	15h, 15i, 15j, 15k	Meijer et al, 2005; Verhoogen, 2007
Mislopen anticonceptie	15l	Sensoa + eigen aanvulling
Redenen niet-gebruiken van anticonceptie	16	Gijs et al, 2004; Frost et al.,2007 ; Bajos et al, 2003 ; Visser, 1991 ; Hoefnagels et al, 2006 ; Kramer et al, 2007
Attitude t.o.v. anticonceptie	17	Davis et al, 1998
Risicoinschatting	18	Meijer et al, 2005
Kennis	19	Sensoa, Meijer et al, 2005

BIJLAGE 3: Statistische analyses

3.1. Normaliteit

Tabel 3.12: Normaliteit

	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistic	p-waarde
Interactiecompetentie	,100	,000
Risicoinschatting	,151	,000
Attitude t.o.v. anticonceptie	,091	,000
Kennis	,254	,000

Omdat geen van de 4 determinanten is normaal verdeeld ($p < .001$) gebruiken we niet-parametrische testen.

3.2. Validiteit

De Cronbach's alpha van de determinanten interactiecompetentie ($\alpha = 0,772$) attitude ($\alpha = 0,665$) en risico-inschatting ($\alpha = 0,702$) zijn boven de 0.6. De interne consistentie van de determinant kennis is heel laag ($\alpha = 0,020$). Dit kan te maken met het feit dat er verschillende kennistopics bevroegd worden.

BIJLAGE 4: Percentages

De respondenten konden meerdere antwoorden aanduiden. Waarschijnlijk zullen er veel te samen de pil en condoom gebruikt hebben.

4.1. Voorbehoedmiddelen

Tabel 3.13 : Voorbehoedmiddelen eerste keer

Voorbehoedmiddelen	N	%
Mannencondoom	561	76,7%
Vrouwencondoom	6	0,8%
Combinatiepil	446	61%
Hormonaal spiraaltje	5	0,7
Minipil	9	1,2%
Vaginale ring	15	2,1%
Anticonceptiepleister	3	0,4%
Hormonaal implantaat	1	0,1%
Periodieke onthouding	11	1,5%
Coïtus interruptus	26	3,6%
Geen	45	6,2%

Tabel 3.14 : Voorbehoedmiddelen huidige of laatste partner

Voorbehoedmiddelen	N	%
Mannencondoom	390	53,4%
Vrouwencondoom	6	0,8%
Combinatiepil	561	76,7%
Hormonaal spiraaltje	5	0,7%
Koper spiraaltje	6	0,8%
Minipil	9	1,2%
Vaginale ring	59	8,1%
Anticonceptiepleister	4	0,5%
Hormonaal implantaat	2	0,3%
Periodieke onthouding	10	1,4%
Coïtus interruptus	26	3,6%
Geen	43	5,9%

4.2. Kennis**Tabel 3.15 : Percentage per item voor kennis van de totale populatie**

	% Juist
	N = 806
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en SOA	90,2%
De pil beschermt niet tegen SOA	97,1%
Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil	90,6%
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap	92,7%
De pil vergeten in de 1ste week kan geen kwaad (omgekeerd item)	85,6%
Voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig (omgekeerd item)	86,8%
Als je de pil slikt kun je onvruchtbaar worden (omgekeerd item)	90,1%
Je moet niet letten op de vervaldatum van condooms (omgekeerd item)	95,8%
Een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt (omgekeerd item)	89,6%
Vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen (omgekeerd item)	77,3%

Tabel 3.16 : Percentages per item voor kennis naar geslacht

Kennis	% juist	% Juist
	Vrouw (N = 579)	man (N = 227)
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en SOA	90,7%	89,0%
De pil beschermt niet tegen SOA	97,9%	95,2%
Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil	94,8%	79,7%
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap	94,5%	88,1%
De pil vergeten in de 1ste week kan geen kwaad (omgekeerd item)	85,5%	85,9%
Voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig (omgekeerd item)	88,1%	83,7%
Als je de pil slikt kun je onvruchtbaar worden (omgekeerd item)	92,6%	83,7%
Je moet niet letten op de vervaldatum van condooms (omgekeerd item)	96,7%	93,4%
Een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt (omgekeerd item)	91,4%	85,0%
Vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen (omgekeerd item)	76,2%	80,2%

Tabel 3.17 : Percentages per item voor kennis naar coïtuservaring

Kennis	% juist	% Juist
	geen ervaring (N = 75)	ervaring (N = 731)
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en SOA	88,0%	90,4%
De pil beschermt niet tegen SOA	96,0%	97,3%
Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil	77,3%	91,9%
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap	89,2%	93,0%
De pil vergeten in de 1ste week kan geen kwaad (omgekeerd item)	78,7%	86,3%
Voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig (omgekeerd item)	73,3%	88,2%
Als je de pil slikt kun ja onvruchtbaar worden (omgekeerd item)	90,7%	90,0%
Je moet niet letten op de vervaldatum van condooms (omgekeerd item)	96,0%	95,8%
Een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt (omgekeerd item)	80,0%	90,6%
Vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen (omgekeerd item)	90,7%	75,9%

4.3. Attitude t.o.v. anticonceptie

Tabel 3.18 : Percentages per item voor attitude tov anticonceptie van de totale populatie

Attitude tov anticonceptie (N = 806)	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
	%	%	%	%
Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken	39,7%	42,2%	16,4%	1,7%
Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is	17,1%	42,4%	37,0%	3,5%
Anticonceptie maakt seks minder romantisch (omgekeerd item)	27,0%	49,1%	20,7%	3,1%
Anticonceptie is moeilijk verkrijgbaar (omgekeerd item)	47,9%	46,3%	5,5%	,4%
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	35,2%	56,1%	7,4%	1,2%
Hormonale anticonceptie is ongezond (omgekeerd item)	7,3%	51,0%	35,5%	6,2%
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	28,4%	53,3%	15,5%	2,7%
Anticonceptie vermindert het libido (omgekeerd item)	23,8%	53,2%	20,7%	2,2%

Tabel 3.19 : Percentages per item voor attitude tov anticonceptie naar geslacht a

	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
	%	%	%	%
Vrouwelijke populatie (N= 579)				
Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken	44,9%	42,1%	12,1%	,9%
Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is	20,2%	44,2%	34,2%	1,4%
Anticonceptie maakt seks minder romantisch (omgekeerd item)	29,7%	53,7%	14,9%	1,7%
Anticonceptie is moeilijk verkrijgbaar (omgekeerd item)	48,9%	45,3%	5,5%	,3%
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	38,9%	55,3%	5,4%	,5%
Hormonale anticonceptie is ongezond (omgekeerd item)	8,1%	49,2%	36,4%	6,2%
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	31,4%	54,9%	11,4%	2,2%
Anticonceptie vermindert het libido (omgekeerd item)	24,5%	53,2%	19,9%	2,4%

a. Geslacht = vrouw

Tabel 3.20: Percentages per item voor attitude t.o.v. anticonceptie naar geslacht^a

	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
	%	%	%	%
Mannelijke populatie (N=227)				
Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken	26,4%	42,3%	27,3%	4,0%
Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is	9,3%	37,9%	44,1%	8,8%
Anticonceptie maakt seks minder romantisch (omgekeerd item)	20,3%	37,4%	35,7%	6,6%
Anticonceptie is moeilijk verkrijgbaar (omgekeerd item)	45,4%	48,9%	5,3%	,4%
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	26,0%	58,1%	12,8%	3,1%
Hormonale anticonceptie is ongezond (omgekeerd item)	5,3%	55,5%	33,0%	6,2%
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	20,7%	49,3%	26,0%	4,0%
Anticonceptie vermindert het libido (omgekeerd item)	22,0%	53,3%	22,9%	1,8%

a. Geslacht = man

Tabel 3.21: Percentages per item voor attitude tov anticonceptie naar coïtuservaring

a

	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Populatie met ervaring (N = 731)	%	%	%	%
Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken	39,5%	42,0%	16,7%	1,8%
Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is	17,2%	42,3%	37,1%	3,4%
Anticonceptie maakt seks minder romantisch (omgekeerd item)	27,2%	49,1%	20,7%	3,0%
Anticonceptie is moeilijk verkrijgbaar (omgekeerd item)	48,8%	45,0%	5,7%	,4%
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	36,8%	54,6%	7,4%	1,2%
Hormonale anticonceptie is ongezond (omgekeerd item)	7,8%	50,6%	35,3%	6,3%
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	29,7%	52,7%	15,2%	2,5%
Anticonceptie vermindert het libido (omgekeerd item)	23,4%	52,9%	21,2%	2,5%

a. Heb je al geslachtsgemeenschap gehad? = ja

Tabel 3.22: Percentages per item voor attitude t.o.v. anticonceptie naar coïtuservaring

a

	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Populatie zonder ervaring (N = 75)	%	%	%	%
Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken	41,3%	44,0%	13,3%	1,3%
Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is	16,0%	44,0%	36,0%	4,0%
Anticonceptie maakt seks minder romantisch (omgekeerd item)	25,3%	49,3%	21,3%	4,0%
Anticonceptie is moeilijk verkrijgbaar (omgekeerd item)	38,7%	58,7%	2,7%	
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	20,0%	70,7%	8,0%	1,3%
Hormonale anticonceptie is ongezond (omgekeerd item)	2,7%	54,7%	37,3%	5,3%
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	16,0%	60,0%	18,7%	5,3%
Anticonceptie vermindert het libido (omgekeerd item)	28,0%	56,0%	16,0%	

a. Heb je al geslachtsgemeenschap gehad? = neen

4.4. Interactiecompetentie**Tabel 3.23 : Percentages per item voor interactiecompetentie**

Interactiecompetentie (N = 731)	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
	%	%	%	%
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe op of zou willen doen op seksueel vlak	61,5%	33,8%	4,2%	,4%
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik niet wil doen op seksueel vlak	65,9%	32,3%	1,2%	,5%
Ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedsmiddelen	68,9%	28,8%	1,9%	,4%
Ik kan met mijn partner praten over het gebruiken van condooms ter voorkoming van SOA	59,1%	34,4%	5,6%	,8%
Ik kan met mijn partner praten over zijn/haar eerdere seksuele ervaringen	31,0%	43,4%	22,0%	3,6%
Ik kan met mijn partner praten over mijn eerdere seksuele ervaringen	31,3%	40,8%	21,5%	6,5%
Bij het vrijen voel ik mij op mijn gemak	55,3%	34,7%	8,9%	1,1%
Bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt (omgekeerd item)	35,1%	55,0%	7,0%	2,9%
Bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie (omgekeerd item)	30,2%	42,2%	24,1%	3,4%
Bij het vrijen drink ik soms van tevoren alcohol of neem ik drugs (omgekeerd item)	23,4%	52,9%	21,2%	2,5%

Tabel 3.24 : Percentages per item voor interactiecompetentie naar geslacht

a

Mannelijke populatie (N = 195)	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
	%	%	%	%
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe op of zou willen doen op seksueel vlak	54,9%	40,0%	3,6%	1,5%
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik niet wil doen op seksueel vlak	60,8%	35,6%	1,5%	2,1%
Ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedsmiddelen	63,1%	32,8%	2,6%	1,5%
Ik kan met mijn partner praten over het gebruiken van condooms ter voorkoming van SOA	54,9%	38,5%	5,1%	1,5%
Ik kan met mijn partner praten over zijn/haar eerdere seksuele ervaringen	26,4%	43,5%	23,8%	6,2%
Ik kan met mijn partner praten over mijn eerdere seksuele ervaringen	27,5%	41,5%	22,3%	8,8%
Bij het vrijen voel ik mij op mijn gemak	55,2%	37,6%	6,2%	1,0%
Bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt (omgekeerd item)	22,7%	59,3%	14,4%	3,6%
Bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie (omgekeerd item)	48,2%	39,5%	9,7%	2,6%
Bij het vrijen drink ik soms van tevoren alcohol of neem ik drugs (omgekeerd item)	19,0%	55,4%	23,6%	2,1%

a. Geslacht = man

Tabel 3.25 : Percentages per item voor interactiecompetentie naar geslacht

a

	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helema al niet akkoord
Vrouwelijke populatie (N = 536)	%	%	%	%
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe op of zou willen doen op seksueel vlak	63,9%	31,6%	4,5%	
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik niet wil doen op seksueel vlak	67,7%	31,2%	1,1%	
Ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedsmiddelen	71,0%	27,3%	1,7%	
Ik kan met mijn partner praten over het gebruiken van condooms ter voorkoming van SOA	60,7%	33,0%	5,8%	,6%
Ik kan met mijn partner praten over zijn/haar eerdere seksuele ervaringen	32,7%	43,4%	21,3%	2,6%
Ik kan met mijn partner praten over mijn eerdere seksuele ervaringen	32,6%	40,5%	21,2%	5,6%
Bij het vrijen voel ik mij op mijn gemak	55,4%	33,6%	9,9%	1,1%
Bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt (omgekeerd item)	39,6%	53,5%	4,3%	2,6%
Bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie (omgekeerd item)	23,6%	43,3%	29,4%	3,7%
Bij het vrijen drink ik soms van tevoren alcohol of neem ik drugs (omgekeerd item)	25,0%	52,1%	20,3%	2,6%

a. Geslacht = vrouw

4.5. Risicoinschatting

Tabel 3.26 : Percentages per item voor risicoinschatting van de totale populatie

	Ze er kleine kans	Kleine kans	Grote kans	Ze er grote kans
Risicoinschatting (N=806)	%	%	%	%
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	5,5%	36,5%	40,6%	17,5%
Hoe groot is de kans op SOA als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	1,7%	17,5%	49,3%	31,4%
Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	1,2%	15,6%	53,5%	29,7%

Tabel 3.27 : Percentages per item voor risicoinschatting naar geslacht

a

	Ze er kle ine kans	Kle ine kans	Gro te kans	Ze er gro te kans
Mannelijke populatie (N= 227)	%	%	%	%
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	9,3%	47,6%	32,6%	10,6%
Hoe groot is de kans op SOA als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	3,1%	31,7%	44,9%	20,3%
Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	1,3%	22,9%	60,4%	15,4%

a. Geslacht = man

Tabel 3.28: Percentages per item voor risicoinschatting naar geslacht

a

	Ze er kle ine kans	Kle ine kans	Gro te kans	Ze er gro te kans
Vrouwelijke populatie (N = 579)	%	%	%	%
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	4,0%	32,1%	43,7%	20,2%
Hoe groot is de kans op SOA als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	1,2%	11,9%	51,0%	35,8%
Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	1,2%	12,8%	50,8%	35,2%

a. Geslacht = vrouw

Tabel 3.29: Percentages per item voor risicoinschatting naar coïtuservaring

a

	Ze er kle ine kans	Kle ine kans	Gro te kans	Ze er gro te kans
	%	%	%	%
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	6,0%	36,8%	40,2%	17,0%
Hoe groot is de kans op SOA als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	1,9%	17,7%	48,6%	31,8%
Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	1,2%	15,9%	53,5%	29,4%

a. Heb je al geslachtsgemeenschap gehad? = ja

Tabel 3.30 :Percentages per item voor risicoinschatting naar coïtuservaring^a

	Ze er kle ine kans	Kle ine kans	Gro te kans	Ze er gro te kans
	%	%	%	%
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt		33,3%	44,0%	22,7%
Hoe groot is de kans op SOA als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt		16,0%	56,0%	28,0%
Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedsmiddel geslachtsgemeenschap hebt	1,3%	13,3%	53,3%	32,0%

a. Heb je al geslachtsgemeenschap gehad? = neen

BIJLAGE 5: Variabelen

De onderstaande 3 tabellen geven de gemiddelden per variabele, de verschillen naar geslacht en coïtuservaring weer.

Tabel 3.31: Gemiddelden van de determinanten naar populatie

Determinanten	Totaal	Mannen	Vrouwen	Ervaring	Geen ervaring
Kennis	8,96	8,64	9,08	8,99	8,61
Interactiecompetentie	3,33	3,28	3,35	3,33	
Attitude t.o.v. anticonceptie	3,03	2,87	3,09	3,03	2,99
Risicoinschatting	2,97	2,72	3,07	2,96	3,05

Tabel 3.32: Verschillen in determinanten naar geslacht

Determinanten	Mann-Witney U	p-waarde
Kennis	49894	0,000**
Interactiecompetentie	45291,5	0,055
Attitude t.o.v. anticonceptie	45247	0,000**
Risicoinschatting	43818	0,000**

** p <= 0,01

Tabel 3.33: Verschillen in determinanten naar ervaring met geslachtsgemeenschap

Determinanten	Mann-Witney U	p-waarde
Kennis	22199	0,007**
Attitude t.o.v. anticonceptie	25494	0,315
Risicoinschatting	25064	0,221

** p <=0,01

5.1. Kennis

De gemiddelde kennis van de respondenten is 8,96 op 10. De laagste score is een 5 en de hoogste een 10. 92,8 % scoort 8 of meer. Niemand scoort onvoldoende.

De overgrote meerderheid van de respondenten antwoordt correct. Het item met het hoogste percentage correcte antwoorden is "de pil beschermt niet tegen SOA. Het item dat het vaakst fout wordt beantwoord, is " vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen" (Zie tabel 3.34). 94,4% van de vrouwen scoort 8 of hoger ten opzichte van 87,7% van de mannen. Er is een significant verschil voor geslacht.

Tabel 3.34: Percentage en absolute waarde per item voor kennis van de totale populatie

Items	% juist	Abs waarde
	N=806	
Een condoom beschermt tegen zwangerschap en SOA	90,2 %	727
De pil beschermt niet tegen SOA	97,1%	783

Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil	90,6%	730
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap	92,7%	746
De pil vergeten in de 1ste week kan geen kwaad (omgekeerd item)	85,6%	690
Voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig (omgekeerd item)	86,8%	700
Als je de pil slikt kun je onvruchtbaar worden (omgekeerd item)	90,1%	726
Je moet niet letten op de vervaldatum van condooms (omgekeerd item)	95,8%	772
Een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt (omgekeerd item)	89,6%	722
Vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen (omgekeerd item)	77,3%	623

Op de individuele items scoren vrouwen beter dan mannen. Voor de items ' Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil', 'een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap', 'als je de pil slikt kun je onvruchtbaar worden' en ' een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaar komt' is er een significant verschil (Zie tabel 3.35).

Opvallend is dat voor de items 'de pil vergeten in de eerste week kan geen kwaad' en 'vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen', de mannen een hoger percentage behalen dan de vrouwen, maar de verschillen zijn hier niet significant.

Tabel 3.35 : Verschillen per item op kennis naar geslacht

Items	Fisher's Exact Test
Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil	0,000**
Een onregelmatig pilgebruik verhoogt de kans op zwangerschap	0,004**
Als je de pil slikt kun je onvruchtbaar worden (omgekeerd item)	0,000**
Je moet niet letten op de vervaldatum van condooms (omgekeerd item)	0,049*
Een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt (omgekeerd item)	0,010**

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

Respondenten die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap hebben scoren significant hoger dan respondenten zonder ervaring (Zie tabel 3.33).

93,9 % van de studenten die ervaring hebben scoren 8 of hoger op kennis ten opzichte van 82,4% zonder ervaring.

Bij de individuele items zijn er significante verschillen terug te vinden bij 'braken, diaree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil', 'voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig', 'een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt' en ' vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen' (Zie tabel 3.36). Bij deze laatste item zijn het de studenten zonder ervaring die hoogst aantal correcte antwoorden geven.

Tabel 3.36 : Verschillen per item op kennis naar ervaring met geslachtsgemeenschap

Items	Fisher's Exact Test
Braken, diarree of het gebruik van antibiotica verminderen de werking van de pil	0,000**
Voor de noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig (omgekeerd item)	0,001**
Een vrouw kan niet zwanger worden als een man niet klaarkomt (omgekeerd item)	0,009**
Vrouwen die de pil nemen, hebben minder zin om te vrijen (omgekeerd item)	0,002**

* p ≤ 0,05, ** p ≤ 0,01

5.2. Interactiecompetentie

De gemiddelde score op interactiecompetentie is 3,33. Deze valt tussen de categorieën akkoord tot helemaal akkoord. Deze staan voor een goede interactiecompetentie met de partner. 82,1% van de respondenten valt binnen deze categorie.

Op itemniveau geeft de meerderheid aan een goede interactiecompetentie te hebben met hun partner (Zie tabel 3.37).

Tabel 3.37: Percentages per item voor interactiecompetentie van de totale bevolking

Interactiecompetentie N= 731	%	%
	akkoord	niet akkoord
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe op of zou willen doen op seksueel vlak	95,3%	4,6%
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik niet wil doen op seksueel vlak	98,2%	1,7%
Ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedmiddelen	97,7%	2,3%
Ik kan met mijn partner praten over het gebruiken van condooms ter voorkoming van SOA	93,5%	6,4%
Ik kan met mijn partner praten over zijn/haar eerdere seksuele ervaringen	74,4%	25,6%
Ik kan met mijn partner praten over mijn eerdere seksuele ervaringen	72,1%	27%
Bij het vrijen voel ik mij op mijn gemak	90%	10%
Bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt (omgekeerd item)	90,1%	9,9%
Bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie (omgekeerd item)	72,4%	27,5%
Bij het vrijen drink ik soms van tevoren alcohol of neem ik drugs (omgekeerd item)	86,3%	23,7%

Voor de determinant interactiecompetentie is er geen significant verschil voor geslacht. Voor de individuele items is er een significant verschil voor 'ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe op of zou willen doen op seksueel vlak', 'ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedmiddelen', 'ik kan met mijn partner praten over zijn/haar eerdere

seksuele ervaringen', 'bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt', 'bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie' (Zie tabel 3.38).

82,5 % van de vrouwen heeft een goede interactiecompetentie met hun partner t.o.v. 81,1 % van de mannen. Enkel voor de items 'Bij het vrijen voel ik mij op mijn gemak' en 'bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie' scoren de mannen beter dan de vrouwen.

Tabel 3.38: Verschillen per item over interactiecompetentie naar geslacht

Items	Mann-Witney U	p-waarde
Ik kan met mijn partner praten over dingen die ik graag doe op of zou willen doen op seksueel vlak	47495	0,030*
Ik kan met mijn partner praten over zwangerschap en voorbehoedmiddelen	47705,5	0,028*
Ik kan met mijn partner praten over zijn/haar eerdere seksuele ervaringen	46668,5	0,035*
Bij het vrijen heb ik weinig invloed op wat er gebeurt (omgekeerd item)	40339	0,000**
Bij het vrijen voel ik mij onzeker over hoe ik eruit zie (omgekeerd item)	35412	0,000**
Bij het vrijen drink ik soms van tevoren alcohol of neem ik drugs (omgekeerd item)	44911	0,002**

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

5.3. Attitude

De gemiddeld op deze determinant valt tussen de categorieën 'akkoord' en helemaal 'akkoord'. De gemiddelde score voor de totale populatie is 3,03. 58,2 % heeft een goede attitude t.o.v. anticonceptie en 41,8 % niet.

Tabel 3.39: Percentages per item voor attitude tov anticonceptie van de totale populatie

Attitude t.o.v. anticonceptie	% akkoord	% niet akkoord
N=806		
Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken	81,9%	18,1%
Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is	59,5%	40,5%
Anticonceptie maakt seks minder romantisch (omgekeerd item)	76,1%	23,8%
Anticonceptie is moeilijk te verkrijgen (omgekeerd item)	94,2%	5,8%
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	91,3%	8,6%
Hormonale anticonceptie is ongezond (omgekeerd item)	58,3%	41,7%
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	81,7%	18,2%
Anticonceptie vermindert het risico (omgekeerd item)	77%	22,9%

Er is een significant verschil voor geslacht. Vrouwen (64,8%) hebben een positievere attitude t.o.v. anticonceptie in vergelijking met de mannelijk populatie (41,4%).

Op individueel niveau van de items zijn er significante verschillen voor de items 'ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken', 'ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is', 'anticonceptie maakt seks minder romantisch', 'Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt', 'anticonceptie maakt seksueel contact gepland' (zie tabel 3.40). Enkel op het item hormonale anticonceptie scoren de mannen beter, maar hier is er geen significant verschil.

Tabel 3.40: Verschillen per item op attitude naar geslacht

Items	Mann-Witney U	p-waarde
Ik zou geen seksuele betrekkingen hebben met iemand die weigert anticonceptie te gebruiken	48354,5	0,000**
Ik zou geen seks hebben als er geen anticonceptie beschikbaar is	50434,5	0,000**
Anticonceptie maakt seks minder romantisch (omgekeerd item)	48423,5	0,000**
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	53678,5	0,000**
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	52364,5	0,000**

** $p <= 0,01$

Er is er is geen significant verschil tussen ervaring met geslachtsgemeenschap en geen ervaring voor de determinant attitude t.o.v. anticonceptie. 58% van de respondenten, die al ervaring hebben gehad met geslachtsgemeenschap, hebben een goede attitude t.o.v. anticonceptie ten opzichte van 53,3% van de respondenten zonder ervaring.

Voor de individuele items is er een significant verschil voor 'Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt' en 'Anticonceptie maakt seksueel contact gepland' (zie tabel 3.41). Respondenten met ervaring scoren hier beter op.

Tabel 3.41: Verschillen per item op attitude naar ervaring

Items	Mann-Witney U	p-waarde
Seks is niet plezierig als anticonceptie gebruikt wordt (omgekeerd item)	23080,5	0,011*
Anticonceptie maakt seksueel contact gepland (omgekeerd item)	23002,5	0,011*

* $p <= 0,05$

5.4. Risicoinschatting

De gemiddelde score van de studenten voor de determinant risicoinschatting is 2,97. De score valt tussen de categorieën 'kleine kans' en 'grote kans'.

63,4 % van de totale studentenpopulatie heeft een goede risicoinschatting, 36,6 procent niet.

Table 3.42: Percentages per item voor risicoinschatting van de totale populatie

Risicoinschatting (N=806)	%	%
---------------------------	---	---

	Kleine kans	Grote kans
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	42%	58%
Hoe groot is de kans op soa als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	19,2%	80,8%
Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedmiddel geslachtsgemeenschap hebt	16,8%	83,2%

Er is een significant verschil voor mannen en vrouwen op de determinant risicoinschatting. Meer dan de helft (51,5%) van de mannelijke populatie heeft een lage risicoinschatting, dit in tegenstelling tot de vrouwelijke populatie (30,8%). Op itemniveau is er voor elk item een significant verschil tussen mannen en vrouwen. Zie tabel 3.43. Vrouwen schatten het risico op hiv, soa en ongeplande zwangerschap groter in dan de mannelijke respondenten.

Tabel 3.43: Verschillen per item op risicoinschatting naar geslacht

Items	Mann-Whitney U	p-waarde
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	50088,5	0,000**
Hoe groot is de kans op soa als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	47636,5	0,000**
Hoe groot is de kans op een ongeplande zwangerschap als je zonder voorbehoedmiddel geslachtsgemeenschap hebt	50229,5	0,000**

** $p \leq 0,01$

Studenten met en zonder ervaring verschillen niet van mekaar op deze determinant (zie tabel 3.32). 63 % van de studenten met ervaring en 66% van de studenten zonder ervaring hebben een goede risicoinschatting.

Op itemniveau is er enkel voor het item 'hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt' een significant verschil. Zie tabel 3.44 De studenten zonder ervaring met geslachtsgemeenschap scoren beter op dit item.

Tabel 3.44: Verschillen per item op risicoinschatting naar ervaring

Items	Mann-Whitney U	p-waarde
Hoe groot is de kans op HIV als je zonder condoom geslachtsgemeenschap hebt	23809,5	0,045*

* $p \leq 0,05$

BIJLAGE 6: Soorten anticonceptie

6.1. Soorten anticonceptie

Er worden 4 grote groepen anticonceptiemiddelen onderscheiden: de barrièremethoden, hormonale anticonceptie bij de vrouw, Intra-uteriene anticonceptie en de natuurlijke methoden. Bij het kiezen van een anticonceptiemiddel worden de voor- en nadelen afgewogen. Het gaat hier niet enkel om de commerciële prijs maar ook om neveneffecten en betrouwbaarheid. (Gijs et al.,2004).

6.1.1. Barrièremethoden

Dit zijn middelen die voorkomen dat er zaadcellen in de baarmoeder terecht komen tijdens seksueel contact. Deze zijn het mannencondoom, het vrouwencondoom, het pessarium en het portiokapje. (Floor, 2004; Sensoa, 2006). De barrièremethode is de enige methode die bescherming biedt tegen zowel soa/HIV als ongewenste zwangerschap.

6.1.2. Hormonale anticonceptie

Deze beïnvloeden de natuurlijke werking van de vrouwelijke geslachtshormonen zodat zwangerschap voorkomen wordt. Je hebt de combinatiepreparaten zoals de pil, de ring en de pleister of de progestageen-alleen preparaten zoals de prikpil, de mini-pil, het hormonaal spiraal en het hormonaal implantaat. (Sensoa, 2006).

De pil is een van de meest gebruikte en geschikte anticonceptiemiddelen (Gijs et al., 2004). Zowat 54 % van de vrouwen nam de pil bij de eerste keer dat ze geslachtsgemeenschap had (Het Nieuwblad, 2008) . De pil is betrouwbaar, gemakkelijk en niet-storend tijdens het vrijen. Ondanks alle voordelen wordt de pil als relatief schadelijk voor de gezondheid ervaren. De pil biedt ook geen bescherming tegen soa's en HIV en er zijn ook een aantal fysieke neveneffecten aan verbonden. (Gijs et al., 2004).

6.1.3. Intra-uteriene anticonceptie

Het spiraaltje is een voorwerp van een paar centimeter groot bestaande uit plastic of koperdraad dat in de baarmoeder geplaatst wordt. Het spiraaltje zorgt ervoor dat de zaadcellen worden aangetast door het produceren van cytotoxische stoffen.(Gijs et al., 2004; Floor, 2004). Het beïnvloed dus de bewegelijkheid van de zaadcellen waardoor deze niet bij de eicel komen. Het hormonaal spiraaltje daarentegen heeft effect op het baarmoederslijmvlies waardoor bevruchting en innesteling onmogelijk wordt. (Sensoa, 2006).

6.1.4. Natuurlijke methoden

Hieronder verstaan we de periodieke onthouding, coïtus interruptus en laccatieamenorroe.

Bij periodieke onthouding is er geen geslachtsgemeenschap tijdens de vruchtbare dagen van de vrouw. Deze methode vereist een goede kennis van de eigen cyclus en discipline. De coïtus interruptus is een zeer onbetrouwbare methode. De vrouw is ook volledig afhankelijk van de partner. Bij de laatste methode wordt het geven van borstvoeding gebruikt om een zwangerschap te voorkomen. Tijdens de borstvoeding treedt de ovulatie niet op en is er ook geen menstruatie. De

Redenen van het niet-gebruiken van anticonceptie

kans op een zwangerschap is kleiner dan 1% bij volledige borstvoeding gedurende 3 maanden.
(Rutger Nisson groep)