

# Achtergrond van de studie

---

Maya Caen en Alexis Dewaele

## 1. Aanleiding en doelstelling

In september 2009 ontving een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Gent en de Katholieke Universiteit Leuven onder leiding van Prof. Dr. Ann Buysse financiering van het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie om een Strategisch Basis Onderzoek (SBO) op te zetten naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen. De centrale doelstelling van dit onderzoeksproject, *Sexpert* genaamd, bestaat erin om systematisch uitgebreide informatie te verzamelen over de seksuele gezondheid van Vlaamse mannen en vrouwen tussen de 14 en 80 jaar oud. Daartoe zetten we een rigoureuus design op, dat het mogelijk maakt om steekproefschattingen te generaliseren naar de Vlaamse populatie. In deze studie willen we (1) de seksuele gezondheid van mensen in Vlaanderen beschrijven aan de hand van indicatoren (wat is de seksuele gezondheid?), maar (2) ook de relaties tussen de belangrijkste biologische, psychologische, demografische en sociologische correlaten van seksuele gezondheid (waarom is de seksuele gezondheid wat ze is?) in kaart brengen. In dit boek richten we de aandacht op de eerste doelstelling.

### 1.1. Nood aan wetenschappelijke gegevens in Vlaanderen

Tot op heden ontbreken degelijke en wetenschappelijk onderbouwde gegevens met betrekking tot seksuele gezondheid in Vlaanderen. De beschikbare data zijn geda-teerd, gefragmenteerd, niet representatief of gebaseerd op kleinschalige studies of registraties. Voorbeelden uit het buitenland bewijzen echter dat een betrouwbaar en geldig populatieonderzoek haalbaar is (cf. o.a. Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Gronow, Haavio-Mannila, Kivinen, Lonkila & Rotkirch, 1997; Hubert, Bajos & Sandford, 1998; Haavio-Mannila & Kontula, 2001). Nederlandse onderzoeksvoorbeelden bevestigen dit. In 2006 vond voor een tweede maal een representatieve populatiestudie plaats naar seksuele gezondheid in Nederland (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Ook een tweede studie gericht op jongeren tot 25 jaar plaatst gegevens over seksuele gezondheid binnen deze leeftijdsgroep in de kijker (de Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012). Aan de hand van dergelijke gegevens hopen de onderzoekers dat beleidmakers, gezondheidswerkers en andere professionals die met jongeren werken, de resultaten kunnen gebruiken om een positieve seksuele gezondheid te bevorderen. Het verzamelen van degelijke data over dit thema voor Vlaanderen is dan ook geen overbodige luxe. De Vlaamse overheid werkt, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie, immers met gezondheidsdoelstellingen. Die laatste verwijzen naar specifieke, meetbare en algemeen

aanvaarde doelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. Deze gezondheidsdoelstellingen bestaan bijvoorbeeld met betrekking tot borstkankeropsporing. Er bestaat echter geen enkele gezondheidsdoelstelling met betrekking tot seksuele gezondheid. Een van de grootste struikelblokken om tot een Vlaamse Gezondheidsdoelstelling rond seksuele gezondheid te komen is dat er nauwelijks relevante gegevens voorhanden zijn over de Vlaamse situatie.

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

## 1.2. Relevantie voor stakeholders

In dit boek willen we de seksuele gezondheid van de Vlaming beschrijven. Daarvoor baseren we ons op een representatieve steekproef van 1825 Vlamingen tussen 14 en 80 jaar oud. Naast het verzamelen van de onderzoeksgegevens, is het belangrijk om in elke fase van het onderzoek Vlaamse stakeholders<sup>1</sup> (i.e. actoren en organisaties die van dicht of van ver bij seksuele gezondheid betrokken zijn) te consulteren en bij het

---

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

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

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

### 1.3. Het maatschappelijke debat

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

## 2. Het ontwikkelen van de vragenlijst

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

### 2.1. Literatuurstudie

De eerste vanzelfsprekende stap om relevante thema's met betrekking tot seksuele gezondheid te identificeren is natuurlijk het uitvoeren van een grondige literatuurstudie en het in kaart brengen van belangrijke populatiestudies in het buitenland. De verschillende partners<sup>2</sup> die deel uitmaken van Sexpert brengen ook elk hun kennis en expertise mee. Om thema's te identificeren, gaan we uit van reeds bestaande vragenlijsten, die we aan de Vlaamse context aanpassen. Zowel kwalitatief onderzoek als expertkennis vormen de input om de vragenlijst verder te verfijnen.

In de literatuurstudie beperken we ons enkel tot internationaal populatieonderzoek met betrekking tot seksuele gezondheid (zie Tabel 1). Enkel onderzoeken die zich op representatieve data baseren, kunnen immers dienen voor het ontwikkelen van beleidsmaatregelen die afgestemd zijn op een specifieke socioculturele en politieke context. Het onder de loep nemen van verschillende populatiestudies toont aan dat ze allemaal hun sterktes en zwaktes hebben. Seksuele disfuncties worden bijvoorbeeld vaak in kaart gebracht zonder rekening te houden met het leed dat ze al dan niet berokkenen. Vaak zijn de data ook weinig betrouwbaar omdat ze in de late jaren tachtig of begin jaren negentig verzameld werden. De meeste steekproeven bestaan verder voor het grootste deel uit blanken en omvatten dus weinig etnische diversiteit. Deze onderzoeken zijn een goed uitgangspunt om thema's inhoudelijk af te toetsen en methodologische uitdagingen in kaart te brengen, maar ze beantwoorden niet aan een aantal basisprincipes zoals wij ze vooropstellen. Toch zijn ze tot op heden de beste internationale vergelijkingsbasis waarover we beschikken.

---

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

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

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

Finse onderzoekers brachten populatiegegevens met betrekking tot seksuele gezondheid in kaart in Finland, Estland en Sint-Petersburg (Rusland) (Gronow et al., 1997; Haavio-Mannila & Kontula, 2001; Haavio-Mannila & Purhonen, 2001). In 1992 werden 2250 Finnen (van 18 tot 74 jaar) *face-to-face* geïnterviewd. Elke geïnterviewde vulde naast het vraaggesprek ook zelfstandig een vragenlijst in. In 1999 werden per post vragenlijsten opgestuurd. De onderzoekers verkregen op die manier 1496 ingevulde vragenlijsten terug van personen tussen 18 en 81 jaar (een respons van 46%). In Estland betreft het een representatieve sample van 1031 Estlanders en Russen tussen 15 en 74 jaar. De respons bedraagt in dit onderzoek 41% voor een steekproef op basis van nationale registers. De interviewers bezorgden de vragenlijst tot bij de respondenten, lieten die invullen en namen die weer mee. In Sint-Petersburg werd op basis van het stemregister een representatieve steekproef van 2081 mensen verzameld. De respons bedroeg hier 60%. Respondenten beantwoordden een deel van de vragen in een *face-to-face*-interview, het andere deel vulden ze zelfstandig in via een papieren vragenlijst.

Met betrekking tot de Verenigde Staten rapporteren we hier over één grootschalig populatieonderzoek: The National Health and Social Life Survey (NHSL, Laumann et al., 1994). Deze studie maakt gebruik van een aselechte steekproef bij 1410 mannen en 1749 vrouwen tussen 18 en 59 jaar en omvat een diversiteit aan thema's, zoals seksuele partners en netwerken, homoseksualiteit, het seksuele traject, ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag, seksualiteitsbeleving, vruchtbaarheid,

seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv, seksuele normen, informatie over partnerschappen en huwelijk (Laumann et al., 1994).

Er is ook representatieve data beschikbaar uit China. Die omvat de antwoorden van 3159 mannen en vrouwen (Parish, Laumann & Mojola, 2007) uit 1999-2000: The Chinese Health and Family Life Survey (CHFLS). Deze steekproef is representatief, met uitzondering van Tibet en Hongkong, voor een volwassen Chinese stedelijke populatie tussen 20 en 64 jaar. Hun vragenlijst is grotendeels gebaseerd op de Amerikaanse NHLS-studie en omvat een range aan onderwerpen, zoals seksuele ervaringen in de kindertijd, huwelijk en seksuele disfuncties, seksuele praktijken en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

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

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

## 2.2. De afname van focusgroepsgesprekken

Focusgroepsgesprekken lenen zich er uitstekend toe om specifieke thema's te exploreren en om processen van betekenisgeving bij specifieke homogene groepen na te gaan. De twee belangrijkste doelstellingen om deze focusgroepsgesprekken te houden, zijn: (1) bij een diverse groep mensen nagaan wat seksuele gezondheid voor hen precies betekent, wat dit bij hen oproept en (2) kunnen anticiperen op mogelijke methodologische en ethische hindernissen in het bevragen van respondenten over seksuele gezondheid. We hielden tien focusgroepsgesprekken, telkens met mannen en vrouwen in een afzonderlijke groep. Zes focusgroepsgesprekken waren gericht op het beantwoorden van de onderzoeksvragen bij verschillende leeftijdsgroepen (bij minderjarigen, volwassen tussen 30 en 55 jaar en 60-plussers). Daarnaast hadden we nog vier focusgroepsgesprekken met personen met een Turkse of Marokkaanse etni-

Tabel 1. Overzicht van populatiestudies over seksuele gezondheid.

| Studie                  | Monitor SRGZ               | ACFS                       | NATSAL  | NHLSLS  | CHFLS                               |                                     |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Land</b>             | Nederland                  | Frankrijk                  | Engeland, Wales, Schotland  | Finland   | China                               | Sint-Petersburg                     |
| <b>Auteurs</b>          | Wijsen & de Haas           | Bajos & Bozon              | Johnson, Mercer, Erens, Copas, Manus, Wallings, Fenton, Korovesis, Macdowall, Nanchahal, Purdon & Field | Gronow, Haavio-Mannila, Kivinen, Lonkila & Rødkirch | Laumann, Gagnon, Michael & Michaels | Haavio-Mannila & Kontula            |
| <b>Jaar</b>             | 2011                       | 2006                       | 1999-2001   | 1992, 1999  | 1999-2000                           |                                     |
| <b>Taal</b>             | Nederlands                 | Frans                      | Engels  | Fins  | Chinees                             | Russisch                            |
| <b>Steekproefleider</b> | Populatie tussen 15 en 70j | Populatie tussen 18 en 69j | Populatie tussen 16 en 44j  | Populatie tussen 18-74j en 18-81j                   | Populatie tussen 18 en 64j          | Populatie op basis van kiesregister |
| <b>N</b>                | 8064                       | 201000                     | 11.161  | 2250 in 1992 en 1496 in 1999                        | 3159                                | 1031                                |

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

De focusgroeps gesprekken genereren heel wat bruikbare informatie over hoe mensen tegenover dit onderzoek staan (hoe percipiëren respondenten de term 'seksuele gezondheid' vanuit een verschillende achtergrond, wat roept deze term op?), wat ze belangrijke aspecten van seksuele gezondheid vinden (welke aspecten van seksuele gezondheid sluiten aan bij een persoonlijke leefwereld?), wat bij specifieke doelgroepen specifieke gevoeligheden zijn (bv. het vermijden van een strikt problematiserende benadering, het vermijden van negatieve stereotypen over bepaalde groepen, ...), hoe we potentiële respondenten kunnen motiveren om aan ons onderzoek deel te nemen (bv. de vragenlijst laten beantwoorden in een neutrale omgeving of in een afzonderlijke ruimte in de woning), aan welke kenmerken een interviewer moet voldoen (bv. qua kledingstijl, attitude, ...) en wat in dit onderzoek belangrijke hinderpalen kunnen zijn (bv. de moeilijkheid van het bevragen van minderjarige respondenten of mogelijke emotionele reacties bij respondenten die seksueel misbruik hebben meegemaakt, ...). De afname van focusgroeps gesprekken levert dus heel wat nuttige informatie op. Het genereert inzichten met betrekking tot het perspectief van de respondent: hoe ervaren mogelijke respondenten een onderzoek dat probeert om erg persoonlijke gegevens in kaart te brengen? De informatie die uit dergelijke gesprekken voortvloeit, stelt ons in staat om belangrijke inhoudelijke thema's te identificeren, een kwaliteitsvol meetinstrument te ontwikkelen en ethische en methodologische valkuilen te vermijden.

### 2.3. Participatorisch onderzoek

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

---

3. Zie voetnoot 1.



Daarnaast betrekken we specifieke stakeholders met betrekking tot etnische en seksuele minderheden door ze uit te nodigen om aan de focusgroeps gesprekken deel te nemen (zie 2.2). Actoren die actief zijn in het holebiverenigingsleven of in het middenveld van etnische minderheden zijn immers erg geschikt om op te treden als bevoorrechte getuigen over wat zich in deze gemeenschappen afspeelt. Naast het raadplegen van experts binnen deze gemeenschappen betrekken we bij dit onderzoek ook Nederlandse academici die zich specifiek met seksuele gezondheid bezighouden.<sup>4</sup>

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

Sommige items nemen we letterlijk over uit reeds uitgevoerde populatiestudies, sommige items construeren we zelf en andere maken deel uit van reeds bestaande gestandaardiseerde schalen. De uitdaging bestaat erin een meetinstrument te ontwikkelen dat leesbaar en aanvaardbaar is voor respondenten, maar tegelijkertijd ook wetenschappelijk betrouwbaar en valide is. Bij het maken van een keuze tussen al dan niet te behouden items, aanpassingen in de items en de constructie van nieuwe items, spelen verschillende factoren een rol. Het is belangrijk om in het uitgebreide meetinstrument overlap te vermijden vanuit het perspectief van ‘respondentenmoeheid’. Een te lange vragenlijst of een vragenlijst met veel overlap zal immers tot gevolg hebben dat respondenten afhaken of vragen op willekeurige wijze beantwoorden.

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

- ◆ inhoudelijke thema’s of indicatoren voor seksuele gezondheid moeten belangrijk zijn voor stakeholders (beleidsmakers, welzijnswerkers, ...) en specifieke en/of kwetsbare groepen (jongeren, holebi’s, ...);
- ◆ de verschillende partners in het Sexpert onderzoeksproject dragen specifieke onderzoekshypothesen en theoretische modellen aan. Op basis daarvan selecteren we fundamentele variabelen.

## 2.5. Pilootstudie

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

---

4. Zo hadden we contact met afgevaardigden van Rutgers WPF (Floor Bakker en Hanneke de Graaf), Jacques van Lankveld (hoogleraar seksuologie), Rik van Lunsen (arts-seksuoloog), Luk Gijs (psycholoog-seksuoloog), Judith Schuyf (Movisie) en psychologe Madelief Bertens.

Bij de pilootstudie uitgevoerd door het Sexpert-onderzoeksteam zijn 52 respondenten betrokken uit verschillende leeftijdsgroepen (jongeren, volwassenen, 50-plus-sers), hoog en laag opgeleiden, personen met een Turkse en Marokkaanse origine en holebi's. De tweede test voert het marktonderzoeksbureau Significant zelf uit. Die bestaat erin dat in totaal tien respondenten, toevallig gespreid over verschillende leeftijdscategorieën en opleidingsniveaus, een testinterview ondergaan met de definitieve vragenlijst. Het doel is hier vooral de timing te controleren, de lay-out en de structuur bij te sturen en mogelijke laatste (programmeer)fouten in de vragenlijst te detecteren.

### 3. Indicatoren en correlaten van seksuele gezondheid in de vragenlijst

In dit onderzoeksproject willen we zicht krijgen op prevalentie- en incidentiecijfers van de seksuele gezondheid. Die zitten in de vragenlijst vevat als indicatoren. Daarnaast willen we nagaan in welke mate deze indicatoren van seksuele gezondheid (positieve en negatieve aspecten) samengaan met de voornaamste biologische, biomedische, psychologische, demografische en sociologische factoren. Die zitten op hun beurt in de vragenlijst vevat als correlaten.

De vragenlijst omvat onder andere de volgende indicatoren:

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

Biologische en biomedische correlaten omvatten onder andere:

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

Psychologische correlaten omvatten onder andere:

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

Sociologische en demografische correlaten omvatten onder andere:

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

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

## 4. Data en methoden

### 4.1. Doelstellingen en kwaliteitsvoorwaarden

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

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

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

### 4.2. De steekproef

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

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

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

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

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

Meer concreet werden per steekproefcluster 45 adressen (personen) toevallig getrokken, met in totaal 10.800 beschikbare adressen. Ruime oversampling leek aangewezen om latere tekorten door een tegenvallende respons of een hoog aantal onbereikbare/niet-inzetbare adressen uit te sluiten. Uit die 10.800 adressen werden in een eerste golf, op toevallige wijze, 4209 te bevragen personen getrokken (zie ook Buysse et al., 2013). Door de tegenvallende responscijfers werden begin september 2011 in een tweede golf 1400 extra adressen uitgezet.

Gezien de ruime mate van oversampling en omdat een nieuwe steekproef om administratieve redenen niet mogelijk was, putten we daarvoor uit de oorspronkelijke steekproef van 10.800 (meer concreet uit de 6591 resterende reserveadressen). Dit gebeurde op loutere toevalsbasis.<sup>5</sup>

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

5. Er werd voor gekozen de regionale spreiding van deze 1400 extra adressen te maximaliseren. Daartoe werden 81 clusters, verspreid over 74 verschillende postcodes, geselecteerd waarin gemiddeld genomen 17 adressen werden uitgezet, met de bedoeling om vijf tot zes respondenten effectief te bevragen.

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

### 4.3. Benadering van respondenten

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

Via een door ons (de surveycoördinatie) zorgvuldig opgestelde introductiebrief en bijbehorende informatiefolder worden de geselecteerde personen uit de steekproef uit het Rijksregister één tot twee weken op voorhand op de hoogte gebracht van de doelstellingen en het nut van de studie naar Seksuele Gezondheid.

Tot driemaal toe tracht de interviewer persoonlijk aan huis contact te leggen met de respondent (eventueel na eerst een telefonische afspraak). Minstens één contactpoging gebeurt daarbij na 18u en minstens één contactpoging gebeurt tijdens het weekend. Indien na drie contactpogingen<sup>6</sup> niemand thuis wordt aangetroffen, wordt een contactkaart achtergelaten met vermelding van de naam en het telefoonnummer van de interviewer. Indien op de contactkaart geen reactie komt, gaat de interviewer nog minstens éénmaal persoonlijk langs. Indien mogelijk legt de interviewer ook telefonisch contact.

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

### 4.4. Voorbereiding van de dataverzameling

#### 4.4.1. *Training van de interviewers*

De interviewers vormen een heel belangrijke schakel in het dataverzamelingsproces. De kwaliteit van hun werk staat in rechtstreeks verband met de kwaliteit van de uiteindelijk verkregen gegevens. Het is van het grootste belang dat ze de geselecteerde personen effectief contacteren, ze zo goed mogelijk proberen overtuigen tot deelname en de bevraging zelf op een kwaliteitsvolle manier uitvoeren. Naast de verschillende procedures voor de contactname, het gebruik van adressen en de permanente opvolging en eventuele bijsturing van hun werk (zie verder) is een degelijke selectie en training van interviewers onontbeerlijk.

---

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

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

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

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

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

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

Tabel 2. Gemiddelde duurtijd van een interview.

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

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

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

In het CAPI-gedeelte komen alle minder gevoelige vragen (persoonlijke achtergrondkenmerken, tijdsbesteding, ...) aan bod. In het CASI-gedeelte, bedoeld voor de meer gevoelige vragen (met name alle seksuele gezondheidsindicatoren), kunnen de respondenten de vragen rechtstreeks op een computerscherm aflezen en vervolgens hun antwoorden in alle vertrouwelijkheid invoeren, zonder inzage en inbreng van de interviewer. Het belangrijkste voordeel bestaat erin dat respondenten niet genoodzaakt zijn om gevoelige informatie aan de interviewer toe te vertrouwen.

#### 4.4.3. *Afname van een speekselstaal*

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

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

Omdat de eiwitten waaraan cortisol en testosteron gebonden zijn, in het bloed te groot zijn om door de speekselklieren te passeren, komt in speeksel hoofdzakelijk de actieve, vrije fractie van deze hormonen voor. Om te verifiëren of in speeksel wel degelijk de ‘vrije’ fractie gemeten wordt, werden bij mannelijke en vrouwelijke vrijwilligers beide bepalingen vergeleken. Daaruit bleek dat de correlatie tussen beide bepalingen goed is voor testosteron ( $r=0.73$ ) en zeer goed voor cortisol ( $r=0.86$ ). Qua absolute waarden komen speeksel en bloed perfect overeen voor testosteron (cf. formule 1) en goed voor cortisol (cf. formule 2), waarbij lagere waarden in speeksel versus bloed worden gemeten en aangepaste referentiewaarden voor speeksel dus aangewezen zijn voor ‘vrij’ cortisol.

|  |
|--|
| <p><b>Testosteron:</b> speeksel = <math>0.72 + 0.99 \times \text{bloed}</math></p> |
|--|

|  |
|--|
| <p><b>Cortisol:</b> speeksel = <math>-0.07 + 0.75 \times \text{bloed}</math></p> |
|--|

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

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

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

#### 4.5. Permanente opvolging van het veldwerk

Het marktonderzoeksbureau staat in voor de feitelijke uitvoering van de dataverzameling: de organisatie van het veldwerk en de algemene opvolging, de supervisie en de bijsturing van de interviewers.

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

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

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

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



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

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

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

#### 4.6. Afwerking dataset en voorbereiding analyses

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

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

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

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

---

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

Na afronding van de dataverzameling wordt de dataset klaargemaakt voor analyse. In deze fase worden allereerst de persoonsgegevens verwijderd, zodat het onmogelijk wordt om af te leiden van wie de antwoorden afkomstig zijn. Daarnaast valideren we de dataset<sup>8</sup>: er gebeurt een laatste controle op de identiteit van de respondenten (werden de correcte personen geïnterviewd?) en dit op basis van geboortedatum, geslacht, telefonische controles en de door de respondenten teruggestuurde antwoordkaartjes.

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

**Tabel 3. Definitieve responscodes bij laatste contact door laatste interviewer, berekend op alle gebruikte adressen en op alle inzetbare adressen.**

| Definitieve responscode   | Alle adressen |        | Inzetbare adressen |        |
|---|---------------|--------|--------------------|--------|
| Interview afgenomen   | 1.832         | 32.7%  | 1.832              | 38.1%  |
| Taalbarrière  | 204           | 3.6%   |                    |        |
| Gehandicapt, dement, slepende ziekte                                    | 136           | 2.4%   |                    |        |
| Vakantie, zakenreis gedurende de hele periode                           | 56            | 1.0%   |                    |        |
| Verhuisd en nieuw adres niet gekend                                     | 273           | 4.9%   |                    |        |
| Adres onvindbaar/onbestaand   | 58            | 1.0%   |                    |        |
| Overleden   | 32            | 0.6%   |                    |        |
| Expliciete weigering  | 1278          | 22.8%  | 1278               | 26.6%  |
| Weigering vanwege het onderwerp   | 547           | 9.8%   | 547                | 11.4%  |
| Weigering via uitvluchten   | 676           | 12.1%  | 676                | 14.1%  |
| Weigering vanwege het geslacht van de interviewer                       | 1             | 0.0%   | 1                  | 0.0%   |
| Weigering vanwege de leeftijd van de interviewer                        | 15            | 0.3%   | 15                 | 0.3%   |
| Weigering om een handtekening te plaatsen                               | 1             | 0.0%   | 1                  | 0.0%   |
| Weigering door derde  | 119           | 1.6%   | 119                | 2.5%   |
| Weigering door derde als finaal resultaat (ouder of voogd minderjarige) | 70            | 1.8%   | 70                 | 1.5%   |
| Expliciete weigering enkel via groene lijn                              | 33            | 0.6%   | 33                 | 0.7%   |
| Verhuisd, nieuw adres gekend  | 1             | 0.0%   |                    |        |
| Thuis, maar niet in de gelegenheid                                      | 8             | 0.1%   | 8                  | 0.2%   |
| Respondent niet thuis, geen afspraak kunnen maken                       | 21            | 0.4%   | 21                 | 0.4%   |
| Niemand thuis   | 186           | 3.3%   | 186                | 3.9%   |
| Wel thuis, deur niet geopend  | 17            | 0.3%   | 17                 | 0.4%   |
| Niet gevalideerd  | 39            | 0.7%   |                    |        |
| Verloren gegaan interview   | 6             | 0.1%   |                    |        |
| Totaal (N)  | 5.609         | 100.0% | 4.805              | 100.0% |

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

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

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

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

---

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

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

| Geslacht | Leeftijd | Diploma | Sexpert-<br>steekproef<br>(aantal) | Vlaanderen<br>(aantal) | Sexpert-<br>steekproef (%) | Vlaanderen (%) | Vershil (%) | Sexpert-<br>steekproef<br>verwacht<br>(aantal) | Weegcoëfficiënt<br>reëel (berekend) | Weegcoëfficiënt<br>effectief<br>(afgeopt) |
|----------|----------|---------|------------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|-------------|--|-------------------------------------|---|
| man      | 14-19    | geen/LO | 4                                  | 40273                  | 0.2%                       | 0.8%           | -0.6%       | 15   | 3.64                                | 3.00                                      |
|          |          | LSO     | 49                                 | 126605                 | 2.7%                       | 2.5%           | 0.2%        | 46   | 0.93                                | 0.93                                      |
|          |          | HSO     | 80                                 | 55078                  | 4.4%                       | 1.1%           | 3.3%        | 20   | 0.25                                | 0.33                                      |
|          |          | NUHO    | 38                                 | 123                    | 2.1%                       | 0.0%           | 2.1%        | 0  | 0.00                                | 0.33                                      |
|          |          | HO      | 0                                  | 121                    | 0.0%                       | 0.0%           | 0.0%        | 0  | -                                   | 1.00                                      |
|          |          | geen/LO | 2                                  | 7036                   | 0.1%                       | 0.1%           | 0.0%        | 3  | 1.27                                | 1.27                                      |
| man      | 20-24    | LSO     | 8                                  | 21756                  | 0.4%                       | 0.4%           | 0.0%        | 8  | 0.98                                | 0.98                                      |
|          |          | HSO     | 45                                 | 119246                 | 2.5%                       | 2.4%           | 0.1%        | 43   | 0.96                                | 0.96                                      |
|          |          | NUHO    | 63                                 | 25270                  | 3.4%                       | 0.5%           | 2.9%        | 9  | 0.14                                | 0.33                                      |
|          |          | HO      | 5                                  | 12880                  | 0.3%                       | 0.3%           | 0.0%        | 5  | 0.93                                | 0.93                                      |
|          |          | geen/LO | 1                                  | 21718                  | 0.1%                       | 0.4%           | -0.4%       | 8  | 7.84                                | 3.00                                      |
|          |          | LSO     | 20                                 | 42394                  | 1.1%                       | 0.8%           | 0.3%        | 15   | 0.77                                | 0.77                                      |
| man      | 25-34    | HSO     | 54                                 | 176970                 | 3.0%                       | 3.5%           | -0.5%       | 64   | 1.18                                | 1.18                                      |
|          |          | NUHO    | 26                                 | 94902                  | 1.4%                       | 1.9%           | -0.5%       | 34   | 1.32                                | 1.32                                      |
|          |          | HO      | 17                                 | 55742                  | 0.9%                       | 1.1%           | -0.2%       | 20   | 1.18                                | 1.18                                      |
|          |          | geen/LO | 1                                  | 26248                  | 0.1%                       | 0.5%           | -0.5%       | 9  | 9.48                                | 3.00                                      |
|          |          | LSO     | 19                                 | 61219                  | 1.0%                       | 1.2%           | -0.2%       | 22   | 1.16                                | 1.16                                      |
|          |          | HSO     | 48                                 | 192383                 | 2.6%                       | 3.8%           | -1.2%       | 69   | 1.45                                | 1.45                                      |
| man      | 35-44    | NUHO    | 35                                 | 101960                 | 1.9%                       | 2.0%           | -0.1%       | 37   | 1.05                                | 1.05                                      |
|          |          | HO      | 13                                 | 59636                  | 0.7%                       | 1.2%           | -0.5%       | 22   | 1.66                                | 1.66                                      |
|          |          | geen/LO | 4                                  | 53027                  | 0.2%                       | 1.0%           | -0.8%       | 19   | 4.79                                | 3.00                                      |
|          |          | LSO     | 28                                 | 103453                 | 1.5%                       | 2.0%           | -0.5%       | 37   | 1.33                                | 1.33                                      |
|          |          | HSO     | 62                                 | 182740                 | 3.4%                       | 3.6%           | -0.2%       | 66   | 1.06                                | 1.06                                      |
|          |          | NUHO    | 38                                 | 87585                  | 2.1%                       | 1.7%           | 0.3%        | 32   | 0.83                                | 0.83                                      |
| man      | 45-54    | HO      | 10                                 | 55192                  | 0.5%                       | 1.1%           | -0.5%       | 20   | 1.99                                | 1.99                                      |

| Geslacht | Leeftijd | Diploma | Sexpert-<br>streekproef<br>(aantal) | Vlaanderen<br>(aantal) | Sexpert-<br>streekproef (%) | Vlaanderen (%) | Vershil (%) | Sexpert-<br>streekproef<br>verwacht<br>(aantal) | Wegcoëfficiënt<br>reël (berekend) | Wegcoëfficiënt<br>effectief<br>(afgeopt) |
|----------|----------|---------|-------------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------|-------------|---|-----------------------------------|--|
| man      | 55-64    | geen/LO | 9                                   | 77875                  | 0.5%                        | 1.5%           | -1.0%       | 28  | 3.12                              | 3.00                                     |
|          |          | LSO     | 26                                  | 90328                  | 1.4%                        | 1.8%           | -0.4%       | 33  | 1.25                              | 1.25                                     |
|          |          | HSO     | 35                                  | 117746                 | 1.9%                        | 2.3%           | -0.4%       | 43  | 1.21                              | 1.21                                     |
|          |          | NUHO    | 35                                  | 63863                  | 1.9%                        | 1.3%           | 0.7%        | 23  | 0.66                              | 0.66                                     |
|          |          | HO      | 14                                  | 44293                  | 0.8%                        | 0.9%           | -0.1%       | 16  | 1.14                              | 1.14                                     |
|          | 65-74    | geen/LO | 16                                  | 100206                 | 0.9%                        | 2.0%           | -1.1%       | 36  | 2.26                              | 2.26                                     |
|          |          | LSO     | 12                                  | 58404                  | 0.7%                        | 1.2%           | -0.5%       | 21  | 1.76                              | 1.76                                     |
|          |          | HSO     | 17                                  | 65380                  | 0.9%                        | 1.3%           | -0.4%       | 24  | 1.39                              | 1.39                                     |
|          |          | NUHO    | 8                                   | 30377                  | 0.4%                        | 0.6%           | -0.2%       | 11  | 1.37                              | 1.37                                     |
|          |          | HO      | 6                                   | 20539                  | 0.3%                        | 0.4%           | -0.1%       | 7   | 1.24                              | 1.24                                     |
| man      | 75-80    | geen/LO | 4                                   | 56585                  | 0.2%                        | 1.1%           | -0.9%       | 20  | 5.11                              | 3.00                                     |
|          |          | LSO     | 9                                   | 24619                  | 0.5%                        | 0.5%           | 0.0%        | 9   | 0.99                              | 0.99                                     |
|          |          | HSO     | 7                                   | 26704                  | 0.4%                        | 0.5%           | -0.1%       | 10  | 1.38                              | 1.38                                     |
|          |          | NUHO    | 0                                   | 12186                  | 0.0%                        | 0.2%           | -0.2%       | 4   | -                                 | 1.00                                     |
|          |          | HO      | 1                                   | 8274                   | 0.1%                        | 0.2%           | -0.1%       | 3   | 2.99                              | 2.99                                     |
|          |          | geen/LO | 1                                   | 29959                  | 0.1%                        | 0.6%           | -0.5%       | 11  | 10.82                             | 3.00                                     |
|          |          | LSO     | 28                                  | 121867                 | 1.5%                        | 2.4%           | -0.9%       | 44  | 1.57                              | 1.57                                     |
| vrouw    | 14-19    | HSO     | 97                                  | 60959                  | 5.3%                        | 1.2%           | 4.1%        | 22  | 0.23                              | 0.33                                     |
|          |          | NUHO    | 49                                  | 240                    | 2.7%                        | 0.0%           | 2.7%        | 0   | 0.00                              | 0.33                                     |
|          |          | HO      | 0                                   | 0                      | 0.0%                        | 0.0%           | 0.0%        | 0   | -                                 | 1.00                                     |
|          |          | geen/LO | 0                                   | 7854                   | 0.0%                        | 0.2%           | -0.2%       | 3   | -                                 | 1.00                                     |
|          |          | LSO     | 11                                  | 12788                  | 0.6%                        | 0.3%           | 0.3%        | 5   | 0.42                              | 0.42                                     |
|          | 20-24    | HSO     | 34                                  | 105019                 | 1.9%                        | 2.1%           | -0.2%       | 38  | 1.12                              | 1.12                                     |
|          |          | NUHO    | 88                                  | 37719                  | 4.8%                        | 0.7%           | 4.1%        | 14  | 0.15                              | 0.33                                     |
|          |          | HO      | 19                                  | 18412                  | 1.0%                        | 0.4%           | 0.7%        | 7   | 0.35                              | 0.35                                     |
|          |          | geen/LO | 0                                   | 22114                  | 0.0%                        | 0.4%           | -0.4%       | 8   | -                                 | 1.00                                     |

| Gelacht | Leeftijd | Diploma | Sexpert-<br>steekproef<br>(aantal) | Vlaanderen<br>(aantal) | Sexpert-<br>steekproef (%) | Vlaanderen (%) | Vershil (%) | Sexpert-<br>steekproef<br>verwacht<br>(aantal) | Wegcoëfficiënt<br>reëel (berekend) | Wegcoëfficiënt<br>effectief<br>(afgeopt) |
|---------|----------|---------|------------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|-------------|--|------------------------------------|--|
| vrouw   | 35-44    | LSO     | 7                                  | 28979                  | 0.4%                       | 0.6%           | -0.2%       | 10   | 1.50                               | 1.50                                     |
|         |          | HSO     | 46                                 | 136167                 | 2.5%                       | 2.7%           | -0.2%       | 49   | 1.07                               | 1.07                                     |
|         |          | NUHO    | 53                                 | 136562                 | 2.9%                       | 2.7%           | 0.2%        | 49   | 0.93                               | 0.93                                     |
|         |          | HO      | 32                                 | 62535                  | 1.8%                       | 1.2%           | 0.5%        | 23   | 0.71                               | 0.71                                     |
|         |          | geen/LO | 5                                  | 25889                  | 0.3%                       | 0.5%           | -0.2%       | 9  | 1.87                               | 1.87                                     |
|         |          | LSO     | 9                                  | 39095                  | 0.5%                       | 0.8%           | -0.3%       | 14   | 1.57                               | 1.57                                     |
|         |          | HSO     | 51                                 | 176018                 | 2.8%                       | 3.5%           | -0.7%       | 64   | 1.25                               | 1.25                                     |
|         |          | NUHO    | 57                                 | 138546                 | 3.1%                       | 2.7%           | 0.4%        | 50   | 0.88                               | 0.88                                     |
|         |          | HO      | 16                                 | 50513                  | 0.9%                       | 1.0%           | -0.1%       | 18   | 1.14                               | 1.14                                     |
|         |          | geen/LO | 10                                 | 60116                  | 0.5%                       | 1.2%           | -0.6%       | 22   | 2.17                               | 2.17                                     |
| vrouw   | 45-54    | LSO     | 32                                 | 80355                  | 1.8%                       | 1.6%           | 0.2%        | 29   | 0.91                               | 0.91                                     |
|         |          | HSO     | 58                                 | 183029                 | 3.2%                       | 3.6%           | -0.4%       | 66   | 1.14                               | 1.14                                     |
|         |          | NUHO    | 45                                 | 114761                 | 2.5%                       | 2.3%           | 0.2%        | 41   | 0.92                               | 0.92                                     |
|         |          | HO      | 17                                 | 30988                  | 0.9%                       | 0.6%           | 0.3%        | 11   | 0.66                               | 0.66                                     |
|         |          | geen/LO | 19                                 | 97020                  | 1.0%                       | 1.9%           | -0.9%       | 35   | 1.84                               | 1.84                                     |
|         |          | LSO     | 35                                 | 91866                  | 1.9%                       | 1.8%           | 0.1%        | 33   | 0.95                               | 0.95                                     |
|         |          | HSO     | 31                                 | 114482                 | 1.7%                       | 2.3%           | -0.6%       | 41   | 1.33                               | 1.33                                     |
|         |          | NUHO    | 22                                 | 72421                  | 1.2%                       | 1.4%           | -0.2%       | 26   | 1.19                               | 1.19                                     |
|         |          | HO      | 6                                  | 15284                  | 0.3%                       | 0.3%           | 0.0%        | 6  | 0.92                               | 0.92                                     |
|         |          | geen/LO | 9                                  | 130623                 | 0.5%                       | 2.6%           | -2.1%       | 47   | 5.24                               | 3.00                                     |
| vrouw   | 65-74    | LSO     | 18                                 | 65357                  | 1.0%                       | 1.3%           | -0.3%       | 24   | 1.31                               | 1.31                                     |
|         |          | HSO     | 23                                 | 65197                  | 1.3%                       | 1.3%           | 0.0%        | 24   | 1.02                               | 1.02                                     |
|         |          | NUHO    | 7                                  | 34262                  | 0.4%                       | 0.7%           | -0.3%       | 12   | 1.77                               | 1.77                                     |
|         |          | HO      | 1                                  | 5486                   | 0.1%                       | 0.1%           | -0.1%       | 2  | 1.98                               | 1.98                                     |
|         |          | geen/LO | 9                                  | 91173                  | 0.5%                       | 1.8%           | -1.3%       | 33   | 3.66                               | 3.00                                     |
|         |          | LSO     | 4                                  | 33260                  | 0.2%                       | 0.7%           | -0.4%       | 12   | 3.00                               | 3.00                                     |

| Geslacht      | Leeftijd | Diploma | Sexpert-<br>steekproef<br>(aantal) | Vlaanderen<br>(aantal) | Sexpert-<br>steekproef (%) | Vlaanderen (%) | Verschild (%) | Sexpert-<br>steekproef<br>verwach<br>(aantal) | Weegcoëfficiënt<br>reël (berskend) | Weegcoëfficiënt<br>effectief<br>(afgetopp) |
|---------------|----------|---------|------------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|---------------|---|------------------------------------|--|
|               |          | HSO     | 6                                  | 30060                  | 0.3%                       | 0.6%           | -0.3%         | 11  | 1.81                               | 1.81                                       |
|               |          | NUHO    | 4                                  | 12514                  | 0.2%                       | 0.2%           | 0.0%          | 5   | 1.13                               | 1.13                                       |
|               |          | HO      | 0                                  | 1148                   | 0.0%                       | 0.0%           | 0.0%          | 0   | -                                  | 1.00                                       |
| <b>Totaal</b> |          |         | <b>1828<sup>a</sup></b>            | <b>5061570</b>         |                            |                |               | <b>1828</b>                                   |                                    |  |

a. Voor vier van de 1832 respondenten ontbreekt informatie over het hoogst behaalde diploma of de scholingsgraad; voor deze vier respondenten werd de weegcoëfficiënt enkel berekend op basis van de leeftijd en het geslacht. Dit brengt het totale aantal in de gerealiseerde steekproef op 1832 en het totale aantal na weging op 1825.  $\chi^2(78) = 61335.23$ ;  $p < .001$

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

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

##### 4.7.1. Sociodemografische kenmerken

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

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

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

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



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



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

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

## 4.7.2. Biomedische kenmerken

## 4.7.2.1. Gezondheidsindicatoren

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

|   | Verdeling in de gerealiseerde, gewogen, steekproef<br>(N=1825) |       |        |       |         |       |
|---|--|-------|--------|-------|---------|-------|
|   | Totaal   |       | Mannen |       | Vrouwen |       |
|   | N  | %     | N      | %     | N       | %     |
| <b>Totaal</b>   | 1825   |       | 909    |       | 916     |       |
| <b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>                             |  |       |        |       |         |       |
| Ondergewicht (<18.5)                                      | 85   | 4.7%  | 29     | 3.2%  | 56      | 6.1%  |
| Normaal gewicht (18.5-25)                                 | 933  | 51.1% | 436    | 48%   | 497     | 54.2% |
| Overgewicht (25-30)                                       | 570  | 31.3% | 329    | 36.2% | 243     | 26.5% |
| Obesitas (>30)  | 235  | 12.9% | 115    | 12.6% | 120     | 13.1% |
| <b>Roken</b>  |  |       |        |       |         |       |
| Huidige rokers  | 482  | 26.4% | 267    | 29.4% | 215     | 23.4% |
| Ex-rokers   | 411  | 22.5% | 250    | 27.5% | 161     | 17.6% |
| Niet-rokers   | 932  | 51.1% | 391    | 43.1% | 540     | 59.0% |
| <b>Alcoholgebruik (gemiddelde week + weekend)</b>         |  |       |        |       |         |       |
| Geen  | 384  | 22.3% | 136    | 16.1% | 247     | 28.2% |
| Aanvaardbaar gebruik                                      | 1152   | 66.9% | 588    | 69.6% | 563     | 64.3% |
| Problematisch gebruik <sup>a</sup>                        | 186  | 10.8% | 121    | 14.3% | 65      | 7.5%  |
| <b>Medicatiegebruik afgelopen maand</b>                   |  |       |        |       |         |       |
| Slaapmedicatie  | 144  | 7.9%  | 52     | 5.7%  | 93      | 10.1% |
| Antidepressiva  | 108  | 5.9%  | 29     | 3.2%  | 79      | 8.6%  |
| Kalmeer middelen  | 95   | 5.2%  | 35     | 3.8%  | 60      | 6.5%  |
| Hormonale medicatie                                       | 292  | 16.0% | 4      | 0.4%  | 288     | 31.4% |
| <b>Medische aandoeningen</b>                              |  |       |        |       |         |       |
| Bloeddrukproblemen/hart- en vaatziekten                   | 333  | 18.2% | 164    | 18%   | 169     | 18.4% |
| Aandoeningen van het bewegingsstelsel                     | 332  | 18.2% | 155    | 17.1% | 177     | 19.3% |
| Andere aandoeningen                                       | 290  | 15.9% | 145    | 16%   | 144     | 15.8% |
| Aandoeningen van maag, darmen, lever of galblaas          | 216  | 11.8% | 94     | 10.4% | 122     | 13.3% |
| Aandoeningen van longen/luchtwegen                        | 159  | 8.7%  | 74     | 8.2%  | 85      | 9.2%  |
| Vrouwenziekten, borstaandoeningen of -ingrepen            |  |       | Nvt    | Nvt   | 152     | 16.6% |
| Suikerziekte, schildklier- en bijschildklier-aandoeningen | 136  | 7.4%  | 41     | 4.6%  | 94      | 10.3% |
| Aandoeningen van nier, blaas, penis, prostaat en teelbal  |  |       | 132    | 14.6% | nvt     | nvt   |
| Aandoeningen van zenuwstelsel/migraine                    | 128  | 7%    | 39     | 4.2%  | 89      | 9.7%  |

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

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

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

Inzake gezondheidsindicatoren kunnen we stellen dat onze steekproef representatief is voor de Belgische populatie. Het gemiddelde BMI van personen in onze steekproef bedraagt 24.6 kg/m<sup>2</sup>, met andere woorden: gemiddeld genomen hebben de personen in onze steekproef een normaal gewicht. Niettemin heeft 44% van de steekproef een BMI hoger dan 25 kg/m<sup>2</sup> en dus overgewicht. Deze cijfers zijn analoog aan de cijfers van de Belgische Gezondheidsenquête van 2008, waar een gemiddeld BMI van 25.3 werd gevonden bij personen ouder dan 18 jaar en 47% als te zwaar werd benoemd (Van der Heyden et al., 2008).

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

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

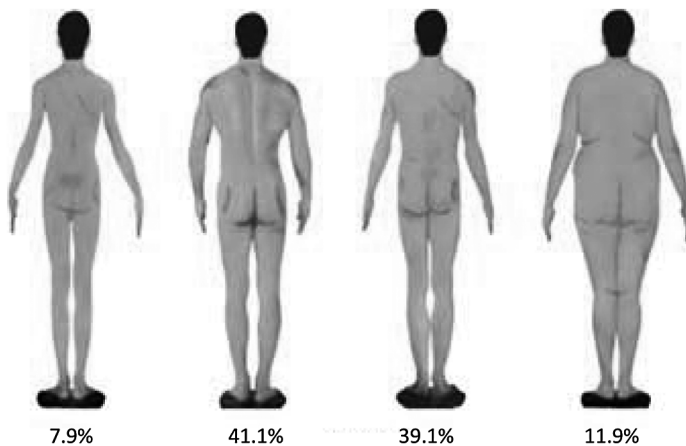
In totaal geeft 12% van de totale steekproef aan de afgelopen maand één of meerdere psychotrope geneesmiddelen (slaapmiddelen, kalmeermiddelen, antidepressiva) te hebben gebruikt. Dit percentage is analoog aan de Belgische Gezondheidsenquête van 2008, waar 15% aangaf de afgelopen twee weken één of meerdere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

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

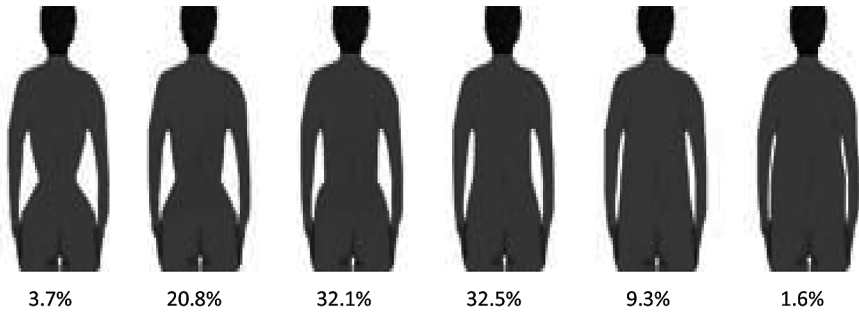
De norm voor fysieke gezondheid stelt dat men bijna elke dag van de week 30 minuten moet bewegen om gezond te zijn en te blijven. 42.1% van de personen in onze steekproef beantwoordt aan deze gezondheidsnorm (vijf tot zeven dagen per week minimaal 30 minuten bewegen). Dit cijfer is gelijk aan de 38%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

#### 4.7.2.2. Fenotypische kenmerken

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

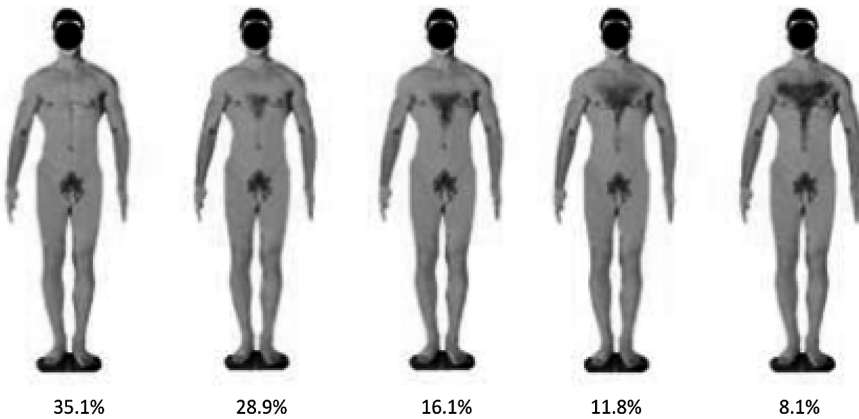


Figuur 2. Zelfgetypeerde lichaamsbouw in de gewogen mannelijke steekproef.

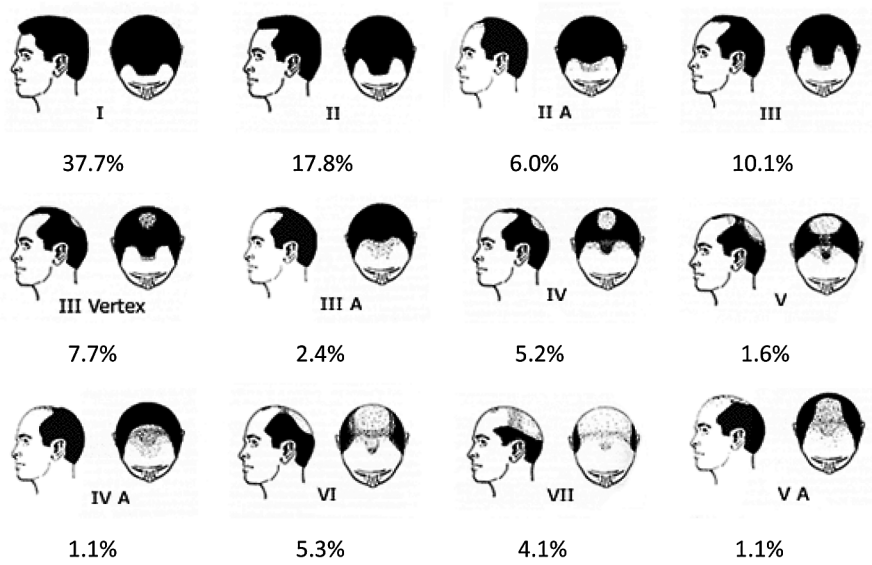


Figuur 3. Zelfgetypeerde lichaamsbouw in de gewogen vrouwelijke steekproef.

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



Figuur 4. Zelfgetypeerde lichaamsbeharing in de gewogen mannelijke steekproef.



Figuur 5. Zelfgetypeerde alopecie in de gewogen mannelijke steekproef.

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

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

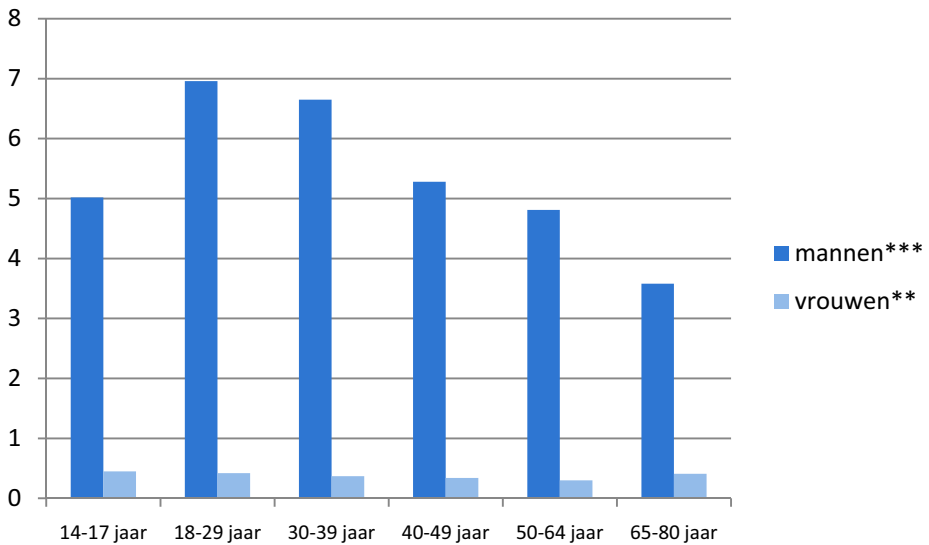
Tabel 7. Beschrijving steekproef: verdeling van testosteron (ng/dl), cortisol (µg/dl) en CAG (aantal herhalingen), naar geslacht.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### 4.7.3. *Psychologische kenmerken*

#### 4.7.3.1. **Fysieke en mentale gezondheid**

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

#### 4.7.3.2. **Zelfbeeld**

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



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

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

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

\*\*\*p<.001

### 4.7.3.3. Relatietevredenheid en seksuele tevredenheid

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

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

### 4.7.3.4. Seksuele communicatie met de partner

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

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

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

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

\*\*\* $p < .001$

## 5. Statistische leeswijzer

### 5.1. Univariante beschrijving van de steekproefresultaten

Zelfs na weging of poststratificatie mogen de hier verkregen cijfers nog niet rechtstreeks worden geïnterpreteerd als cijfers van de Vlaamse populatie. De steekproefresultaten geven weliswaar een goede inschatting van de cijfers in de populatie, maar zijn steeds onderhevig aan toevallige steekproeffluctuaties. Door gebruik te maken van betrouwbaarheidsintervallen houden we ook rekening met deze toevallige fluctuaties. Ze geven weer tussen welke twee grenzen, met 95% betrouwbaarheid, het werkelijke gemiddelde in de Vlaamse populatie zal liggen of tussen welke twee percentages, met 95% betrouwbaarheid, het werkelijke percentage in de Vlaamse populatie ligt.

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

Voor percentages verkregen op basis van de volledige steekproef, gegeven de steekproefomvang ( $N=1825$ ), krijgen we dit betrouwbaarheidsinterval door van elk verkregen percentage twee percentagepunten af te trekken en twee percentagepunten op te tellen. Bijvoorbeeld: als het percentage in de steekproef 35% is, ligt het per-

centage in de populatie met 95% betrouwbaarheid tussen 33% en 37%. Voor percentages van 10% of kleiner volstaat het één percentagepunt op te tellen en af te trekken, en voor percentages van 1% of 99% is dit een half percentagepunt.<sup>10</sup>

Voor gemiddelden verkregen op basis van de volledige steekproef moeten we rekening houden met een foutenmarge van 0.5 standaardafwijkingen. Dat betekent bijvoorbeeld dat we, bij een steekproefgemiddelde van 2.2 en een standaardafwijking van 0.8, een foutenmarge van 0.4 moeten optellen en aftrekken. Het populatiegemiddelde ligt in dit geval met 95% betrouwbaarheid tussen 1.8 en 2.6.<sup>11</sup>

## 5.2. Statistisch significante verbanden en verschillen

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

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

## 5.3. Kleine aantallen

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

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

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

dend met toevallige steekproeffluctuaties. Wanneer de steekproefomvang waarop een bepaald resultaat (percentage, gemiddelde, ...) werd berekend, echter klein is, kunnen hier tegenover sterke statistische (en intuïtieve) reserves worden geplaatst.

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

#### 5.4. Bivariate verbanden versus multivariate analyses

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

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

## 6. Overzicht van de verschillende hoofdstukken

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

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

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

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

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

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

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

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

## Referenties

- Agneessens, F., Waeye, H. & Lievens, J. (2006). Diversity in social support by role relations: a typology. *Social Networks*, 28, 427-441.
- Arrindell, W.A., Boelens, W. & Lambert, H. (1983). On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and 'normal' volunteer couples based on the Dutch version. *Personality and Individual Differences*, 4, 293-306.
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: Éditions La Découverte.
- Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Rutgers Nisso groep.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H. & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso groep.
- Berdie, D.R. (1973). Questionnaire length and response rate. *Journal of Applied Statistics*, 59(2), 278-280.
- Bogen, K. (1996). The effect of questionnaire length on response rates – A review of the literature. *Proceedings of the Section on Survey Research Methods, American Statistical Association*, 1020-1025.
- Brambilla, D.J., Matsumoto, A.M., Araujo, A.B. & McKinlay, J.B. (2009). The Effect of Diurnal Variation on Clinical Measurement of Serum Testosterone and Other Sex Hormone Levels in Men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(3), 907-913.
- Braunstein, G.D., Reitz, R.E., Buch, A., Schnell, D. & Caulfield, M. (2011). Testosterone Reference Ranges in Normally Cycling Healthy Premenopausal women. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2924-29354.
- Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (2013). *Sexpert. Basisgegevens bij de survey naar Seksuele Gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.
- Byers, E.S. & Macneil, S. (2005). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 53-69.
- Catania, J. (1986). *Help-seeking: An avenue for adult sexual development*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.

- Crowe, M.J. (1978). Conjoint marital therapy: a controlled outcome study. *Psychological Medicine*, 8, 623-636.
- de Graaf, H., Kruijer, H., van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25<sup>ste</sup>. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Utrecht: RutgersWPF.
- Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: the Total Design Method*. New York: Wiley.
- Dillman, D.A. (2000). *Mail and internet surveys: The Tailored Design Method*. London: Wiley.
- Dixson, B.J. Dixson, A.F., Bishop, P.J. & Parish, A. (2010). Human physique and sexual attractiveness in men and women: A New Zealand-U.S. comparative study. *Archives of sexual behavior*, 39, 798-806.
- Gisle L., Hesse E., Drieskens S., Demarest S., Van der Heyden J. & Tafforeau J. (2008). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II – Leefstijl en Preventie*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Gronow, J., Haavio-Mannila, E., Kivinen, M., Lonkila, M. & Rotkirch, A. (1997). *Cultural inertia and social change in Russia*. Helsinki: University of Helsinki, Department of Sociology.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (2001). *Seksin trendit meilla ja naapureissa [Trends in sexual life at home and in the neighboring countries]*. Helsinki: WSOY.
- Haavio-Mannila, E. & Purhonen, S. (2001). Slimness and self-rated sexual attractiveness: Comparisons of men and women in two cultures. *The Journal of Sex Research*, 38, 102-110.
- Hubert, M., Bajos, N. & Sandford, T. (1998). *Sexual Behavior and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of national surveys*. London: UCL Press.
- Johnson A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., Wellings, K., Fenton, K.A., Korovessis, C., Macdowall, W., Nanchahal, K., Purdon, S. & Field, J. (1994). *Sexual behaviour in Britain*. London: Penguin.
- Laumann, E., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Liening, S.H., Stanton, S.J., Saini, E.K. & Schultheiss, O.C. (2009). Salivary testosterone, cortisol, and progesterone: Two-week stability, interhormone correlations, and effects of time of day, menstrual cycle, and oral contraceptive use on steroid hormone levels. *Psychology & behavior*, 99, 8-16.
- Macneil, S. & Byers, E.S. (2009). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of sex research*, 46(1), 3-14.
- Norwood, O.T. (1975). Male pattern baldness: Classification and incidence. *Southern Medical Journal*, 68, 1359-1365.
- Parish, W.L., Laumann, E.O. & Mojola, S.A. (2007). Sexual behavior in China: trends and comparisons. *Population and development review*, 33(4), 729-756.
- Sharp, L.M. & Frankel, J. (1983). Respondent Burden: A Test of Some Common Assumptions. *Public Opinion Quarterly*, 47, 36-53.

- Sleddens, H.F., Oostra, B.A., Brinkmann, A.O. & Trapman, J. (1992). Trinucleotide repeat polymorphism in the androgen receptor gene (AR). *Nucleic Acids Research*, 20, 1427.
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E. & Tafforeau, J. (2008). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I – Gezondheidstoestand*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Van Nieuwerburgh, Stoop, Cabri, Dhont, Deforce & De Sutter (2008). Shorter CAG repeats in the androgen receptor gene may enhance hyperandrogenicity in polycystic ovary syndrome. *Gynaecological Endocrinology*, 24(12), 669-673.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The health Institute.
- Yeap, B.B., Alfonso, H., Chubb, S.A., Handelsman, D.J., Hankey, G.J., Norman, P.E. & Flicker, L. (2012). Reference ranges and determinants of testosterone, dihydrotestosterone and estradiol levels measured using liquid chromatography-tandem mass spectrometry in a population-based cohort of older men. *The journal of clinical endocrinology & metabolism*, 97(11), 4030-4039.