



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Psychologie

KENNIS EN BELEVING VAN SEKSUALITEIT VAN VROUWEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

**Knowledge and experience of sexuality of women with
intellectual disabilities**

**MAGALI DE SCHRYVER
2018-2019**

Aantal woorden: 11219

Promotor: Prof. Dr. Caroline Andries
Psychologie & Educatiewetenschappen

SAMENVATTING MASTERPROEF

Naam en voornaam: MAGALI DE SCHRYVER

Rolnr.: 0532487

KLIN
AO
ONKU
AGOG

Titel van de Masterproef: Kennis en beleving van seksualiteit van vrouwen met een verstandelijke beperking

Promotor: Prof. Dr. Caroline Andries

Samenvatting: De kennis van seksualiteit bij vrouwen met een verstandelijke beperking is beperkt. Hierdoor is ook de beleving van seksualiteit niet goed. In dit onderzoek worden 26 vrouwen met een verstandelijke beperking geïnterviewd aan de hand van een zelf samengesteld semigestructureerd interview. Er wordt gepeild naar hun kennis, attitudes en beleving van seksualiteit. De kennis blijkt ondermaats en bovendien komen er bij veel interviews misbruikervaringen spontaan aan bod. Hun attitudes naar seksualiteit toe en hun gebrek aan weerbaarheid leidt ertoe dat ze risicovol gedrag vertonen. Sommige vrouwen kiezen ervoor geen seksueel contact en/of partner meer te hebben, omdat ze bang zijn voor misbruik. De Seksuele Dubbele Standaard is aanwezig binnen deze doelgroep. Dit kan leiden tot een slechtere beleving van seksualiteit. Verder blijkt dat deze vrouwen in vergelijking met de Sexpert enquête (2013) vaker negatieve gevoelens hebben wanneer ze seksuele betrekking hebben. Vaak hebben ze een vertrouwenspersoon met wie ze over seksualiteit kunnen praten, hoewel de inhoud van deze gesprekken onduidelijk zijn. De vertrouwenspersonen zijn meestal de begeleiders of de ouders. Toch geeft een kwart van de deelnemers aan dat hun ouders of begeleiders niet akkoord gaan met het feit dat ze seks hebben. De vertrouwenspersonen moeten opgeleid worden om enerzijds individuele seksuele voorlichting te geven en anderzijds moeten ze gesensibiliseerd worden voor de natuurlijke seksuele noden van de doelgroep. Kinderen met een verstandelijke beperking lopen meer risico om seksueel misbruikt te worden. Doorheen hun leven worden vrouwen met een verstandelijke beperking vaak verschillende keren misbruikt door verschillende daders. Er moet dus ingezet worden in relationele en seksuele vorming, weerbaarheidstrainingen en grenzen stellen vanaf jonge leeftijd en het principe van levenslang leren moet toegepast worden door regelmatige vormingen. Op die manier zal de kennis en attitudes van seksualiteit verbeterd worden, waardoor de beleving beter zal worden.

Inhoudstafel

Inleiding	3
Terminologie	3
Geschiedenis	4
Kennis van seksualiteit	6
Methode	13
Deelnemers	13
Apparatuur en materiaal	14
Procedure	17
Resultaten	18
Seksuele Dubbele Standaard (SDS)	18
Kennis	21
1. Anatomie	21
2. Anticonceptie, zwangerschap, maandstonden	22
3. Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)	24
4. Homoseksualiteit	24
5. Termen	25
6. Masturberen	25
7. Totaal kennis	26
Sexpert enquête (2013) en beleving	27
1. Seksuele ervaringen	27
2. Redenen indien nog nooit seks gehad	29
3. Zelfbeleving tijdens het laatste seksueel contact	30
4. Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact	31
5. Beleving	32
6. Vrijheid van handelen	36
Discussie	40
Seksuele Dubbele Standaard (SDS)	40
Kennis	40
Sexpert enquête (2013) en beleving	41
Dankwoord	45
Referentielijst	46
Bijlagen	51
Bijlage A: Vragenlijst	52
Bijlage B: informed consent	57
Bijlage C: Tabellen	62

Inleiding

Mensen met een verstandelijke beperking hebben meestal een beperkte kennis van seksualiteit (Galea, Butler & Iacono, 2004; Leutar & Mihoković, 2007; McCabe, 1999; Murphy, 2003). Deze kennis is significant lager dan hun leeftijdsgenoten zonder beperking (Douma, van den Breggh, & Hoekman, zoals geciteerd in Lesseliers, 2000). Naast beperkte kennis zijn hun vaardigheden beperkter en hebben ze nood aan zelf-determinisme en self-efficacy. Daardoor is de beleving van seksualiteit doorgaans slechter (Bernert & Ogletree, 2013).

Terminologie

De American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2017) definieert een **verstandelijke beperking** als volgt: "An intellectual disability is a disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and in adaptive behavior, which covers many everyday social and practical skills. This disability originates before the age of 18".

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) onderscheidt vier niveaus van ernst van de beperking: licht, matig, ernstig en zeer ernstig (American Psychiatric Association, 2014). Deze niveaus worden beschreven op het conceptuele, sociale en praktische domein. In tegenstelling tot de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) waar de mate van ernst nog op basis van het intelligentiequotiënt (IQ) werd ingedeeld, weegt het functioneren van de betrokkene in de DSM-5 meer door (American Psychiatric Association, 2014).

De World Health Organization (WHO, 2006) definieert het begrip **seksualiteit** als volgt:

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors. (p. 5)

Geschiedenis

In 1959 introduceerde Bank-Mikkelsen een paradigmaverschuiving waarbij hij stelde dat mensen met een verstandelijke beperking een zo normaal mogelijk leven moeten leiden (Nirje, 1969). Hij werd in zijn normalisatieprincipe gesteund door Nirje (1969) die onder andere, de seksuele noden van mensen met een beperking aankaartte en pleitte voor meer gepersonaliseerde instellingen.

Uit het normalisatieprincipe vloeit het burgerschapsparadigma. Dit paradigma stelt dat personen met een beperking als volwaardige burgers moeten beschouwd worden met gelijke kansen, rechten en plichten. Hier ligt de focus op de kwaliteit van het bestaan. Mensen met een verstandelijke beperking worden empowered in het maken van keuzes om zo controle te hebben over hun leven. Ze worden daarbij ondersteund door een sociaal zorg- en vangnet (Van Genneep, 2000).

Theoretisch is men vertrouwd met het burgerschapsparadigma, toch biedt onze samenleving nog niet de nodige ondersteuning voor mensen met een beperking (Conix, Claerhout, & Van Hoey, 2008). Volledige inclusie en deelname in de samenleving is niet mogelijk zolang de maatschappij niet toegankelijker wordt (Conix, Claerhout, & Van Hoey, 2008). Uit een onderzoek van Demaerschalk (2006) blijkt dat de meeste residentiële voorzieningen in Vlaanderen nog altijd het normalisatieprincipe volgen. Dat heeft een invloed op de houding die deze instellingen aannemen ten aanzien van seksualiteit van hun bewoners.

Als uitbreiding van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens proclameerde de Verenigde Naties (VN) in 1971 de "Rechten van de Geestelijk Gehandicapten". Hierin bepaalt de VN dat mensen met een verstandelijke beperking dezelfde fundamentele rechten hebben als de andere burgers van dezelfde leeftijd. Daaruit vloeit voort dat mensen met een verstandelijke beperking hetzelfde recht hebben op seksualiteitsbeleving als de leeftijdsgenoten van hun land (Vermeulen, Moens, & De Busser, 2007).

In 2006 stelt de WHO dat sommige rechten kritisch zijn om van seksuele gezondheid te kunnen spreken. Deze zijn onder andere het recht op privacy, het recht op gelijkheid, zonder discriminatie en het recht op informatie en voorlichting. "The application of existing human rights to sexuality and sexual health constitute sexual rights. Sexual rights protect all people's rights to

fulfill and express their sexuality and enjoy sexual health, with due regard for the rights of others and within a framework of protection against discrimination." (WHO, 2006)

In hetzelfde jaar werd het verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap door de VN opgesteld. Het doel ervan was "het volledige genot door alle personen met een handicap van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden op voet van gelijkheid te bevorderen, beschermen en waarborgen, en ook de eerbiediging van hun inherente waardigheid te bevorderen" (GRIP, 2017).

In 2009 ratificeerde België dit verdrag en de Vlaamse Regering zette in 2010 het Perspectief 2020 op. Het doel van het Perspectief 2020 is om tegen 2020 een meer inclusieve samenleving te hebben (Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren, 2010).

Mensen met een verstandelijke beperking hebben het recht om hun seksualiteit te ontwikkelen en te uiten. Ze moeten dan ook toegang krijgen tot informatie om veilige keuzes te kunnen maken (Murphy, 2005). Hulpverleners moeten volgens Murphy (2005) beseffen dat seksuele voorlichting moet verbeteren en dat strategieën ter verbetering geïmplementeerd moeten worden. Risicofactoren bij onvoldoende seksuele voorlichting zijn ongewenste zwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en seksueel misbruik (McCabe, 1999; McGillivray, 1999; O'Callaghan & Murphy, 2007).

Seksualiteit is heel persoonlijk, toch wordt het aangeleerd door sociaal gedrag te stellen en wordt het beïnvloed door de cultuur (Löfgren-Mårtenson, 2009). In cultureel opzicht worden vrouwen met een verstandelijke beperking twee keer benadeeld. Ten eerste, omdat vrouwen in het algemeen beperkt worden in hun seksualiteit en ten tweede, door hun verstandelijke beperking (Bernert & Ogletree, 2013).

Emmerink, Vanwesenbeeck, van den Eijnden, van Lankveld en Ter Bogts (2018) hebben een onderzoek gedaan naar de seksuele dubbele standaard (SDS) bij Nederlandse meisjes. De SDS is een cultureel patroon waarbij vrouwen seksueel terughoudend moeten zijn en mannen seksueel actief en assertief. Volgens Vanwesenbeeck (2011) hindert de SDS de ontwikkeling van de seksuele autonomie en assertiviteit van meisjes. De seksuele passiviteit die het gevolg zou zijn van de SDS zou volgens Sanchez en Kiefer (2007) leiden tot meer seksuele problemen en minder plezier in seksuele activiteiten (Sanchez, Crocker, & Boike, 2005). Emmerink et al. (2018)

onderzoeken de SDS aan de hand van twee testen, namelijk de "Scale for the Assessment of Sexual Standards Among Youth" (SASSY) en de Implicit Association Test (IAT). Uit hun onderzoek blijkt dat vrouwen in Nederland nog altijd de SDS aanhangen. Dit onderzoek meet de SDS bij vrouwen met een verstandelijke beperking in Vlaanderen.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben beperktere sociale vaardigheden. Voor hen is het moeilijk om relaties aan te gaan en te onderhouden, daardoor dreigen ze in een sociaal isolement te komen (Conix, Claerhout, & Van Hoey, 2008). Door de verstandelijke beperking zijn hun vaardigheden minder ontwikkeld, waardoor ze minder keuzes kunnen maken. Met als gevolg dat ze minder respect krijgen en een lage status in onze maatschappij hebben (Conix, Claerhout, & Van Hoey, 2008).

Waarom hebben mensen dan seks? Uit een studie van Wyverkens et al. (2018) blijkt dat de redenen divers zijn en variëren ze volgens geslacht en leeftijd. Jonge vrouwen hebben seks om emoties te uiten, terwijl oudere vrouwen dit iets minder belangrijk vinden. Jongeren hebben vaker seks voor het fysieke aspect en voortplanting, dan oudere mensen, wat evolutionair gezien logisch lijkt. Vrouwen hebben seks om emoties en onzekerheden te uiten en mannen om fysieke redenen. De meeste mensen hebben seks om het plezier ervan te beleven. Dit onderzoek geeft inzicht in de beleving van seksualiteit bij vrouwen met een verstandelijke beperking.

Kennis van seksualiteit

Mensen met een verstandelijke beperking hebben weinig kennis van en ervaring met seksualiteit waardoor ze meer negatieve attitudes hebben tegenover seks (McCabe, 1999). Uit een onderzoek van Kijak (2013) blijkt dat de meeste mensen met een verstandelijke beperking wel een goede kennis hebben van geslachtsdelen van beide geslachten. Ongeveer de helft van de mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking heeft een goede kennis van bevruchting. Ze zouden een beperkte kennis hebben van seksueel overdraagbare ziektes, contraceptie, zwangerschap, bevalling en reacties om misbruik tegen te gaan (Conix, Lebeer, Swennen, & Huygens, 2010; Kijak, 2013; Leutar & Mihoković, 2007; Schaafsma, Kok, Stoffelen, & Curfs, 2017).

Door seksuele voorlichting wordt enerzijds kennis en attitudes vergaart van seksualiteit, seksuele beleving, seksuele rechten, seksuele identiteit, sekserollen, relaties en intimiteit.

Anderzijds worden vaardigheden ontwikkeld om weloverwogen beslissingen te kunnen nemen over seksualiteit en seksueel gedrag met als doel seksualiteit op een positieve manier te beleven (Schaalma, Reinders, & Kok, 2009). Conix, Claerhout en Van Hoey (2008) stellen dat seksuele voorlichting kansen biedt om inzichten te verruimen, gevoelens te verduidelijken, steun te bieden en waarden en normen toe te lichten. Dit met als doel om mensen met een verstandelijke beperking de mogelijkheid te geven om hun relaties en hun seksualiteit uit te bouwen.

Hoe moet seksuele voorlichting eruitzien? Volgens CGSO (Centrum voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding) Trefpunt coördinator Erika Frans (1999a in Lesseliers, 2000) zou seksuele vorming drie doelstellingen moeten hebben. In de eerste plaats moet seksuele voorlichting mensen begeleiden in hun ontwikkeling om intimiteit en seksualiteit met anderen te kunnen beleven. Vervolgens worden waarden en normen ontwikkeld tijdens seksuele voorlichting. Ten slotte speelt seksuele vorming een belangrijk middel in de preventie van risicogedrag.

Om attitudes te veranderen bij deze doelgroep moet seksuele voorlichting bij deze doelgroep focussen op de praktijk met concrete situaties. Vaak antwoorden mensen met een verstandelijke beperking op een sociaal wenselijke manier op vragen rond seksualiteit en in realiteit stellen ze vaak ander gedrag. Nieuwe attitudes en gedragingen moeten herhaald en inge oefend worden, zodat ze zich deze kunnen eigen maken (Schaafma, Kok, Stoffelen, & Curfs, 2015).

Vaak leren ze over seksualiteit via de televisie, voornamelijk via soaps en porno, waardoor ze er een vertekend beeld over hebben (Conix et al., 2010; Lesseliers, 2000). Deze beeldvorming beïnvloedt de seksuele handelingen en beleving van deze doelgroep (Lesseliers, 2000). Mensen met een verstandelijke beperking hebben ook meer risico om verkeerde informatie te krijgen (McDaniels & Fleming, 2016). In 2005 zijn er in Vlaanderen nog weinig scholen voor Buitengewoon Secundair Onderwijs (BUSO) die seksuele voorlichting systematisch in hun programma opnemen (Conix, Claerhout, & Ryckaert, 2005). Of er in 2019 meer aandacht aan wordt gegeven is onduidelijk, maar naast de schoolse vorming stelt de WHO dat seksuele vorming doorheen het hele leven aangeboden dient te worden (levenslang leren) (WHO, 2010).

Er is nood aan kwaliteitsvolle seksuele voorlichting (Kok, Maassen, Maaskant, & Curfs, 2009). De gebrekkige kennis is volgens Lesseliers (2000) het gevolg van gebrekkige seksuele voorlichting, tekort aan leerkanalen en diepgaande relationele belevingsmogelijkheden. Yau, Ng,

Lau, Chan en Chan (2009) zijn overtuigd dat seksuele vorming vaak onvolledig en ligt de focus vooral op beschermingsmaatregelen in plaats van op kennis en relaties. Bovendien is seksuele voorlichting vaak niet op niveau van de doelgroep, zo is het meestal vrij technisch en onpersoonlijk. De persoonlijke angsten of vragen komen meestal niet aan bod (Conix et al., 2010). Verschillende factoren spelen een rol bij de beperkte kennis van seksualiteit. Deze factoren worden nu besproken. Verder dient er ook aandacht gegeven worden aan weerbaarheidstraining om seksueel misbruik tegen te gaan (Lesseliers, 2000).

De eerste factor is de handelingsverlegenheid van de hulpverleners en het taboe rond seksualiteit. Uit een studie van Aga en Enzlin (2010) blijkt dat als een bewoner van een instelling zich "fixeert" op een begeleider, zijn gevoelens worden genegeerd. Meestal wordt er geen uitleg gegeven waarom hun gevoelens niet beantwoord kunnen worden. Hoe begeleiders omgaan met seksualiteit is heel persoonlijk en niet gestroomlijnd, waardoor er soms verwarring kan ontstaan bij de bewoners. Begeleiders vragen zich vaak af hoe de instelling waarvoor ze werken tegenover het onderwerp staat en willen meer duidelijkheid rond de specifieke noden en beperkingen van de bewoners. De relatie die begeleiders met bewoners aangaan zijn vaak gebaseerd op de opvoeding van eigen kinderen, vooral bij het stellen van grenzen. Hulpverleners weerspiegelen hun eigen waarden en normen tijdens seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke beperking (Aga & Enzlin, 2010; Kok, Maassen, Maaskant, & Curfs, 2009). Hulpverleners hebben behoefte aan professionele ondersteuning bij het geven van seksuele voorlichting (Kok et al., 2009). Bovendien hebben ze een beperkte inhoudelijke en praktische kennis over de mogelijkheden van seksuele dienstverlening (Aga & Enzlin, 2010).

Aan de ene kant spreken de mensen met een verstandelijke beperking niet openlijk over hun seksualiteit, omdat ze eerder geleerd hebben dat het een taboeonderwerp is en ze niet gewend zijn om erover te spreken. Ze zijn vaak niet assertief. Hun levensgeschiedenis, de wijze waarop hun omgeving hen behandelt en de plaats die ze innemen binnen de maatschappij hebben een impact op de manier waarop ze hun gevoelens uiten (Lesseliers, 2000). Aan de andere kant vinden de hulpverleners het lastig om met seksuele kwesties van bewoners om te gaan en er passend op te reageren en geven ze toe dat ze de bewoners weinig privacy geven. Hulpverleners zoeken vormingsmateriaal dat past bij hun eigen waarden en normen.

Doordat het sociaal-emotioneel niveau van mensen met een lichte tot matige verstandelijke beperking doorgaans hoger is dan bij mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking moeten hulpverleners hen anders benaderen. Vele psychische en gedragsproblemen zijn het gevolg van afwijkingen in het ontwikkelingsniveau. Deze kunnen de oorzaak zijn van ontremd seksueel gedrag of onbegrip van grenzen op seksueel niveau (Kok et al., 2009).

Vervolgens kunnen geloofsovertuigingen ook een impact hebben op de kennis van mensen met een verstandelijke beperking van seksualiteit. Zo onderscheidt Brown (1997) vier soorten visies over seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking, namelijk:

- De voorstanders van normalisatie: deze zijn voorstanders van mensenrechten en zijn tegen sterilisatie.
- Diegenen die verantwoordelijkheid opnemen en controle willen hebben, deze zijn voor sterilisatie.
- De voorstanders van abstinentie ter bescherming tegen seksueel misbruik.
- De humanisten: deze zijn voorstanders van mensenrechten en vinden dat mensen met een verstandelijke beperking het recht hebben op seksualiteit, trouwen en voortplanting als ze dat willen.

Deze geloofsovertuigingen hebben een impact op hoe seksuele voorlichting wordt gegeven aan deze mensen.

De ingesteldheid van de ouders is een volgende factor die een impact heeft op de kennis van mensen met een verstandelijke beperking over seksualiteit. Vele ouders ontmoedigen hun kinderen met een verstandelijke beperking om hun affectie ten aanzien van hun partner openlijk te vertonen. Vaak aanvaarden ze de nood aan seksualiteit van hun kind niet volledig, omdat ze angst hebben voor ongeplande zwangerschappen of seksueel misbruik. Sommige ouders negeren de seksuele noden van hun kind volledig (Leutar & Mihoković, 2007).

Vaak voelen ouders zich niet vaardig om seksuele voorlichting te geven aan hun kind met een verstandelijke beperking (Kok & Akyuz, 2015). Het is daarom belangrijk om ouders de nodige scholing te geven om hun kennis en self-efficacy te verbeteren, zodat ze beter kunnen antwoorden op de noden en vragen van hun kind (Brown, 1997; Kok & Akyuz, 2015; Leutar & Mihoković, 2007; McCabe, 1999). De angsten van de ouders over hygiëne (menstruatie en scheren), controle

van seksueel gedrag, seksueel misbruik en communicatie kunnen tijdens zo'n opleiding aan bod komen (Kok & Akyuz, 2015).

Het is belangrijk om ouders en mensen met een verstandelijke beperking te ondersteunen via begeleiding, zelfhulpgroepen en verenigingen zodat ouders op een gepaste manier kunnen omgaan met de seksualiteit van hun kind (Leutar & Mihoković, 2007). Een warm gezinsklimaat is belangrijk voor een goede seksuele gezondheid bij deze doelgroep (Kok et al., 2009).

Er worden soms leugens en mythes rond seksualiteit verteld aan mensen met een verstandelijke beperking om hen asexueel te houden. Er zijn veel vooroordelen rond hun seksualiteit en het is belangrijk dat deze mensen zich bewust zijn van die vooroordelen. Op die manier kunnen ze de attitudes van hun omgeving beter plaatsen, leren ze kritisch na te denken en krijgen ze meer self-advocacy (Hingsburger & Tough, 2002). Self-advocacy leidt tot een betere waardering van seks, zelf-determinisme en bewustere keuzes (Bernert & Ogletree, 2013).

Er zijn drie mythes over seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking (Conix et al., 2010):

- Mensen met een verstandelijke beperking zijnde asexueel en de angst om slapende honden wakker te maken.
- Mensen met een verstandelijke beperking zijn eeuwige kinderen.
- Mensen (met een verstandelijke beperking) leren seks uit zichzelf.

Elk van deze mythes heeft een impact op de kennis van deze mensen over seksualiteit. Mensen met een verstandelijke beperking hebben wel behoefte aan seks (Kok et al., 2009).

Verder blijkt uit de studie van Conix et al. (2010) dat vrouwen seks leren via relaties. De controverse is dat ze te weinig experimenteeransen hebben, omdat ze vaak onder begeleiding staan. Mannen met een verstandelijke beperking die al dan niet onder begeleiding staan, zouden meer experimenteeransen krijgen, waardoor vrouwen op volwassen leeftijd een grotere achterstand hebben op hun partners.

Door beperkte kennis van seksualiteit worden deze mensen vaker blootgesteld aan een aantal risicofactoren. Zo hebben mensen met een lichte verstandelijke beperking het meeste risico op seksueel misbruik (Cambridge, Beadle-Brown, Milne, Mansell, & Whelton, 2011; Chamberlain, Rauh, Passer, McGrath, & Burket, 1984), meestal door een familielid of iemand die ze goed kennen (Chamberlain et al., 1984). Naar eigen zeggen werden 61% van de vrouwen met een

verstandelijke beperking ooit seksueel misbruikt (De Berlo, De Haas, Van Oosten, Van Dijk, Brants Tonnon, & Storms, 2011). Daders van seksueel misbruik hebben vaak ook een verstandelijke beperking, omdat ze minder inzicht hebben in grenzen van seksueel gedrag (Wensink, Vermeer, & de Wit, in Kok, Maassen, Maaskant, & Curfs, 2009). Bovendien blijken kinderen met een beperking gemiddeld tot vijf keer meer risico te lopen op enige vorm van misbruik in vergelijking met kinderen zonder beperking (Hingsburger et al., in Goethals, Van Hove, & Vander Laenen, 2018).

Voor hen is het moeilijker om toe te stemmen in seks. Kennis rond seks zou hen beter in staat stellen om objectieve keuzes te maken, maar aangepaste seksuele voorlichting ontbreekt of is onvoldoende informatief voor deze doelgroep (McCabe, 1999; McDaniels & Fleming, 2016). Door gebrekkige kennis over soa's lopen ze het risico om onveilige keuzes te maken en risicogedrag te vertonen bij sociale dilemma's (McGillivray, 1999). O'Callaghan en Murphy (2007) brengen het gebrek aan kennis van de wetgeving rond seksuele relaties in verband met seksueel misbruik.

Beperkte kennis over soa's kan hoger risicogedrag als gevolg hebben (Servais, 2006). Uit een onderzoek van McGillivray (1999) blijkt dat mensen met een verstandelijke beperking minder adaptieve attitudes vertonen tegenover AIDS dan de normale populatie. Ze zouden ook minder zelfvertrouwen hebben in het kunnen hebben van veilige seks.

Door beperkte kennis van seksualiteit is de beleving doorgaans slechter. Beperkt zelf-determinisme en self-efficacy leiden tot een slechtere beleving van de seksualiteit. Door negatieve ervaringen en misbruik leggen deze vrouwen zich vaak volledige seksuele onthouding op. Er is slechts een minderheid die seks associeert met genot en plezier (Bernert & Ogletree, 2013). Bij seksuele ervaringen is er meestal geen sprake van een seksueel spel, het gaat alleen om vaginale of anale penetratie (Conix et al., 2010).

Veel vrouwen met een verstandelijke beperking hebben negatieve gevoelens en percepties tegenover seks. Ze zijn bang voor de eerste keer en voor negatieve consequenties. Bovendien hebben ze vaak onbeantwoorde vragen rond fysiologische aspecten die met seks gepaard gaan (Bernert & Ogletree, 2013). Masturbatie is de meest frequente vorm van seksueel gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking, toch staan ze er vaak negatief tegenover (Kijak, 2013; Leutar & Mihoković, 2007). Velen ervaren masturbatie als de enige vorm van seksuele activiteit voor mensen met een beperking (Kijak, 2013). In residentiële instellingen krijgen ze vaak niet de kans om positieve ervaringen op te doen (Bernert & Ogletree, 2013; Conix et al., 2010). Ze

hebben de seksuele vaardigheden niet en er is geen ruimte om te kunnen experimenteren (Bernert & Ogletree, 2013).

Vanuit Aditi vzw, het Advies- en informatiecentrum voor seksualiteit voor mensen met een beperking, merkt men dat er tijdens seksuele interactie tussen mensen met een verstandelijke beperking vaak iets misloopt. In Vlaanderen blijkt er echter heel veel materiaal voor voorlichting beschikbaar te zijn bij Sensoa, het Vlaams Centrum voor Seksuele Gezondheid. Een zoekopdracht op de website van Sensoa naar seksueel voorlichtingsmateriaal voor mensen met een verstandelijke beperking levert maar liefst 43 vormingskits op. Uit gesprekken tussen Aditi vzw en mensen met een verstandelijke beperking blijkt er een tekort te zijn aan kennis van seksualiteit. Met ondersteuning van de Wetenschapswinkel, Sensoa en Aditi vzw onderzoekt deze masterproef de kennis, de attitudes en de beleving van vrouwen met een verstandelijke beperking. Het doel is de begeleiders data te geven over de huidige kennis, welke specifieke thema's gekend zijn en welke niet, om zo meer in te zetten op seksuele voorlichting.

Methode

Voor deze studie werd er gekozen voor een kwantitatief onderzoek, zodat de attitudes en de kennis van seksualiteit gekwantificeerd konden worden. Een deel van de resultaten werd op een kwalitatieve manier weergegeven via citaten, zodat de nodige nuances aangebracht kunnen worden.

Deelnemers

De deelnemers van deze studie waren 26 vrouwen met een lichte tot matige verstandelijke beperking, die seksueel actief kunnen zijn en tussen 26 en 61 jaar oud zijn ($M=41,4$ jaar). Het merendeel van de deelnemers was ongehuwd. Tabel 1 geeft de relationele status weer.

Tabel 1

Relationele status

	<i>n</i>	Percentage
Vaste relatie met seks	12	46,2
Vaste relatie zonder seks, met extra sekspartner	2	7,7
Vaste relatie zonder seks	2	7,7
Vrijgezel, wil geen relatie meer	5	19,2
Vrijgezel, wil een relatie	3	11,5
Vrijgezel, heeft nooit een relatie gehad	2	7,7

!

De deelnemers woonden in een residentiële voorziening, in begeleid wonen, in kamer wonen of bij hun ouders. De verdeling van de woonsituatie wordt weergegeven in tabel 2.

Tabel 2

Woonsituatie

	<i>n</i>	Percentage
Residentiële voorziening	14	53,8
Begeleid wonen	6	23,1
Kamerwonen	2	7,7
Inwonend bij ouders	4	15,4

!

Aditi vzw selecteerde en nam contact op met de residentiële voorzieningen, dagcentra en organisaties voor begeleid wonen, gelegen over heel Vlaanderen en Brussel met de vraag om deel te nemen aan de studie. Daarbij werd het onderzoek toegelicht met een brief die opgesteld werd door de onderzoeker. De voorzieningen hebben zelf de deelnemers geselecteerd.

De praktische afspraken rond datum en tijd van het onderzoek werden vastgelegd tussen de begeleiders of de directie van de voorzieningen en de onderzoeker en in sommige gevallen werden ze rechte reeks gepland met de deelnemers. De ruimte waar het interview plaatsvond, werd gekozen door de deelnemers, zodat ze een plaats konden kiezen waar ze zich veilig voelden. Vaak kozen ze hun kamer, omdat het vertrouwd aanvoelde. Alle deelnemers werden individueel geïnterviewd. Om de anonimiteit te garanderen werden de namen van de deelnemers vervangen door een identificatiecode.

De resultaten van dit onderzoek zijn niet generaliseerbaar naar de hele populatie van vrouwen met een lichte en matige verstandelijke beperking, omdat de steekproef onvoldoende deelnemers telde (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

Apparatuur en materiaal

De interviews werden opgenomen via opnameapparatuur van de Wetenschapswinkel. Het interview is een zelf samengesteld semigestructureerd interview, dat werd opgebouwd op basis van verschillende vragenlijsten en seksueel vormingsmateriaal. Om de kennis van seksualiteit te meten werd er voornamelijk met gesloten vragen gewerkt, om de attitudes tegenover seksualiteit te begrijpen werd er vooral gebruik gemaakt van open vragen. Er werd flexibel omgegaan met de

volgorde van de vragen. Naargelang wat de deelnemer vertelde, werden vragen eerder of later gesteld.

Bij aanvang van het interview werden enkele persoonsgegevens gevraagd, zijnde de leeftijd van de deelnemer, de relationele status, de residentiële voorziening waar ze verblijft en of ze al seks heeft gehad. Dit zijn belangrijke gegevens voor de data-analyse.

De vragenlijst bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk de Seksuele Dubbele Standaard, de kennis, de Sexpert enquête (Buisse, Enzlin, Lieven, T'Sjoen, Vanhoutte, & Vermeer, 2013) en de beleving. Deze verschillende onderdelen worden hieronder verder uitgelegd.

Ten eerste werd er getoetst naar de dubbele standaard via de vragenlijst Scale for the Assessment of Sexual Standards Among Youth (SASSY). Deze vragenlijst heeft een goede interne consistentie met een Cronbach's alpha van .89 (Emmerink, van den Eijnden, ter Bogt, & Vanwesenbeeck, 2017). De SASSY heeft bovendien een goede one-factor model fit, test-hertest betrouwbaarheid, construct en convergente validiteit getest op de normale populatie (Emmerink et al., 2017). Ik heb de Nederlandstalige versie van Dr. Emmerink ontvangen per email. Deze vragenlijst bestaat uit 19 uitspraken, met een zes puntenschaal (van helemaal oneens tot helemaal eens). Om de antwoorden eenvoudiger te houden voor deze doelgroep werd er gekozen om te werken met drie antwoordmogelijkheden, namelijk "oneens", "eens" en "ik weet het niet". Er werden maar 10 uitspraken gevraagd, omdat de dubbele standaard slechts een onderdeel is van deze studie. Voorbeelden van uitspraken zijn "Als een jongen eenmaal seksueel opgewonden is, mag een meisje eigenlijk geen seks weigeren" en "Ik vind seks voor een meisje minder belangrijk dan voor een jongen".

Om de kennis van seksualiteit te bevragen werd er gebruik gemaakt van het boek "Seks@Relaties.KOM! : Werkboek voor mensen met een verstandelijke beperking - Deel 1: Seksualiteit" (Conix, Claerhout, & Ryckaert, 2005). Het is een methode om seksuele voorlichting te geven aan mensen met een verstandelijke beperking. Bij dit boek horen cd-roms met prenten dat ook gebruikt werd tijdens het interview. Er werd geopteerd voor deze methode vertrekkende van het idee dat mensen met een verstandelijke beperking die al voorlichting hebben gehad deze kennis zouden moeten hebben. Bovendien is de taal gebruikt in het boek aangepast aan het niveau van de doelgroep. Er werden enerzijds foto's gebruikt om bepaalde onderwerpen aan te kaarten en anderzijds stellingen waar de deelnemers ja of nee op moesten antwoorden.

Voorbeelden van stellingen zijn "Je wassen na het vrijen zorgt ervoor dat je niet ziek kan worden" en "Door te tongkussen kun je een soa krijgen". Om de verschillende delen van de vagina visueel te bevragen werd er gebruik gemaakt van een kunstvagina (Sensoa, 2018).

Verder werden de praatplaten van de Lief, Lijf & Leven-box van KLOS-Media (2015) gebruikt. Dat is ook een seksuele vormingsmethode waarbij prenten werden gebruikt om gesprekken aan te gaan over seksualiteit, partners, vriendschappen en weerbaarheid. Deze methode werd gebruikt om de attitudes en kennis van seksualiteit te toetsen.

Het onderdeel kennis werd in 6 categorieën opgedeeld volgens thema, namelijk

1. Anatomie
2. Anticonceptie, zwangerschap en maandstonden
3. Soa's
4. Homoseksualiteit
5. Termen
6. Masturberen

Er werd een totaal gemaakt van alle onderdelen om een totaalscore te bekomen op het onderdeel kennis.

Het laatste onderdeel behandelt de beleving rond seksualiteit. Om de beleving en attitudes van mensen met een verstandelijke beperking rond seksualiteit te vergelijken met mensen zonder beperking werden er een aantal vragen van de Sexpert enquête (2013) gesteld. Deze enquête werd door de UGent samengesteld en alle vragen werden wetenschappelijk onderbouwd. Een voorbeeldvraag is "Zijn volgende emoties geassocieerd met seks? Per emotie ja of nee antwoorden: Gelukkig, geborgen, ontspannen, trots, zelfzeker, droevig, beschaamd, ontgoocheld, angstig, schuldig". Deze vraag peilt naar de beleving van seks.

Dit onderdeel werd in zes categorieën verdeeld namelijk de seksuele ervaring (1), de redenen indien nog geen seks gehad (2), de zelfbeleving tijdens het laatste seksueel contact (3), de emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact (4), de beleving (5) en de vrijheid van handelen (6).

De eerste vier categorieën werden gepeild aan de hand van de Sexpert enquête (2013). De vijfde categorie "beleving" zijn vragen die de onderzoeker in samenwerking met Aditi vzw en Sensoa heeft opgesteld. Deze peilen naar de mate van plezier in seks en wat precies al dan niet

plezierig is. Ook de mate waarin er kan gepraat worden over seks en met wie werd hier gemeten. Verder werd de weerbaarheid gemeten aan de hand van praatplaten van Lief ,Lijf & Leven. (KLOS-media, 2015).

De zesde categorie behandelt de vrijheid van handelen. Ook hier werden de vragen door de onderzoeker in samenspraak met Aditi vzw en Sensoa opgesteld. Hier werd nagegaan hoe de omgeving van de proefpersoon staat tegenover het feit dat ze seks hadden. De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage A.

Procedure

Bij aanvang van elk interview stelde de onderzoeker zich voor en lichtte de informed consent toe, waarbij het doel van het onderzoek en de anonimiteit werd benadrukt. De deelnemers hebben allemaal een informed consent ondertekend bij aanvang van het interview. Door de beperking van de deelnemers werd er geopteerd voor een informed consent met pictogrammen. De onderzoeker vermeldde dat de deelname geheel vrijwillig was, dat er geen goede of foute antwoorden waren en dat de deelnemers mochten weigeren om vragen te beantwoorden. Bovendien gaf de onderzoeker mee dat de uitkomsten van het onderzoek geen nadelig effect zal hebben op de deelnemers. De informed consent is terug te vinden in bijlage B. Elk interview duurde ongeveer een uur. Alle interviews werden integraal uitgetypt in het tekstverwerkingsprogramma Word (versie 2011 voor Mac).

Er werd gekozen voor een kwantitatieve analyse van de resultaten. Deze analyse werd verricht met MS Excel en SPSS. Percentages werden vergeleken, likelihood ratio's werden gebruikt om nominale waarden te vergelijken, gemiddelden werden weergegeven en lineaire regressies/ANOVA t-testen werden gebruikt om de kennisonderdelen te vergelijken met elkaar.

Antwoorden op open vragen werden geclusterd zodat we op een kwantitatieve manier onderzocht konden worden. Verder werden citaten weergegeven om de onderzoeksresultaten te nuanceren en te verduidelijken.

Resultaten

Seksuele Dubbele Standaard (SDS)

Tabel 3

Resultaten vragen Seksuele Dubbele Standaard

	Eens (n)	Oneens (n)	Weet het niet (n)	N
Als een jongen eenmaal seksueel opgewonden is, mag een meisje eigenlijk geen seks weigeren	23,08% (6)	73,08% (19)	3,85% (1)	26
Meisjes moeten zich op gebied van seks terughoudender gedragen dan jongens	23,08% (6)	61,54% (16)	15,38% (4)	26
Een jongen hoort meer van seks af te weten dan een meisje	23,08% (6)	69,23% (18)	7,69% (2)	26
Ik vind seks voor een meisje minder belangrijk dan voor een jongen	23,08% (6)	76,92% (20)	0,00% (0)	26
Ik vind het normaal dat een jongen de dominante rol neemt in seks	23,08% (6)	76,92% (20)	0,00% (0)	26
Soms moet een jongen een beetje druk uitoefenen op een meisje om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil	46,15% (12)	53,85% (14)	0,00% (0)	26
Een jongen heeft meer recht op seksueel genot dan een meisje	15,38% (4)	76,92% (20)	7,69% (2)	26
Voor jongens is seks belangrijker dan voor meisjes	26,92% (7)	65,38% (17)	7,69% (2)	26
Jongens en meisjes willen heel verschillende dingen in seks	61,54% (16)	23,08% (6)	15,38% (4)	26
Ik vind het meer bij een jongen passen dan bij een meisje om vaak te masturberen	42,31% (11)	46,15% (12)	11,54% (3)	26

Tabel 3 geeft de resultaten weer van de antwoorden op de vragen rond de SDS. Met 62,31% van de vragen waren de proefpersonen oneens, met 30,77% eens en met 6,92% wisten de proefpersonen geen antwoord te geven. De vragen waarmee de proefpersonen eens waren geven de mate waarin de SDS aanwezig is. De vergelijking met de oorspronkelijke SDS-studie is niet mogelijk, omdat de onderzoeksgegevens van deze studie niet beschikbaar waren.

De vragen "Ik vind seks voor een meisje minder belangrijk dan voor een jongen" en "Voor jongens is seks belangrijker dan voor meisjes" meten in principe hetzelfde. Toch geven 9 van de

26 vrouwen verschillende antwoorden op deze vragen. Volgende citaten nuanceren bovenstaande resultaten:

Onderzoeker: "Als een jongen eenmaal seksueel opgewonden is, mag een meisje eigenlijk geen seks weigeren"

Deelneemster: "Eigenlijk niet, als het meisje niet wilt seksen dan moet dat niet. Want ik heb ook eens.... ik was in bed, ik keek tv en hij was opgewonden. En hij heeft dan seks gedaan met mij zonder mijn toelating en ik vind niet. Als het meisje niet wilt en de jongen wilt wel, dan vind ik niet dat het meisje moet dat doen. Ik zou zeggen dat ik geen goesting heb, ik vind het niet leuk, ik wil het niet"

O: "Jongens en meisjes willen heel verschillende dingen in seks"

D1: "Dat denk ik wel. Dat een jongen hem graag nekeer laat pijpen. Sorry dat ik het zo vlakaf zeg. En dat een meisje meer is voor knuffelen en strelen en ja... euh... we zien wel, hé. Ik denk dat een vrouw daar anders in is. Dan een man daar meer... beetje ruwer in is, soms, denk ik. Een vrouw kan teder zijn. Dat een man ruig of stoer kan zijn. Of zich stoer voordoen."

D2: "Ja, dat heb ik al veel ondervonden van op tv en van dinges. Dat vind ik van wel, ja. Op handen en voeten dat wil ik niet en dat wilt hij dan wel. Of sperma, dat ik sperma zuig en dat wil ik niet en dat wilt hij wel. Ik zeg als ik niet wil en dan zegt hij wel ok. Ik wel echt ne goeie daarin."

O: "Ik vind seks voor een meisje minder belangrijk dan voor een jongen."

D: "Ik denk dat een jongen daar meer naar verlangt dan een meisje. Ik denk dat een vrouw daar anders in is. Misschien heeft die dat minder nodig, dat denk ik. "

O: "Een jongen heeft meer recht op seksueel genot dan een meisje."

D: "Nee, helemaal niet. Vrouwen hebben daar ook recht op. Mannen zijn niet meer dan vrouwen, he. We zijn hier niet in de Arabische wereld waar de mannen meer zijn dan een vrouw. Want dat is daar wel zo, ze."

O: "Een jongen hoort meer van seks af te weten dan een meisje"

D: "Oei, dat is moeilijk. Jongens weten vaak meer. Maar dat moet niet, hé."

O: "Ik vind het meer bij een jongen passen dan bij een meisje om vaak te masturberen"

D: "Nee, ik doe dat niet alleen. Nee, bij een meisje past dat niet."

Volgend citaat toont aan dat, hoewel de SDS niet aanwezig is, ze risico lopen op misbruik door hun beperking.

O: "Meisjes moeten zich op gebied van seks terughoudender gedragen dan jongens, meer afwachten dat de jongen iets doet"

D: "Nee, als meisje goesting heeft, dan vind ik niet dat het meisje zich moet terughouden. Het moet langs de beide kanten goed passeren. Want bij mij is die jongen die ik nu vertel, wij zijn alle twee niet terughoudend, we willen het alle twee. En zo moet het zijn. Niet ene wel en den andere niet. Dat gaat niet, want als de penetratie er is dan doet dat pijn. En dan voelt het meisje zich niet goed of de jongen voelt zich ook niet goed. En dan dan gaat het niet. Ik heb dat voorgehad met een zwarte jongen en die penetratie heeft heel pijn gedaan. Heel heel heel erg pijn gedaan. (...) en ik was niet klaar. Hij had mij niet klaargemaakt. Dus dat deed pijn."

In volgend citaat krijgen we een idee van de invloed van ouders van vrouwen met een verstandelijke beperking op de seksualiteit van hun dochters:

O: "Een jongen heeft meer recht op seksueel genot dan een meisje"

D: "De meisjes heeft niet zoveel plezier in seks. Vaak heb ik geen zin om te doen. Ik ben altijd bang dat die ziek is. Ik wil eerst zekerheid op papier dat die niet ziek is. Dat heeft mijn mama zo uitgelegd. Mijn mama zegt dat als ik de ziekte heb dat dat keiveel pijn doet, dat pikt."

Kennis

1. Anatomie

Tabel 4

Resultaten kennis anatomie

	Juist (n)	Fout (n)	+/- (n)	N
Mannen / jongens: Wie is de jongste en wie is de oudste?	96,15% (25)	3,85% (1)	0,00% (0)	26
Vrouwen / meisjes: Wie is de jongste en wie is de oudste?	88,46% (23)	3,85% (1)	7,69% (2)	26
Waarvoor dienen de borsten van een vrouw?	92,31% (24)	3,85% (1)	3,85% (1)	26
Toon en benoem eens de delen van de vrouw:				
Clitoris	34,62% (9)	61,54% (16)	3,85% (1)	26
Vagina	57,69% (15)	30,77% (8)	11,54% (3)	26
Anus	84,62% (22)	15,38% (4)	0,00% (0)	26
Binnenste schaamlippen	30,77% (8)	61,54% (16)	7,69% (2)	26
Buitenste schaamlippen	3,85% (1)	92,31% (24)	3,85% (1)	26
Plasgaatje	73,08% (19)	26,92% (7)	0,00% (0)	26
Toon en benoem eens de delen van de man:				
Penis	100,00% (26)	0,00% (0)	0,00% (0)	26
Teelballen	92,31% (24)	3,85% (1)	3,85% (1)	26
Schaamhaar	96,15% (25)	3,85% (1)	0,00% (0)	26

Tabel 4 geeft een overzicht van de resultaten per vraag over kennis van anatomie. De gemiddelde score op de vragen over anatomie bedroeg 72,60%. Correcte benamingen, alternatieve benamingen en/of het kunnen benoemen van de functie werden als correct beschouwd.

De gemiddelde score op kennis van anatomie van de vrouw ($M=49,68\%$) lag veel lager dan de gemiddelde score op kennis van anatomie van de man ($M=96,79\%$).

Bij de vraag die peilt naar de functie van de borsten werd bij drie van de vier vrouwen die kinderen kregen gevraagd naar hun ervaring met borstvoeding. Geen van de vrouwen had

borstvoeding gegeven en hieronder wordt weergegeven welke redenen twee vrouwen daarvoor gaven.

D1: "Ik heb geen borstvoeding gegeven, want voor mij is dat te moeilijk om mijn borsten aan andere mensen te laten zien."

O: "Heb je dat gedaan met uw dochttertje? (Borstvoeding gegeven)"

D2: "Nee (...) ik wou dat niet. Dan moest ik 's nachts opstaan voor borstvoeding te geven. En dat wou ik nooit niet. Zo 's nachts opstaan voor een fles tegen, dan ben ik lastig en al."

2. Anticonceptie, zwangerschap, maandstonden

Tabel 5

Resultaten kennis Anticonceptie, zwangerschap, maandstonden

	Juist (n)	Fout (n)	+/- (n)	n
Bloed in de onderbroek / Maandstonden:				
Wat is het?	92,31% (24)	7,69% (2)	0,00% (0)	26
Wanneer gebeurt dat?	76,92% (20)	23,08% (6)	0,00% (0)	26
Zwangere vrouw:				
Wat zie je?	100,00% (26)	0,00% (0)	0,00% (0)	26
Hoe gebeurt de bevruchting?	57,69% (15)	3,85% (1)	38,46% (10)	26
Vrouw die de pil neemt:				
Wat zie je?	96,15% (25)	3,85% (1)	0,00% (0)	26
Waarvoor zou de vrouw die pil nemen?	88,00% (22)	12,00% (3)	0,00% (0)	25
Hoeveel pillen moet je nemen?	78,26% (18)	21,74% (5)	0,00% (0)	23
Vrouw die de prikpil krijgt:				
Wat zie je?	69,23% (18)	23,08% (6)	7,69% (2)	26
Waarvoor dient zo'n spuit?	84,00% (21)	12,00% (3)	4,00% (1)	25
Veilig vrijen / condoom:				
Hoe heet dit?	76,92% (20)	23,08% (6)	0,00% (0)	26
Waarvoor wordt het condoom gebruikt?	46,15% (12)	3,85% (1)	50,00% (13)	26
Wie moet er een condoom gebruiken?	100,00% (26)	0,00% (0)	0,00% (0)	26
Hoe moet je een condoom gebruiken?	61,54% (16)	34,62% (9)	3,85% (1)	26
Waar kan je condooms kopen?	92,00% (23)	8,00% (2)	0,00% (0)	25

Tabel 5 geeft een overzicht van de resultaten per vraag over kennis van anticonceptie, zwangerschap en maandstonden. In tabel C1 worden de gemiddelden per onderdeel weergegeven. De gemiddelde score op de kennis van condooms bedraagt 81,6%. Sommige vrouwen wisten hoe ze het condoom moesten gebruiken, maar hadden het nooit gebruikt.

D: "Ik vind dat dat niet wordt veel gezegd op de scholen, ik vind dat heel moeilijk. Want eigenlijk moet de man dat kunnen, maar als de man het niet kan, dan moet de vrouw dat kunnen. Maar ik heb maar 1 keer met een condoom gevreeën en vond dat vreed ambetant en dat glijdt niet goed. En ik heb daar niet veel van geleerd. Ik heb daar eigenlijk niet van geleerd. (...) Want dat hebben we niet geleerd op school. We hebben alleen van de vrouw en de man geleerd, het eitje en het bloemeke, maar niet van echt een condoom. Maar dat was vroeger, toen ging het over hoe dat ge het doet, maar niet van een condoom. En nu leren ze meer van een condoom dan van hoe je het doet."

Afhankelijk van de anticonceptiemethode die gebruikt werd konden de deelnemster gemakkelijker of moeilijker vragen beantwoorden. De regelmaat van de maandstonden konden de deelnemsters die de prikpil namen, een spiraaltje hadden, gesteriliseerd waren of al voorbij de menopauze waren moeilijk beantwoorden. Deze vrouwen hadden namelijk geen maandstonden meer. Verder was het moeilijk voor de vrouwen die de pil niet namen om te antwoorden op de vraag "Hoeveel pillen moet je nemen?".

Het gemiddelde op de vraag "Hoe gebeurt de bevruchting" is 76,92%. De gemiddelde score op dit onderdeel bedroeg 83,66%.

De vraag "Wat doet de gynaecoloog?" waren de meest voorkomende antwoorden borsten onderzoeken (70.83%, $n=17$), een uitstrijkje nemen (62.5%, $n=15$) en controleren voor kanker (37.5%, $n=9$). Deze vraag werd als open vraag gesteld en werd niet verrekend in de score op dit onderdeel en de totale score voor kennis.

3. Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)

Tabel 6

Resultaten kennis soa's

		Juist (n)	Fout (n)	+/- (n)	n
1	Door te tongkussen kun je een soa krijgen	23,08% (6)	73,08% (19)	3,85% (1)	26
2	Wanneer bij het vrijen de penis in de vagina gaat, kun je een soa krijgen	80,77% (21)	19,23% (5)	0,00% (0)	26
3	Van vrijen met jezelf kun je een soa krijgen	61,54% (16)	38,46% (10)	0,00% (0)	26
4	Je wassen na het vrijen, zorgt ervoor dat je geen soa krijgt	50,00% (13)	50,00% (13)	0,00% (0)	26
5	Alleen mannen die seks hebben met mannen of vrouwen die seks hebben met vrouw kunnen een soa krijgen	80,77% (21)	19,23% (5)	0,00% (0)	26
6	Door met iemands zweet of adem in contact te komen, kun je een soa krijgen	65,38% (17)	34,62% (9)	0,00% (0)	26
7	Wanneer je bij het vrijen een beetje sperma in de mond krijgt, kun je een soa krijgen	44,00% (11)	56,00% (14)	0,00% (0)	25
8	Door uit een kopje van een ander te drinken, kun je een soa krijgen	36,00% (9)	64,00% (16)	0,00% (0)	25
9	Mensen die met een soa besmet zijn, weten dit altijd	76,00% (19)	24,00% (6)	0,00% (0)	25
10	Als je tijdens het vrijen aan de vagina likt van de vrouw die haar maandstonden heeft, kun je een soa krijgen	52,00% (13)	48,00% (12)	0,00% (0)	25
11	Wanneer je spuug in je gezicht krijgt, kun je een soa krijgen	46,15% (12)	53,85% (14)	0,00% (0)	26

Tabel 6 geeft de resultaten weer per vraag over soa's. Op de vragen 1, 7, 8 en 11 gaf meer dan de helft van de deelnemers een foutief antwoord. De gemiddelde score op het onderdeel dat de kennis over soa's meet bedroeg 55,98%.

4. Homoseksualiteit

Tabel 7

Resultaten kennis homoseksualiteit

	Juist (n)	Fout (n)	N
Een lesbisch koppel dat elkaar knuffelt: Wat zie je? Hoe noemen we dat?	92,31% (24)	7,69% (2)	26
Een homokoppel dat elkaar knuffelt: Wat zie je? Hoe noemen we dat?	92,31% (24)	7,69% (2)	26

Tabel 7 illustreert de resultaten van de antwoorden weer per vraag over homoseksualiteit. De gemiddelde score op dit onderdeel bedroeg 92,31% en is bijgevolg de hoogste score in de het onderdeel kennis.

5. Termen

Tabel 8

Resultaten kennis termen

	Juist (n)	Fout (n)	+/- (n)	n
Kan je vertellen wat beffen is?	26,92% (7)	73,08% (19)	0,00% (0)	26
Wat bedoelen mensen als ze praten over voorspel?	28,00% (7)	68,00% (17)	4,00% (1)	25
Wat betekent "penetratie"?	12,00% (3)	88,00% (22)	0,00% (0)	25

Tabel 8 geeft de resultaten weer op de vagen over termen. Op alle vragen geeft meer dan de helft van de deelnemers een foutief antwoord. De gemiddelde score op het onderdeel dat de kennis van termen meet bedroeg 22,97% en is bijgevolg de laagste score in de categorie kennis van seksualiteit.

6. Masturberen

Tabel 9

Resultaten kennis masturberen

	Juist (n)	Fout (n)	n
Ken je andere woorden voor seks met jezelf?	56,00% (14)	44,00% (11)	25
Waar mag je wel en waar mag niet masturberen?	100,00% (25)	0,00% (0)	25

!

In tabel 9 worden de antwoorden op de vragen over masturberen weergegeven. De gemiddelde score op het onderdeel dat de kennis over masturberen meet bedroeg 76%.

D: "Ik heb dat één keer gedaan."

O: "Vond je dat niet tof?"

D: "Nee, dat is zo, dat is wel tof, maar dat doen pijn om het bij uzelf te doen. Daar moet je echt mee stoppen dan."

D: "Ik doe dat alleen als ik een onderbroek aanheb. Ik durf daar zelf niet aan te komen. Erover wrijven zo, over de vagina en de clitoris. Ik kan dat niet zo goed, ik doe dat alleen als ik een onderbroek aanheb."

7. Totaal kennis

De gemiddelde totaalscore op de kennis van seksualiteit bedroeg 69,63%. Een regressieanalyse van de totale kennis als afhankelijke variabele en alle onderdelen als onafhankelijke variabelen toont dat alle onderdelen significant bijdragen tot het totaal. Daarenboven correleren alle onderdelen significant met het totaal van kennis.

Een ANOVA-toets met als afhankelijke variabelen alle totalen van de verschillende onderdelen van kennis en als factor de totale score op kennis. De totale kennis correleert significant met de totale score op anatomie ($F(8,17)=5,198, p=.002$) (tabel C2), soa's ($F(12,13)=7,478, p<.001$) (tabel C3) en masturberen ($F(2,23)=10,505, p=.001$) (tabel C4).

Een independent samples t-test met als afhankelijke variabele de totale kennis en als onafhankelijke variabele of de vrouwen al dan niet al seks hebben gehad, geeft aan dat de vrouwen die nog geen seks hebben gehad hebben gemiddeld een lagere score ($M=55,85, n=6$) dan de vrouwen die al seksuele betrekking hebben gehad ($M=62,89, n=20$). Toch is dit verschil niet significant ($t(24)=1,461, p=.157$) (tabel C5).

De vrouwen die begeleid kamerwonen hebben gemiddeld een hogere totaalscore op kennis ($M=67,0826$) (tabel 10), maar een ANOVA toont aan dat dit verschil niet significant is ($F(3,22)=1,141, p=.355$) (tabel C6).

Tabel 10

Totaalscore kennis opgesplitst per woonsituatie

Report			
TotaalKENNIS			
Woonsituatie	Mean	N	Std. Deviation
Residentiële voorziening	59,2086	14	10,91965
Begeleid wonen	66,8351	6	11,26564
Kamerwonen	67,0826	2	5,77368
Inwonend bij ouders	57,2500	4	8,34166
Total	61,2729	26	10,59111

Sexpert enquête (2013) en beleving

1. Seksuele ervaringen

De eerste vragengroep van de Sexpert enquête (2013) die gebruikt werden is de ervaring met bepaalde handelingen. Analoog aan de Sexpert enquête (2013) splitsen we de resultaten op in twee groepen, namelijk de vrouwen die reeds geslachtsgemeenschap hebben gehad en de vrouwen die nog maagd zijn. De resultaten van de handelingen "Geslachtsdelen van de partner stimuleren met de hand", "Pijpen", "Gebest worden" en "Gebruik van seksspeeltjes" voor de groep die nog geen seks heeft gehad, rapporteert Sexpert (2013) niet.

Voor de groep die reeds seks heeft gehad, kunnen de resultaten niet vergeleken worden, omdat de vraag op een andere manier stelde. Sexpert (2013) peilt naar de handelingen die de laatste 6 maanden gesteld werden. In dit onderzoek wordt gepeild naar of deze handelingen ooit gesteld werden.

In tabel 11 worden de resultaten van de vrouwen die seks hebben gehad weergegeven en in tabel 12 die van de vrouwen die nog geen seks hebben gehad.

Tabel 11

Seksuele ervaringen indien al seks gehad

	Ja (n)	Nee (n)	n
Knuffelen	95,24% (20)	4,76% (1)	21
Strelen boven de kleren	85,71% (18)	14,29% (3)	21
Strelen onder de kleren	85,71% (18)	14,29% (3)	21
Naakt bij elkaar liggen	80,95% (17)	19,05% (4)	21
Elkaars naakte lichaam strelen	85,71% (18)	14,29% (3)	21
Droogvrijen	57,89% (11)	42,11% (8)	19
Geslachtsdelen van de partner stimuleren met de hand, met de hand erover strelen	76,19% (16)	23,81% (5)	21
Pijpen	38,10% (8)	61,90% (13)	21
Gebeft worden	61,90% (13)	38,10% (8)	21
Gebruik van seksspeeltjes	16,67% (3)	83,33% (15)	18

Tabel 12

Seksuele ervaringen indien nog nooit seks gehad

	Ja (n)	Nee (n)	n
Knuffelen	83,33% (5)	16,67% (1)	6
Strelen boven de kleren	50,00% (3)	50,00% (3)	6
Strelen onder de kleren	50,00% (3)	50,00% (3)	6
Naakt bij elkaar liggen	33,33% (2)	66,67% (4)	6
Elkaars naakte lichaam strelen	33,33% (2)	66,67% (4)	6
Droogvrijen	50,00% (2)	50,00% (2)	4
Geslachtsdelen van de partner stimuleren met de hand, met de hand erover strelen	33,33% (2)	66,67% (4)	6
Pijpen	16,67% (1)	83,33% (5)	6
Gebeft worden	20,00% (1)	80,00% (4)	5
Gebruik van seksspeeltjes	0,00% (0)	100,00% (3)	3

Binnen de huidige steekproef rapporteren de proefpersonen die nog geen seks hebben gehad significant minder vaak dat ze al eens het naakte lichaam van hun partner hebben gestreeld ($LR(1)=7,449$, $p=.006$) (Tabel C7) dan de proefpersonen die al seks hebben gehad.

In vergelijking met de Sexpert enquête (2013) zijn er geen significante verschillen met de steekproef die nog geen seks heeft gehad.

2. Redenen indien nog nooit seks gehad

Een tweede vragengroep behandelt de redenen indien nog nooit seks of geslachtsgemeenschap te hebben gehad.

De Sexpert enquête (2013) splitst deze vragenlijst op voor mensen ouder en jonger dan 25 jaar. Door de verstandelijke beperking van de deelnemers werd er gekozen om de resultaten van alle deelnemers van deze studie te vergelijken met de resultaten van de Sexpert enquête (2013) van beide groepen.

Verder maakt de Sexpert enquête (2013) gebruik van een vijfpuntenschaal gaande van helemaal niet van toepassing tot helemaal wel van toepassing. Door de beperking van de deelnemers van deze studie werd er gekozen om de antwoordmogelijkheden te herleiden tot ja of nee. Tussen de huidige steekproef en de Sexpert enquête (2013) zijn er geen significante verschillen.

Een opmerkelijk verschil is dat eerste een vaste relatie hebben voor de vrouwen in de huidige steekproef significant minder belangrijk is ($LR(1)=7,983, p=.005$) dan bij in de Sexpert enquête (2013) bij vrouwen jonger dan 25 jaar (tabel C8). Er is geen verschil met de Sexpert enquête (2013) in de groep ouder dan 25 jaar. De andere redenen lopen gelijklopend met de redenen aangegeven in de Sexpert enquête (2013). De resultaten per vraag van deze categorie worden in tabel 13 weergegeven.

Tabel 13

Redenen indien nog nooit seks of geslachtsgemeenschap gehad

	Ja (n)	Nee (n)	n
Ik mezelf daar nog te jong voor vind	16,67% (1)	83,33% (5)	6
Ik er nog niet klaar voor ben	33,33% (2)	66,67% (4)	6
Ik dat (een beetje) eng vind	16,67% (1)	83,33% (5)	6
Ik eerst verliefd wil zijn op iemand	50,00% (3)	50,00% (3)	6
Ik eerst een vaste relatie wil hebben	16,67% (1)	83,33% (5)	6
Ik dat niet wil voordat ik getrouwd ben	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Ik daar geen behoefte aan heb	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Mijn partner zich daar nog te jong voor voelt	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Mijn partner er nog niet klaar voor is	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Mijn partner dat (een beetje) eng vindt	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Mijn partner eerst wil trouwen	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Mijn partner daar geen behoefte aan heeft	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Er nooit iemand was met wie ik dat wilde	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Het er gewoon nog nooit van gekomen is	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Penetratie nog nooit gelukt is	16,67% (1)	83,33% (5)	6
Mijn ouders dat niet goed vinden	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Voorhuwelijkse geslachtsgemeenschap is niet toegestaan binnen mijn cultuur/religie	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Maagdelijkheid in mijn cultuur/religie belangrijk is	0,00% (0)	100,00% (6)	6
Andere	33,33% (2)	66,67% (4)	6

3. Zelfbeleving tijdens het laatste seksueel contact

Een derde vragengroep benadert de zelfbeleving tijdens het laatste seksueel contact.

Vraag 2 "Ik voelde me toen goed in mijn vel" kon niet vergeleken worden met de resultaten van de Sexpert enquête (2013) door een fout in de gerapporteerde percentages in de Sexpert enquête (2013).

De resultaten op de twee andere vragen zijn significant verschillend van de Sexpert enquête (2013). De vrouwen in de huidige studie rapporteerden significant vaker in de war te zijn geweest tijdens het laatste seksueel contact ($LR(2)=10,185$, $p=.006$) (tabel C9). Verder rapporteerden de vrouwen in de huidige studie significant vaker zich aantrekkelijk te hebben gevoeld tijdens het laatste seksueel contact ($LR(2)=12,683$, $p=.002$) (tabel C10).

In tabel 14 worden de resultaten van de antwoorden per vraag rond zelfbeleving tijdens het laatste seksueel contact weergegeven.

Tabel 14

Zelfbeleving tijdens het laatste seksueel contact

	Ja (n)	Soms (n)	Nee (n)	n
Ik voelde me op dat moment erg in de war	17,39% (4)	8,70% (2)	73,91% (17)	23
Ik voelde me toen goed in mijn vel	86,96% (20)	0,00% (0)	13,04% (3)	23
Ik voelde me toen een aantrekkelijke persoon	95,45% (21)	0,00% (0)	4,55% (1)	22

4. Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact

Een vierde en laatste vragengroep be vraagt de emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact. In deze vragengroep zijn er heel wat verschillen met de Sexpert enquête (2013).

Significant meer vrouwen in de huidige studie rapporteerden zich trots te voelen tijdens het laatste seksueel contact ($LR(2)=8,116, p=.017$) (tabel C11). Verder rapporteerden er significant meer vrouwen in het huidig onderzoek zich tijdens het laatste seksueel contact beschaamd ($LR(2)=7,501, p=.024$) (tabel C12), angstig ($LR(2)=28,314, p<.001$) (tabel C13) en schuldig ($LR(2)=8,224, p=.016$) (tabel C14) te hebben gevoeld. In tabel 15 worden de resultaten van de antwoorden per vraag rond emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact weergegeven.

Tabel 15

Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact

	Ja (n)	Soms (n)	Nee (n)	n
Gelukkig	86,96% (20)	8,70% (2)	4,35% (1)	23
Geborgen	81,82% (18)	0,00% (0)	18,18% (4)	22
Ontspannen	86,96% (20)	0,00% (0)	13,04% (3)	23
Trots	86,36% (19)	4,55% (1)	9,09% (2)	22
Zelfzeker	78,26% (18)	8,70% (2)	13,04% (3)	23
Droevig	4,35% (1)	13,04% (3)	82,61% (19)	23
Beschaamd	18,18% (4)	9,09% (2)	72,73% (16)	22
Ontgoocheld	17,39% (4)	4,35% (1)	78,26% (18)	23
Angstig	30,43% (7)	8,70% (2)	60,87% (14)	23
Schuldig	19,05% (4)	0,00% (0)	80,95% (17)	21

Bijkomende analyses werden verricht binnen de huidige steekproef. Zo bleek dat vrouwen die aangaven dat ze seksueel misbruikt werden zich significant vaker schuldig voelden tijdens het laatste seksueel contact ($LR(1)=6,990$, $p=.008$) (tabel C15).

5. Beleving

Zesenzeventig procent ($n=19$) van de steekproef vindt seks plezierig, 12% ($n=3$) vindt seks niet plezierig en 12% ($n=3$) vindt seks niet altijd plezierig. Deze data kunnen we niet rechte reeks vergelijken, maar de Sexpert enquête (2013) heeft twee vragen die hierbij aanleunen. Bij de seksueel actieve respondenten geeft 88,9% ($N=1332$) aan een positieve beleving te hebben gehad tijdens het laatste seksueel contact. Deze resultaten verschillen significant van de huidige steekproef (Fisher's Exact Test $p=.043$). Verder geven 90,3% ($N=1334$) van de deelnemers aan te genieten van seks met hun partner. Deze resultaten verschillen significant van de resultaten van de huidige steekproef ($LR(1)=4,291$, $p=.038$).

Er zijn heel wat negatieve ervaringen besproken tijdens de interviews van dit onderzoek. Sommige vrouwen willen geen seks meer door negatieve ervaringen in het verleden.

D: "Ik wil enkel vriendschap, geen relatie. Ik heb veel meegemaakt dus ik heb voor de moment geen relatie. (...) Ik heb nu heel veel schrik voor seks met een man. En dan heb ik veel dingen meegemaakt en dan is het seksuele wat minder geworden. En ook schrik van mannen (...)."

Begeleider: "In een vorige relatie, probeerde hij haar om te kopen of onder druk zetten."

D: "En ik heb daar echt geen zin meer in een relatie nu."

D: "Ja, ik heb een man gehad vroeger en mee getrouwd geweest. En uiteindelijk liet hij mij zitten, naar 3 jaar. Ja, lang geleden. Ik was toen 23 toen het gedaan was. Sindsdien geen relatie meer gehad. (...) Hij had andere vrouwen, dat was niet goed, hé."

O: "Hij bedroog u met andere vrouwen?"

D: "Ja, dat is niet goed, he. Dat mag niet, hé."

O: "En daarna heb je geen zin meer gehad om nog een relatie te hebben?"

D: "Nee nee."

Verder willen sommige vrouwen geen seks meer met hun partner, omdat hun partner niet voldoende vaardig is.

D: "Hij heeft moeilijk met het voorspel, dus hij kan mij niet opwinden. Allé, aangenaam verassen. Hij wilt dat direct doen, maar hij voelt zich daar ongemakkelijk bij. En ik ook. En het is daarom dat we het niet doen."

O: "Heb je dat al eens gedaan de penis in de vagina?"

D: "Nee, hij vond dat niet (lacht). Ik heb hem gezegd: "Komaan stopt ermee"."

Hoewel seksueel misbruik niet bevestigd werd, gaf 42,31% ($n=11$) van de proefpersonen spontaan aan ooit seksueel misbruikt te zijn geweest. In de Sexpert enquête (2013) werd gepeild naar seksueel grensoverschrijdend gedrag, wat breder is dan seksueel misbruik. Afhankelijk van de bevestigde handeling zou 2,3 tot 14% ($N=1731$) van de respondenten ouder dan 18 jaar slachtoffer zijn geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de huidige steekproef is er significant meer seksueel misbruik dan bij de respondenten van de Sexpert enquête (2013) ($LR(1)=12,123, p<.001$). Hierbij een aantal misbruikervaringen die tijdens de interviews aan bod kwamen:

O: "En toen dat ge seks hebt gehad met de papa van uw kindje, weet ge dat nog?"

D: "Daar is geen seks gebeurd, ik ben eigenlijk verkracht geweest. Dat was op een fuif en de fuif was gedaan en dat was dicht bij mij thuis. En hij heeft mij gewoon meegetrokken in het bos. Ik wou wegrekken, ik kon niet, die had mijn handen toen vast. En keihard mijn handen blijven vasthouden. En ik wou een schot geven, maar ik kon niks doen, want hij zat op mijn onderbenen. Ik kon niet, ik ben niet sterk genoeg geweest. En dan heeft hij dat gedaan en dan wist ik niet dat ik zwanger was van mijn dochter. En dan moest ik naar de dokter gaan en dan heeft de dokter gemerkt dat ik zwanger was."

O: "En hoe lang was ik toen al zwanger?"

D: "Ik was al 9 maanden zonder dat ik dat wist. Mijn mama was nog op het werk van mijn oma, hier in Tereisa en voor mij school nog. En mijn mama heeft naar 't school gebeld voor te zeggen "Ja, mijn dochter blijft een dag thuis voor onderzoek laten doen". En dan heeft de dokter dat gezien dat mijn weeën bezig was. En ik had keiveel buikpijn ook."

D: "Omdat ik op mijn leeftijd, dat ik twee keer verkracht ben geweest. Op mijn 13 en op mijn 21." (...)

O: "En door wie was dat dan?"

D: "Door een jongen die 16 was."

O: "Van 't school?"

D: "Ja. Dat is in 't bos gebeurd toen en ik was aan 't roepen dat ik het niet wou, maar er kwam een madam voorbij met een kinneke, maar die heeft niet gereageerd."

D: "Ik was alleen en die zei tegen mij "Ik ga geld geven voor iets te doen". En ik wist niet wat dat was en die pakte mij mee ergens naartoe, naar het gemeentehuis in de sneeuw. Daar hebben ze dat gedaan, ik heb daarvan geen geld gezien, he. Die hadden dat gezegd voor geld te geven en dat was niet zo. Onder een afdak was dat, in Sint-Gillis. En dat was in de sneeuw zelfs."

Verder blijkt dat vrouwen die seks plezierig vinden vaker positieve emoties hadden tijdens het laatste seksueel contact, in tegenstelling tot de vrouwen die seks niet plezierig vinden. Zij voelden zich namelijk vaker ontspannen ($LR(2)=10,088, p=.006$) (tabel C16), niet droevig ($LR(4)=11,437, p=.022$) (tabel C17), niet beschaamd ($LR(4)=9,562, p=.048$) (tabel C18), niet in de war ($LR(4)=12,118, p=.016$) (tabel C19) en goed in hun vel ($LR(2)=11,220, p=.004$) (tabel C20).

Deze steekproef associeert seks voornamelijk met kussen (30.43%, $n=7$), vrijen (26.09%, $n=6$), op elkaar liggen (13.04%, $n=3$) en penetratie (13.04%, $n=3$). De antwoorden werden geclusterd in 3 clusters, namelijk het fysieke, de voortplanting en de emoties uiten. De grote meerderheid van de antwoorden ging over het fysieke aspect van seks.

Het voorspel werd voornamelijk geassocieerd met kussen (68%, $n=17$), strelen (36%, $n=9$), knuffelen (20%, $n=5$) en vrijen (20%, $n=5$). Masturberen associëren deze vrouwen voornamelijk met vingers (80%, $n=22$), de borsten strelen (32%, $n=8$) en de clitoris (16%, $n=4$).

Weerbaarheid werd gemeten met de vraag "Wat doe je als je partner zin heeft en jij niet?". De meest voorkomende antwoorden op deze vraag waren "zeggen dat je geen zin hebt" (60%, $n=15$), weggaan (20%, $n=5$) en seks weigeren (12%, $n=3$). Hoewel seks geweigerd werd, lieten de vrouwen het toch toe. Hierbij een citaat waaruit blijkt dat de partners soms deze vrouwen onder druk zetten voor seks:

O: "Hoe maak je duidelijk dat je geen zin hebt?"

D: "Ik zei "Oh moet dat nu echt?" en dan zei ik "Ik wil dat niet". Maar dan zei ik "Allé, efkes dan hé, niet te lang", want hij bleef maar zagen en zagen."

O: "Met wie heb je seks gehad?"

D: "Met R. (...) Hij heeft me gedwongen. (...) Ik heb dat tegen de begeleiding niet gezegd.

O: "Heeft hij dat één keer gedaan?"

D: "Altijd heeft die dat zo bij mij gedaan."

O: "Altijd? En gij wou dat nooit?"

D: "Nee, maar ik zei dat niet tegen de begeleiding, maar ik moest dat normaal gezien wel doen. Ik heb daar keiveel spijt van. (...) De begeleiding wou mij beschermen! (...) Ik heb het tegen mijn schoonzus gezegd (...) Maar vroeger heeft er een ex van mij ook van mij geprofiteerd. Een andere."

O: "En die heeft ook met u seks gehad?"

D: "Uhu."

O: "En ook tegen uw goesting?"

D: "Uhu. Ons papa zat boven en die man heeft gezien dat ik een zwakke persoon was en die heeft mij mee naar het bos genomen. (...)"

O: "Heb je ooit seks gehad dat je wel goesting had?"

D: "Nee, altijd tegen mijn goesting."

Op de vraag "Wat doe je als je partner geen zin heeft?" antwoordden 77,78% ($n=14$) dat ze geen seks zouden hebben. De anderen geven aan dat dit nooit is gebeurd, dat ze ruzie zouden maken, dat ze zouden afspreken om het morgen opnieuw te proberen of dat ze zouden praten met hun partner. Naast weerbaarheid kwam ook seksueel risicogedrag spontaan aan bod.

D: "Ik was bijna nooit thuis en dan ging ik van de ene naar de andere. Ik vond die altijd op de trammen. Zij spraken mij aan en dan ging ik mee. "Ok, dat is goed" en dan ging ik mee. Ik heb eigenlijk heel risico gepakt, maar ik deed dat altijd. Ja, dat is heel spannend."

Praten over seks blijkt met de begeleiders het best te gaan (80.77%, $n=21$), gevolgd door de moeder (23.08%, $n=6$) en beide ouders (15.38%, $n=4$). Een viertal vrouwen gaf aan niet met mannen te kunnen praten over seks (15.38%, $n=4$).

Op de vraag wat ze leuk vonden aan seks werden strelen (16.67%, $n=4$), naakt zijn (12.5%, $n=3$) en bij elkaar zijn (12.5%, $n=3$) het vaakst genoemd. Wat ze daarentegen het minst leuke vonden waren aandringen (41,67%, $n=5$), penetratie (16,67%, $n=2$) en anale seks (16,67%, $n=2$).

6. Vrijheid van handelen

Vierenveertig percent van de proefpersonen ($n=11$) rapporteert dat hun ouders of voogden akkoord gingen met het feit dat ze seks hebben en 24% ($n=6$) gaf aan dat hun ouders of voogden er niet mee akkoord gingen. 16% ($n=4$) van de vrouwen zei dat hun ouders niet wisten dat ze seks hadden.

O: "Wat vinden je ouders dat jij seks zou hebben?"

D: "Nee, de ouders zijn er niet meer, maar dat kon niet."

O: "Kent uw mama hem (haar partner)?"

D: "Nee, ik ken zijn mama wel, maar hij kent mijn mama niet."

O: "Wil je dat niet?"

D: "Jawel, maar, dat is altijd zo moeilijk. Die zeg dan altijd "Dat is gene goeie en dat is gene goeie" en dat is dan niet zo leuk."

O: "Uw mama heeft liever dat ge geen vriend hebt?"

D: "Ja."

Hoewel dit niet systematisch bevraagd werd gaven een aantal deelnemers aan dat ze niet altijd vrij waren in de keuzes die ze maakten rond hun seksualiteit.

O: "Is het daarom ook dat je dan geen seks had, omdat je zoveel pijn had?"

D: "Ja ook, maar ook door die.... Ik ben opgevoed geweest zonder is. De dokter zei "Van mij moogt ge, maar liefst niet". Dus... daarmee ben ik geopereerd, hé, zodat ik geen kind zou hebben."

O: "Wou je zelf gesteriliseerd worden?"

D: "Eigenlijk niet, maar ja, ik kan toch niet zwanger worden nu. Dat vond ik niet zo fijn."

D: "Want eigenlijk wou ik met C. een kind hebben, want eigenlijk in het begin wilde C. een kind. Maar eigenlijk heb ik ja gezegd, maar de gynaecoloog zag mij dat niet zitten. Dus ik mag eigenlijk van de gynaecoloog geen kind hebben, omdat ik er moeilijk kan voor zorgen. En dat vind ik nu dat ik het zie, ben ik content dat ik geen kinderen heb. Want als ge ziet dat de kindjes kruipen en overal gaan, moet je elke keer uw ogen open hebben. En dat lawaai en zo. Dus ik ben echt content dat ik geen kind heb."

O: "En uw ouders die wouden dat ook misschien niet?"

D: "Nee, die vonden dat te moeilijk voor mij. Mijn zus wel, hé, mijn zus heeft twee kinderen, hé. Maar ik zelf kon dat niet aan."

De begeleiders van 65,22% ($n=15$) van de vrouwen zou akkoord gaan met het feit dat ze seks hebben en 13,04% van de vrouwen ($n=3$) wist niet wat de begeleiders ervan vonden. Hierbij een aantal succesverhalen van begeleiding rond seksualiteit die tijdens de interviews besproken werden.

O: "Kan je praten over seks met je begeleiders?"

D: "Met E."

Begeleidster (B): "Die noemen ze Goedele Liekens, als ze vragen hebben over seks, dan gaan ze met z'n allen bij haar."

O: "Wat maakt dat je met haar goed kan praten?"

D: "(...) die vertrouw ik."

B: "D vertrouwt haar en ze kent ze goed. Als ze in 't begin hier kwam wonen waren zij en koppel en we hadden er nog één. En die konden eindelijk beginnen experimenteren op volle forse, maar dat gaf soms, ja, het ging niet goed of dit en dat. En dat heeft zij heel praktisch geantwoord hoe pak je dat aan en dat pornotoestanden, dat werkt voor een vrouw niet, en dan heb je glijmiddel. Dan heeft zij dat allemaal heel praktisch uitgelegd. Sindsdien heeft E de naam gekregen van Goedele Liekens, maar het heeft wel deugd gedaan, want ze weten ondertussen allemaal hoe dat het marcheert."

O: "En hoe is dat met Aditi, is dat fijn als die komt?"

D: "Ja, dat is heel fijn, zij leert mij dat. We hebben al een keer gebeft en een keer aan elkaars borsten gelekt. En ze heeft me de eerste keer doen klaarkomen ook. Dus dat vond ik eigenlijk wel fijn."

O: "Het is fijn dat ze je toont hoe het moet, hé."

D: "Ja, en dat ik het bij haar zelf ook mag doen. Als ze bij mij komt, dan doet ze haar kleren uit en ik lig ook bloot. En ik vind het vooral fijn dat ik het dan bij haar mag doen."

Sommige deelnemers konden duidelijk aangeven welke specifieke begeleiding ze nodig hadden.

D: "Ik denk dat dat iets heel plezierig kan zijn. Maar, ge vraagt u af van, voor mij kan dat alleen maar plezierig zijn als dat affectieve daar ook is. Als ge voelt dat dat het is wat ik wil, dat is wat ik zoek en als dat verlangen dan wederzijds is, kan het tot iets moois komen. Maar dan moet dat er ook zijn. En ik denk dat Aditi daar iets heel goed voor is. Die

kunnen dat leren aan mensen, of tonen dat seks niet enkel saai. Niet enkel wat de man zegt. Dat seks een afspraak is. En liefde vooral.”

Discussie

Mensen met een verstandelijke beperking zouden door hun beperkte kennis en weerbaarheid een negatievere beleving hebben van hun seksualiteit. Deze masterproef meet de kennis, de attitudes en de beleving van vrouwen met een verstandelijke beperking met als doel deze informatie ter beschikking te stellen van hun begeleiders, om zo meer te kunnen inzetten op adequate seksuele voorlichting.

Seksuele Dubbele Standaard (SDS)

Hoewel de precieze resultaten van de oorspronkelijke studie over SDS bij Nederlandse meisjes (Emmerink, Vanwesenbeeck, van den Eijnden, van Lankvelda, & Ter Bogts, 2018) niet beschikbaar waren en er bijgevolg geen vergelijking mogelijk was, stellen we vast dat de SDS binnen deze steekproef nog aanwezig is. Dit zou kunnen leiden tot minder plezier in seksuele activiteiten (Sanchez, Crocker en Boike, 2005).

We stellen ook vast dat bij de vrouwen waar de SDS niet aanwezig was, de beleving toch beperkt kon zijn door beperkte weerbaarheid als gevolg van de verstandelijke beperking.

Kennis

De kennis van seksualiteit is beperkt bij de proefpersonen. In tegenstelling tot het onderzoek van Kijak (2013) hebben de deelnemers een beperkte kennis over de geslachtsdelen van de vrouw en een goede kennis over de geslachtsdelen van de man. Het verschil zou verklaard kunnen worden door het feit dat de bevraging over de geslachtsdelen van de vrouw in het onderzoek van Kijak (2013) beperkter was dan in het huidige onderzoek. Kijak (2013) werkte met prenten waarop de proefpersonen het schaamhaar, de borsten en de vagina moesten kunnen benoemen. In de huidige studie wordt er gebruik gemaakt van een kunstvagina waar het schaamhaar, de clitoris, de vagina, het plasgaatje, de anus, de binnenste en buitenste schaamlippen benoemd moesten worden. De kennis over bevruchting is, analoog aan het onderzoek van Kijak (2013), beperkt.

Analoog aan vorig onderzoek (Conix, Lebeer, Swennen, & Huygens, 2010; Kijak, 2013; Leutar & Mihoković, 2007; Schaafsma, Kok, Stoffelen, & Curfs, 2017) is de kennis over soa's,

contraceptie en zwangerschap ondermaats. De beperkte kennis over soa's kan leiden tot het maken van onveilige keuzes.

Zoals eerder aangegeven, zijn de risicofactoren van beperkte kennis van seksualiteit ongewenste zwangerschappen, soa's en seksueel misbruik (McCabe, 1999; McGillivray, 1999; O'Callaghan & Murphy, 2007).

Hoewel seksueel misbruik niet bevraagd werd, gaf 42,31% (n=11) van de proefpersonen spontaan aan ooit seksueel misbruikt te zijn geweest. In vergelijking met de Sexpert enquête (2013) waar de hele populatie bevraagd wordt, is dit percentage veel hoger. De beperkte kennis van seksualiteit kan hier aan de basis liggen. Naar eigen zeggen zou 61% van de vrouwen met een verstandelijke beperking misbruikt zijn geweest (De Berlo et al., 2011).

Samengevat is de kennis van vrouwelijke anatomie, zwangerschap, soa's, bepaalde termen en masturberen beperkt.

Sexpert enquête (2013) en beleving

De seksuele handelingen die gesteld werden door proefpersonen die nog geen seks hadden gehad, waren gelijkaardig aan de resultaten van de Sexpert enquête (2013). De redenen om nog geen seks te hebben gehad liepen eveneens gelijklopend aan de Sexpert enquête (2013), behalve dat het niet hebben van een vaste relatie minder als argument werd gebruikt in de huidige steekproef. Vermoedelijk is dit te wijten aan het feit dat de vraag op een andere manier gesteld werd.

Wat de emoties tijdens het laatste seksueel contact betreft, zijn er wel heel wat verschillen met de Sexpert enquête (2013). De vrouwen in deze steekproef voelden zich vaker schuldig, angstig en beschaamd. Vrouwen die seksueel misbruikt werden, voelden zich ook vaker schuldig tijdens seks. Deze bevindingen bevestigen de slechte beleving van seksualiteit bij vrouwen met een verstandelijke beperking. Ook blijken deze vrouwen seks minder plezierig te ervaren.

Weerbaarheid wordt in verband gebracht met beleving. Uit deze studie blijkt dat vrouwen met een verstandelijke beperking meestal weten hoe ze het best reageren wanneer ze geen zin hebben in seksuele betrekkingen, maar dat ze er in de praktijk niet in slagen om op een gepaste manier te reageren. Hun partners zetten hen onder druk en ze durven vaak niet te weigeren. Door beperkte weerbaarheid en kennis (naïviteit) stellen deze vrouwen vaker seksueel risicogedrag.

In tegenstelling tot onderzoek van Lesseliers (2000) bleken deze proefpersonen meestal een vertrouwenspersoon te hebben om over seksualiteit te praten. Er zijn bijna twee decennia tussen de twee onderzoeken, waardoor deze tegenstrijdige onderzoeksresultaten zouden kunnen wijzen op een positieve evolutie. Uit een recent onderzoek van Goethals, Van Hove en Vander Laenen (2018) bleek dat vrouwen met een verstandelijke beperking zelden een vertrouwenspersoon hebben om over seksualiteit te praten. In dat onderzoek lag de focus op seksueel geweld, dus zou het kunnen zijn dat de vrouwen in die studie aangaven dat ze geen vertrouwenspersoon hadden om over hun negatieve seksuele ervaringen te praten. In het huidige onderzoek waren de begeleiders de populairste vertrouwenspersonen, gevolgd door de ouders, in het bijzonder de moeders. Er werd echter niet gepeild naar de inhoud van deze gesprekken.

Wat de vrijheid van handelen betreft, blijft een kwart van de ouders negatief tegenover het feit dat hun dochter seks heeft. Hingsburger en Tough (2002) gaven aan dat er soms leugens worden verteld aan de mensen met een verstandelijke beperking om te vermijden dat ze seks zouden hebben. Dit bleek uit de interviews met verschillende deelnemers en werd hierboven weergegeven met citaten. Bovendien bleek dat deze vrouwen niet altijd vrij waren in de keuzes die ze maakten rond hun eigen seksualiteit. Opmerkelijk waren zes van de 26 vrouwen nog maagd.

Begeleiders en hulpverleners blijken wat milder te zijn tegenover het feit dat deze vrouwen seks hebben. De overgrote meerderheid van de begeleiders gaat volgens de proefpersonen akkoord met het feit dat ze seks hebben. Begeleiders blijken toegankelijk voor gesprekken over seksualiteit, maar, rekening houdend met de beperkte kennis van de proefpersonen, blijkt er onvoldoende ingezet te worden op seksuele voorlichting.

Uit deze studie lijkt de kennis van seksualiteit en de beleving als gevolg ervan nog altijd beperkt. In de literatuur worden er een aantal tips gegeven over seksuele voorlichting voor deze doelgroep. Gebruik maken van visueel materiaal zoals prenten, foto's of, nog beter, een kunstvagina of kunstpenis zijn sterk aanbevolen. Verder moet er rekening gehouden worden met de leefwereld, ervaring en communicatieniveau en de inhoud moet aangepast worden aan de noden van de individuen. Er wordt eveneens aangeraden om stapsgewijs te werken, langzaam en duidelijk te spreken met eenvoudig taalgebruik. Het is ook belangrijk om altijd te checken of de persoon de termen begrijpt (Conix, et al., 2010).

Volgende methodes blijken de seksuele vaardigheden van mensen met een verstandelijke beperking te verbeteren: modeling, rollenspellen, herhalen en de vaardigheden inoefenen (Schaafsma, Kok, Stoffelen, & Curfs, 2015). Lesseliers (2000) raadt aan om eveneens in te zetten op weerbaarheidstrainingen. Er zijn specifieke trainingsmethodes zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. Het is aangewezen om zo vroeg mogelijk in de levensontwikkeling te starten met deze trainingen om de kans op trauma's van seksueel misbruik te minimaliseren.

Eén van de sterkten van dit onderzoek is dat het de kennis (kwantitatieve data) combineert met meningen en ervaringen (kwalitatieve data). De kwalitatieve data nuanceren de kwantitatieve data. Bepaalde kennisonderdelen werden niet belicht, zoals de interne geslachtsorganen, legale aspecten en sociale normen (gaande van aangifte van misbruik tot sterilisatie) en grenzen van aanvaardbaar seksueel gedrag. Deze onderdelen zouden in een vervolgonderzoek zeker aan bod moeten komen.

Er blijven nog heel wat vragen open over dit thema, waarvoor verder onderzoek nodig is. Zijn de overtuigingen van mensen met een verstandelijke beperking over seksualiteit gekleurd door wat hun omgeving erover denkt? Het zou interessant zijn om de overtuigingen van deze mensen te vergelijken met de overtuigingen van hun naasten en hun begeleiders.

Dit onderzoek behandelt enkel de beleving van seksualiteit bij vrouwen met een verstandelijke beperking, maar een vergelijking met de beleving van vrouwen zonder verstandelijke beperking zou tot nieuwe inzichten kunnen leiden. Deze masterproef geeft een aanzet tot een vergelijking met de Sexpert enquête (2013) en de SDS. De Sexpert enquête (2013) verzamelt echter data van zowel mannen als vrouwen binnen de hele populatie, inclusief mensen met een verstandelijke beperking.

Ook zou het een meerwaarde zijn om te weten wanneer deelnemers seksuele voorlichting hebben gekregen en welke thema's er aan bod zijn geweest. Op die manier zou men kunnen nagaan welke regelmaat idealiter gehanteerd moet worden en kunnen er duidelijke adviezen en richtlijnen opgesteld worden voor voorzieningen.

Seksualiteit bij vrouwen met een verstandelijke beperking blijft een taboe onderwerp, toch is er een positieve evolutie. Deze vrouwen hebben namelijk doorgaans een vertrouwenspersoon met wie ze over het thema kunnen praten en hebben vaak het gevoel dat ze vrij zijn in hun

handelen, wat vroeger niet voor de hand liggend was. Deze vooruitgang is hoopgevend. De vertrouwenspersoon is vaak een begeleider of een ouder.

De schrijver van deze masterproef ziet een opportuniteit om vertrouwenspersonen in te zetten voor adequate en individuele seksuele voorlichting. Hiervoor moet er ingezet worden op opleiding voor deze vertrouwenspersonen, zodat ze hier vaardig in worden. Sommige vrouwen konden ook zelf aangeven welke specifieke begeleiding ze nodig hadden. De doelgroep informeren over de opties en hen bevragen rond hun noden is een logische stap naar een beter begrip en kwaliteitsvollere interventies.

Verder is er een nood aan evaluatie van seksuele en relationele vorming in scholen, in het bijzonder in het buitengewoon onderwijs. Uit eerder onderzoek blijkt dat kinderen met een beperking meer risico lopen op seksueel misbruik (Hingsburger et al., in Goethals, Van Hove, & Vander Laenen, 2018). Bij vrouwen met een verstandelijke beperking vindt seksueel misbruik vaak van kinds af aan plaats en hebben ze doorheen hun leven te maken met verschillende daders (Goethals, Van Hove, & Vander Laenen, 2018). Daarom is het belangrijk om voorlichting in de eerste jonge levensjaren te starten en het principe van levenslang leren te hanteren. Leerkrachten en begeleiders van deze doelgroep moeten opgeleid worden om vaardig te worden in het geven van relationele en seksuele vorming. Er zijn heel wat methodieken voor relationele en seksuele vorming bij Sensoa. Incidenten van seksueel grensoverschrijdend gedrag zouden systematisch benaderd kunnen worden met het Vlaggensysteem (Sensoa). Het Vlaggensysteem (Sensoa) zou eveneens in voorzieningen toegepast kunnen worden om continuïteit van aanpak te bewerkstelligen.

Uit deze studie blijkt dat er nog steeds een groot percentage van ouders en begeleiders niet instemmen met het feit dat hun dochter met een verstandelijke beperking seksuele betrekkingen heeft. In de vorming van deze mensen om seksuele voorlichting te geven, dient er aandacht gegeven te worden aan mentaliteitswijziging. De legale, relationele en gezondheid gerelateerde aspecten van seks dienen hierbij belicht te worden, om zo een meer open omgeving te creëren voor vrouwen met een verstandelijke beperking.

Dankwoord

Allereerst wil ik de deelnemers bedanken voor hun enthousiasme en openheid, alsook de begeleiders om in te gaan op de vraag om deel te nemen aan het onderzoek.

Verder wil ik Miek Scheepers en Steven De Weirdt van Aditi vzw bedanken voor de boeiende onderzoeksvraag, de begeleiding om deelnemers te vinden en de vragenlijst te finetunen, de leerrijke gesprekken en de fijne samenwerking.

Ook Sensoa wens ik te bedanken voor de financiële steun. In het bijzonder wens ik Ruth Borms te bedanken voor de hulp met de vragenlijst en Karen De Wilde en Kristel De Geest voor de uitleg en het uitlenen van het materiaal.

Catherine Morel van de Wetenschapswinkel die me contact heeft gebracht met Sensoa en Aditi vzw, hartelijk dank voor je enthousiasme, proactiviteit en (emotionele) steun tijdens dit proces. De onderzoeksliteratuur en opnameapparatuur zijn goed van pas gekomen. De ondersteuning van de Wetenschapswinkel is een ware meerwaarde voor een masterproef.

Dr. Tina Goethals van UGent wens ik te bedanken voor de hulp bij het richting geven aan en afbakenen van de onderzoeksvraag, de aanpak van de specifieke doelgroep en de interviewtips voor de doelgroep.

Prof. Dr. Tim Vantilborgh en Alain Isaac van de VUB wens ik te bedanken om me op het juiste spoor te brengen wat statistiek betreft.

Liselotte Pattyn en Annelies Gevaert van Konekt wens ik te bedanken om me de kans te hebben gegeven om een eerste contact te hebben met seksuele voorlichting bij mensen met een verstandelijke beperking. Ik heb een opleiding "Hoe vraag ik het aan" voor mensen met een verstandelijke beperking mogen mee begeleiden.

Last but not least bedank ik Dr. Prof. Caroline Andries voor haar enthousiasme, expertise en het uitdagen van het geleverd werk om het kritisch en academisch denken te bevorderen.

Referentielijst

- AAIDD. (2017). Definition of Intellectual Disability. Retrieved November 12, 2017, from <http://aidd.org/intellectual-disability/definition#.WurzQq1g3Vo>
- Aga, N., & Enzlin, P. (2010). Seksualiteit bij volwassen personen met een verstandelijke handicap: een kwalitatief onderzoek naar de houding van begeleiders. *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 34(2), 74–83.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baarda, B., de Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2nd ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bernert, D. J., & Ogletree, R. J. (2013). Women with intellectual disabilities talk about their perceptions of sex. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 240–249. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01529.x>
- Brown R.D. (1997). *The individual with intellectual disabilities and sex education: perspectives of involved adults*. At the Annual Meeting of the International Society for the Study of Human Subjectivity, Columbia.
- Buysse, A., Enzlin, P., Lieven, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2013). Sexpert:basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen. Retrieved May 22, 2018, from <http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/sexpert-resultaten/publicaties/>
- Cambridge, P., Beadle-Brown, J., Milne, A., Mansell, J., & Whelton, B. (2011). Patterns of Risk in Adult Protection Referrals for Sexual Abuse and People with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(2), 118–132. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00574.x>
- Chamberlain, A., Rauh, J., Passer, A., McGrath, M., & Burket, R. (1984). Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: I. Sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatrics*, 73(4), 445–450. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6231519>

- Conix, G., Claerhout, H., & Ryckaert, A. (2005). *Seks@Relaties.Kom!: Werkboek voor mensen met een verstandelijke beperking - Deel 1: Seksualiteit*. EPO.
- Conix, G., Claerhout, H., & Van Hoey, T. (2008). *SEKS@RELATIES.KOM!: Werkboek voor mensen met een verstandelijke beperking - Deel 2: Relaties*. EPO.
- Conix, G., Lebeer, J., Swennen, F., & Huygens, A. (2010). Relaties en Seksualiteit. *Bijblijven*, 26(4), 58–65. <https://doi.org/10.1007/BF03088764>
- De Berlo, W., De Haas, S., Van Oosten, N., Van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF/Movisie.
- Demaerschalk, M. (2006). *U vrijt toch ook?: Een onderzoek naar normalisatie en seksualiteit in Vlaamse organisaties, (Unpublished master's thesis)*. Katholieke Universiteit Leuven.
- Emmerink, P. M. J., van den Eijnden, R. J. J. M., ter Bogt, T. F. M., & Vanwesenbeeck, I. (2017). A Scale for the Assessment of Sexual Standards Among Youth: Psychometric Properties. *Archives of Sexual Behavior*, 46(6), 1699–1709. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1001-x>
- Emmerink, P. M. J., Vanwesenbeeck, I., van den Eijnden, R. J. J. M., van Lankveld, J. J. D. M., & Ter Bogts, T. F. M. (2018). Een verkenning van de seksuele dubbele standaard bij adolescenten en jongvolwassenen in Nederland. *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 42(1), 8–13.
- Galea, J., Butler, J., Iacono, T., & Leighton, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(4), 350–365. <https://doi.org/10.1080/13668250400014517>
- Goethals, T., Van Hove, G., & Vander Laenen, F. (2018). Seksueel georiënteerd geweld bij vrouwen met een beperking in Vlaanderen. Retrieved from <http://www.gelijkekansen.be/Portals/GelijkeKansen/Documents/Rapportseksueelgeweldvrouwenhandicap.pdf>
- GRIP. (2017). Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Retrieved November 12, 2017, from <http://www.gripvzw.be/vn-verdrag/92-verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap.html>
- Hingsburger, D., & Tough, S. (2002). Healthy Sexuality: Attitudes, Systems, and Policies. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27(1), 8–17. <https://doi.org/10.2511/rpsd.27.1.8>

- Kijak, R. (2013). The sexuality of adults with intellectual disability in Poland. *Sexuality and Disability, 31*(2), 109–123. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9294-8>
- Klos-Media. (2015) Lief, Lijf en Leven retrieved from <https://www.seksuelevorming.be/materiaal/kunstvagina>
- Kok, G., & Akyuz, A. (2015). Evaluation of Effectiveness of Parent Health Education About the Sexual Developments of Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability, 33*(2), 157–174. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9400-1>
- Kok, G., Maassen, R., Maaskant, M., & Curfs, L. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met verstandelijke beperkingen; een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift Voor Seksuologie, 33*(3), 199–206.
- Lesseliers, J. (2000). Een pleidooi voor relationeel-seksuele vorming. In G. De Belie, E., Ivens, C., Lesseliers, J., Van Hove (Eds.), *Seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke handicap: Handboek preventie en hulpverlening* (1st ed., pp. 93–133). Leuven: Acco.
- Leutar, Z., & Mihoković, M. (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sexuality and Disability, 25*(3), 93–109. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9046-8>
- Löfgren-Mårtenson, L. (2009). The invisibility of young homosexual women and men with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability, 27*(1), 21–26. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9101-0>
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability, 17*(2), 157–170. <https://doi.org/10.1023/A:1021476418440>
- McDaniels, B., & Fleming, A. (2016). Sexuality Education and Intellectual Disability: Time to Address the Challenge. *Sexuality and Disability, 34*(2), 215–225. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9427-y>
- McGillivray, J. A. (1999). Level of Knowledge and Risk of Contracting HIV/AIDS Amongst Young Adults with Mild/Moderate Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 12*(2), 113–126. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1999.tb00070.x>
- Murphy, G. H. (2003). Capacity to consent to sexual relationships in adults with learning disabilities. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 29*(3),

- 148–149. <https://doi.org/10.1783/147118903101197520>
- Murphy, N. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(9), 640–644. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01220.x>
- Nirje, B. (1969). *Normalization principle: Trends, Perspectives and Challenges*. Helsinki: IASSID Congress.
- O’Callaghan, A. C., & Murphy, G. H. (2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: Understanding the law. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(3), 197–206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00857.x>
- Sanchez, D. T., Crocker, J., & Boike, K. R. (2005). Doing gender in the bedroom: Investing in gender norms and the sexual experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(10), 1445–1455. <https://doi.org/10.1177/0146167205277333>
- Sanchez, D. T., & Kiefer, A. K. (2007). Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 808–820. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9205-0>
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2015). Identifying Effective Methods for Teaching Sex Education to Individuals With Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *The Journal of Sex Research*, 52(4), 412–432. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.919373>
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2017). People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. *Sexuality and Disability*, 35(1), 21–38. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9466-4>
- Schaalma, H., Reinders, J., & Kok, G. (2009). Voorlichting en preventie. In P. Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg (Eds.), *Seksuologie* (pp. 229–246). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-6806-8>
- Sensoa. (2018). Kunstvagina. Retrieved from <https://www.seksuelevorming.be/materiaal/kunstvagina>
- Servais, L. (2006). Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 48–56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/mrdd.20093>
- Van Gennep, A. (2000). *Emancipatie van de zwaksten in de samenleving: over paradigma’s van*

verstandelijke handicap. Amsterdam: Boom.

- Vanwesenbeeck, I. (2011). Diverse verlangens. Seksuele ontwikkeling onder moderne dubbele moraal. *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 35(4), 232–239.
- Vermeulen, G., Moens, B., & De Busser, E. (2007). *Betaalseksrecht: naar regulering of legalisering van niet-problmatistische prostitutie?* Antwerpen: Maklu.
- Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen. (2010). Perspectief 2020 Nieuw ondersteuningsbeleid voor mensen met een handicap. Retrieved from <https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsplan-voor-personen-met-een-handicap-9-juli-2010/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsbeleid-voor-pmh.pdf>.
- WHO. (2006). *Sexual and reproductive health. Defining sexual health*. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- World Health Organization. (2010). *Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA.
- Wyverkens, E., Dewitte, M., Deschepper, E., Corneillie, J., Van der Bracht, L., Van Regenmortel, D., Van Cleempoel, K., De Boose, N., Prinssen, P., & T' Sjoen, G. (2018). YSEX? A Replication Study in Different Age Groups. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.012>
- Yau, M. K., Ng, G. S., Lau, D. Y., Chan, K. S., & Chan, J. S. (2009). Exploring Sexuality and Sexual Concerns of Adult Persons with Intellectual Disability in a Cultural Context. *The British Journal of Development Disabilities*, 55(109), 97–108. <https://doi.org/10.1179/096979509799103089>

Bijlagen

Bijlage A: Vragenlijst

Bijlage B: Informed consent

Bijlage C: Tabellen

Bijlage A: Vragenlijst

Kennismaking

Kan je je eens voorstellen? 'Wie ben jij? Stel jezelf eens voor'? Leeftijd, woon je hier al lang, waar woon je, waar werk je,

Biografische gegevens

Leeftijd. Heeft u al eens een relatie gehad? Vertel eens hierover. Wie is/was jouw partner? Hoe zou je de relatie omschrijven? Hoe hebben jullie elkaar leren kennen?

Vragen

Scale for the Assessment of Sexual Standards among Youth (SASSY)

	Oneens	Eens	Weet het niet
1. Als een jongen eenmaal seksueel opgewonden is, mag een meisje eigenlijk geen seks weigeren			
2. Meisjes moeten zich op gebied van seks terughoudender gedragen dan jongens			
3. Een jongen hoort meer van seks af te weten dan een meisje			
4. Ik vind seks voor een meisje minder belangrijk dan voor een jongen			
5. Ik vind het normaal dat een jongen de dominante rol neemt in seks			
6. Soms moet een jongen een beetje druk uitoefenen op een meisje om op seksueel gebied te krijgen wat hij wil			
7. Een jongen heeft meer recht op seksueel genot dan een meisje			
8. Voor jongens is seks belangrijker dan voor meisjes			
9. Jongens en meisjes willen heel verschillende dingen in seks			
10. Ik vind het meer bij een jongen passen dan bij een meisje om vaak te masturberen			

- Ontwikkeling/ Lichamelijke veranderingen - *Kennis*
 - Groepsfoto met mensen van verschillende leeftijden (Lief, Lijf en Leven)
 - ➔ Toon de mannen en de jongens (Deel 2 Plaat 5 Je Eigen Lijf) Wie is de jongste en wie is de oudste?
 - ➔ Toon de vrouwen en de meisjes (Deel 2 Plaat 3 Je Eigen Lijf) Wie is de jongste en wie is de oudste?
- Anatomie van de vrouw - *Kennis*

- Foto Bovenlichaam vrouw (Seks@Relaties,KOM!)
 - ➔ Waarvoor dienen de borsten van een vrouw?
- Kunstvagina
 - ➔ Toon en benoem eens de delen van de vrouw:
 - Kittelaar / Clitoris
 - Vagina
 - Anus
 - Binnenste schaamlippen
 - Buitenste schaamlippen
 - Plasgaatje
- Anatomie van de man- *Kennis*
 - Foto Penis (Seks@Relaties,KOM!)
 - ➔ Toon en benoem eens de delen van de man:
 - Penis
 - Teelballen
 - Schaamhaar
- Menstruatie - *Kennis*
 - Foto Bloed in de onderbroek (Seks@Relaties,KOM!)
 - ➔ Wat is het?
 - ➔ Wanneer gebeurt dat?
- Zwangerschap - *Kennis*
 - Foto zwangere vrouw (Seks@Relaties,KOM!)
 - ➔ Wat zie je?
 - ➔ Hoe komt het kind in de buik? / Hoe gebeurt de bevruchting?
- Voorbehoedsmiddelen - *Kennis*
 - Foto Vrouw die de pil neemt (Seks@Relaties,KOM!)
 - ➔ Wat zie je?
 - ➔ Waarvoor zou de vrouw die pil nemen?
 - ➔ Hoeveel pillen moet je nemen?
 - Foto Vrouw die de prikpil krijgt (Seks@Relaties,KOM!)
 - ➔ Wat zie je?
 - ➔ Waarvoor dient zo'n spuit?
 - Deel 3 Plaat 5: Veilig vrijen (Lief, Lijf en Leven)
 - ➔ Hoe heet dit?
 - ➔ Waarvoor wordt het condoom gebruikt?
 - ➔ Wie moet er een condoom gebruiken?
 - ➔ Hoe moet je een condoom gebruiken?
 - ➔ Waar kan je condooms kopen?
 - Deel 3 Plaat 6: Wat is een belflapje (Lief, Lijf en Leven)
 - Kan je vertellen wat beffen is?

Seksueel overdraagbare ziektes - Ja of nee vragen p 255 (Seks@Relaties,KOM!)

- Door te tongkussen kun je een soa krijgen – *Ja*
- Wanneer bij het vrijen de penis in de vagina gaat, kun je een soa krijgen – *Ja*
- Van vrijen met jezelf kun je een soa krijgen – *Nee*
- Je wassen na het vrijen, zorgt ervoor dat je geen soa krijgt – *Nee*
- Alleen mannen die seks hebben met mannen of vrouwen die seks hebben met vrouw kunnen een soa krijgen – *Nee*
- Door met iemands zweet of adem in contact te komen, kun je een soa krijgen – *Nee*
- Wanneer je bij het vrijen een beetje sperma in de mond krijgt, kun je een soa krijgen – *Ja*
- Door uit een kopje van een ander te drinken, kun je een soa krijgen – *Nee*
- Mensen die met een soa besmet zijn, weten dit altijd – *Nee*
- Als je tijdens het vrijen aan de vagina likt van de vrouw die haar maandstonden heeft, kun je een soa krijgen – *Ja*
- Wanneer je spuug in je gezicht krijgt, kun je een soa krijgen – *Nee*
- Homoseksualiteit-(Seks@Relaties,KOM!) *Kennis/attitudes*
 - Beeld Een lesbisch koppel dat elkaar knuffelt (154 p 208)
 - Wat zie je?
 - Hoe noemen we dat?
 - Beeld Een homokoppel dat elkaar knuffelt (155 p 209)
 - Wat zie je?
 - Hoe noemen we dat?
- Deel 3 Plaat 1: Voorspel man-vrouw (Lief, Lijf en Leven) - *Kennis/Beleving*
 - Waar denk je aan bij het woord seks?
 - Wat doen mensen om in de stemming te komen om seks te hebben?
 - Wat bedoelen mensen als ze praten over voorspel?
- Masturberen (Lief, Lijf en Leven) – *Kennis/attitudes*
 - Deel 2 Plaat 6 Masturberende vrouw
 - Deel 2 Plaat 7 Masturberende man
 - Wat zijn deze mensen aan het doen?
 - Ken je andere woorden voor seks met jezelf?
 - Hoe kan je masturberen?
 - Waar mag je wel en waar mag niet masturberen?
- Deel 3 Plaat 4: Geen zin (Lief, Lijf en Leven) - *Attitudes/self-advocacy*
 - Hoe maak je duidelijk dat je geen zin hebt?
 - Wat doe je als je lief geen zin heeft?

Kennis:

Wat betekent "penetratie"? – *kennis*

Wanneer was het laatste onderzoek bij de vrouwendokter? Wat onderzoekt de gynaecoloog? - *Kennis gezondheid*

Beleving

Wat vinden je ouders/voogden dat jij seks zou hebben? – vrijheid van handelen

Wat vinden je begeleiders dat jij seks zou hebben? – *vrijheid van handelen*

Praat je soms over seks, of over dingen over jouw intieme lichaam. Jouw menstruatie. Jouw vragen over seks, anticonceptie, soa's, relaties, grenzen stellen, enz.? Met wie praat je erover? Kan je praten over seks met je ouders/begeleiders? Wat helpt jou om over seks te praten met ouders/begeleiders? Wat maakt het gemakkelijker om over seks te praten met ouders/begeleiders?

Waarom kan je niet met hen praten? - *Kunnen praten over seksualiteit*

Sexpert Enquête

Heb je volgende handelingen ooit gedaan? Ja/Nee (p 128 –Sexpert) *Ervaring*

- Knuffelen
- Strelen boven de kleren
- Strelen onder de kleren
- Naakt bij elkaar liggen
- Elkaars naakte lichaam strelen
- Droogvrijen
- Geslachtsdelen van de partner stimuleren met de hand, met de hand erover strelen
- Pijpen
- Gebeft worden
- Gebruik van seksspeeltjes

Wat zijn jouw redenen om nog geen seks te hebben? Antwoordmogelijkheden worden niet opgesomd (p 130 - Sexpert) – *Enkel indien van toepassing*

1. Ik mezelf daar nog te jong voor vind
2. Ik er nog niet klaar voor ben
3. Ik dat (een beetje) eng vind
4. Ik eerst verliefd wil zijn op iemand
5. Ik eerst een vaste relatie wil hebben
6. Ik dat niet wil voordat ik getrouwd ben
7. Ik daar geen behoefte aan heb
8. Mijn partner zich daar nog te jong voor voelt
9. Mijn partner er nog niet klaar voor is
10. Mijn partner dat (een beetje) eng vindt

11. Mijn partner eerst wil trouwen
12. Mijn partner daar geen behoefte aan heeft
13. Er nooit iemand was met wie ik dat wilde
14. Het er gewoon nog nooit van gekomen is
15. Penetratie nog nooit gelukt is
16. Mijn ouders dat niet goed vinden
17. Voorhuwelijkse geslachtsgemeenschap is niet toegestaan binnen mijn cultuur/religie
18. Maagdelijkheid in mijn cultuur/religie belangrijk is
19. Andere

Zelfbeleving tijdens laatste seksueel contact (p 164 - Sexpert) *Beleving*

- Ik voelde me op dat moment erg in de war
- Ik voelde me toen goed in mijn vel
- Ik voelde me toen een aantrekkelijk persoon
- Andere

Emoties geassocieerd met seks: Ja/Nee *Beleving Verschillende opties mogelijk en uitleg vragen waarom*

- Gelukkig
- Geborgen
- Ontspannen
- Trots
- Zelfzeker
- Droevig
- Beschaamd
- Ontgoocheld
- Angstig
- Schuldig

Vind je seks plezierig?

Wanneer vind je het plezierig? Waarom?

Wanneer vind je het niet plezierig? Waarom?

Informatiebrief

1 Wat wil ik onderzoeken?

Ik wil graag met je praten over wat jij weet over seks. Ik wil graag weten wat je weet en wat niet.

Ik zal het hebben over hoe je seks beleeft, wat je prettig vindt en wat niet.

2 Hoe kan jij ons helpen?

Ik zou graag met jou een gesprek hebben.

Zo een gesprek duurt ongeveer een uurtje.

Als je niet zo lang wil praten, kunnen we ook twee korte gesprekken hebben. Je mag zelf kiezen of je meedoet aan het gesprek of niet.

Als je tijdens het gesprek geen zin meer hebt om mee te doen, kan je altijd stoppen.

Als je bepaalde vragen niet wil beantwoorden, zeg je het en dan gaan we over naar de volgende vraag.

3 Hoe gaat zo een gesprek?

Ik kom naar de voorziening of het appartement, waar je woont, om met jou te praten.

Jij mag een rustige plaats kiezen waar we kunnen babbelen (je kamer, de woonkamer,...).











Als je het goed vindt, zal ik het gesprek opnemen. Zo kan ik nadien nog eens naar ons gesprek luisteren. Ik zal de opname niet delen, dit is voor mij.









4 Heb je nog vragen?

Wil je meer uitleg of heb je vragen? Dan kan je mij een e-mail sturen of mij bellen.













Toestemmingsformulier

Om op een goede manier aan de slag te gaan, wil ik samen met jou goede afspraken maken. Met deze brief geven jij,en ik, Magali De Schryver toestemming om samen een gesprek te voeren.
Als je vragen hebt of afspraken wil veranderen, mag je dit zeker zeggen.

<p>Afspraken</p>	<p>Akkoord =</p>  <p>Niet akkoord =</p> 
	
<p>1. We voeren samen een gesprek. Samen gaan we op zoek naar wat jij weet over seksualiteit en hoe je seksualiteit beleeft</p>	 
<p>2. We hebben alle tijd. We hebben geen haast.</p>	 
	
<p>3. Je mag zelf kiezen of je meedoet aan het gesprek.</p>	 

<p>4. Jij kiest zelf wat je wil vertellen. Er zijn geen juiste en foute antwoorden. Dit is geen toets of examen. Het gaat om jouw verhaal.</p>	 
<p>5. Jij mag kiezen waar we zitten om te praten (je kamer, de woonkamer,...)</p>	 
	
<p>6. Als ik iets niet goed begrepen heb, mag ik jou vragen stellen.</p>	 
<p>7. Als jij iets niet goed begrepen hebt, mag je mij vragen stellen.</p>	 
<p>8. Jij mag mij ook vragen stellen.</p>	 
<p>9. Ik zal foto's laten zien van naakte lichamen. Is dat ok voor jou? Ik zal ook een kunstvagina gebruiken. Goed? Ik ga ook prenten tonen van seksuele handelingen. Is dat ok voor jou?</p>	 
<p>10. Ik heb je uitgelegd hoe het gesprek zal verlopen. Als iets niet duidelijk is, mag je altijd vragen stellen.</p>	 



<p>11. Jouw persoonlijke gegevens zullen tijdens de verwerking onherkenbaar gemaakt worden</p>	 
<p>12. Als jij het goed vindt, zal ik ons gesprek opnemen. Zo kan ik later nog eens luisteren naar ons gesprek. Ik laat de opname aan niemand anders horen. Ik verwijder de opname als ons onderzoek gedaan is.</p>	 
	
<p>13. Wat je tijdens het gesprek vertelt, wordt aan niemand anders verteld zonder dat je dat wil.</p>	 
	
<p>14. Als je een pauze wil, mag je dat zeggen. Dan stoppen we even.</p>	 
<p>15. Als jij je niet goed voelt bij het gesprek, mag je dat zeggen.</p>	 
<p>16. Je mag het gesprek altijd stopzetten. Je hoeft niet te zeggen waarom je wil stoppen.</p>	 



17. Zijn er nog andere afspraken die je wil maken?



Naam van de deelnemer: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde deelnemer.

Zij stemde toe om deel te nemen door haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de
persoon die
voorafgaande uitleg
heeft gegeven:

Datum: _____

Handtekening:

Bijlage C: Tabellen

Tabel C1

Gemiddelde scores per onderdeel van kennis Anticonceptie, zwangerschap, maandstonen

Report					
	Maandstonen	Zwangerschap	Pil	Prikipil	Condoom
Mean	84,6154	88,4615	86,9565	79,0000	81,6000
N	26	26	23	25	25
Std. Deviation	30,88440	14,54436	19,43425	27,65110	17,00000

Tabel C2

ANOVA Totaalscore kennis en totaalscore Anatomie

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotaalKENNIS * Totaal Anatomie	Between Groups	(Combine d)	1990,531	8	248,816	5,198	,002
	Within Groups		813,757	17	47,868		
	Total		2804,288	25			

Tabel C3

ANOVA Totaalscore kennis en totaalscore soa's

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotaalKENNIS * TotaalSOA	Between Groups	(Combine d)	2449,430	12	204,119	7,478	,000
	Within Groups		354,859	13	27,297		
	Total		2804,288	25			

Tabel C4

ANOVA Totaalscore kennis en totaalscore masturberen

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotaalKENNIS * TotaalMAST	Between Groups	(Combined)	1338,773	2	669,386	10,505	,001
	Within Groups		1465,516	23	63,718		
	Total		2804,288	25			

Tabel C5

Independent Samples t-test van totaalscore kennis met al dan niet seks gehad

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TotaalKENNIS	Equal variances assumed	1,335	,259	1,461	24	,157	7,04432	4,82171	-2,90720	16,99584
	Equal variances not assumed			1,210	6,586	,268	7,04432	5,82292	-6,90213	20,99077

Tabel C6

ANOVA totaalscore kennis en woonsituatie

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotaalKENNIS * Woonsituatie	Between Groups	(Combined)	377,527	3	125,842	1,141	,355
	Within Groups		2426,761	22	110,307		
	Total		2804,288	25			

Tabel C7

Vergelijking elkaars naakte lichaam gestreeld hebben met al dan niet seks gehad

Elkaars naakte lichaam strelen * Heeft seks gehad of niet
Crosstabulation

Count

		Heeft seks gehad of niet		Total
		Seks gehad	Geen seks gehad	
Elkaars naakte lichaam strelen	Ja	18	2	20
	Nee	2	4	6
Total		20	6	26

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,349 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	5,462	1	,019		
Likelihood Ratio	7,449	1	,006		
Fisher's Exact Test				,013	,013
Linear-by-Linear Association	8,028	1	,005		
N of Valid Cases	26				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,38.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabel C8

Vergelijking Sexpert (2013) en huidig onderzoek reden om nog geen seks te hebben, eerst een vast relatie hebben

Magali of Sexpert * Ik eerst een vaste relatie wil hebben Crosstabulation

Count

		Ik eerst een vaste relatie wil hebben		Total
		Ja	Nee	
Magali of Sexpert	Magali	1	5	6
	Sexpert	83	30	113
Total		84	35	119

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,849 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	6,325	1	,012		
Likelihood Ratio	7,983	1	,005		
Fisher's Exact Test				,008	,008
N of Valid Cases	119				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabel C9

Vergelijking Sexpert (2013) en huidig onderzoek Zelfbeleving tijdens laatste seksueel contact, zich in de war voelen

Crosstab

Count

		Ik voelde me op dat moment erg in de war			Total
		Ja	Soms	Nee	
Magali of Sexpert	Magali	4	2	17	23
	Sexpert	49	23	1260	1332
Total		53	25	1277	1355

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,847 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	10,185	2	,006
N of Valid Cases	1355		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

Tabel C10

Vergelijking Sexpert (2013) en huidig onderzoek Zelfbeleving tijdens laatste seksueel contact, zich een aantrekkelijke persoon voelen

**Magali of Sexpert * Ik voelde me toen een aantrekkelijke persoon
Crosstabulation**

Count

		Ik voelde me toen een aantrekkelijke persoon			Total
		Ja	Soms	Nee	
Magali of Sexpert	Magali	21	0	1	22
	Sexpert	890	285	144	1319
Total		911	285	145	1341

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	8,060 ^a	2	,018
Likelihood Ratio	12,683	2	,002
N of Valid Cases	1341		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,38.

Tabel C11

Vergelijking Sexpert (2013) en huidig onderzoek Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich trots voelen

Magali of Sexpert * Trots Crosstabulation

Count

		Trots			Total
		Ja	Soms	Nee	
Magali of Sexpert	Magali	18	2	2	22
	Sexpert	710	431	164	1305
Total		728	433	166	1327

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	6,971 ^a	2	,031
Likelihood Ratio	8,116	2	,017
N of Valid Cases	1327		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,75.

Tabel C12

Vergelijking Sexpert (2013) en huidig onderzoek Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich beschaamd voelen

Crosstab

Count

		Beschaamd			Total
		Ja	Soms	Nee	
Magali of Sexpert	Magali	4	2	16	22
	Sexpert	49	69	1201	1319
Total		53	71	1217	1341

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	12,869 ^a	2	,002
Likelihood Ratio	7,501	2	,024
N of Valid Cases	1341		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,87.

Tabel C13

Vergelijking Sexpert (2013) en huidig onderzoek Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich angstig voelen

Crosstab

Count

		Angstig			Total
		Ja	Soms	Nee	
Magali of Sexpert	Magali	7	2	14	23
	Sexpert	25	50	1246	1321
Total		32	52	1260	1344

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	81,457 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	28,314	2	,000
N of Valid Cases	1344		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,55.

Tabel C14

Vergelijking Sexpert (2013) en huidig onderzoek Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich schuldig voelen

Crosstab

Count

		Schuldig			Total
		Ja	Soms	Nee	
Magali of Sexpert	Magali	4	0	17	21
	Sexpert	50	51	1218	1319
Total		54	51	1235	1340

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,043 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	8,224	2	,016
N of Valid Cases	1340		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,80.

Tabel C15

Vergelijking seksueel misbruik of niet Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich schuldig voelen

Schuldig * Seksueel Misbruik?
Crosstabulation

Count

		Seksueel Misbruik?		Total
		Ja	Nee	
Schuldig	Ja	4	0	4
	Nee	6	11	17
Total		10	11	21

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,435 ^a	1	,020		
Continuity Correction ^b	3,151	1	,076		
Likelihood Ratio	6,990	1	,008		
Fisher's Exact Test				,035	,035
Linear-by-Linear Association	5,176	1	,023		
N of Valid Cases	21				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabel C16

Vergelijking seks plezierig vinden Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich ontspannen voelen

Crosstab

Count

		Vind je seks plezierig?			Total
		Ja	+/-	Nee	
Ontspannen	Ja	17	3	0	20
	Nee	1	0	2	3
Total		18	3	2	23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	14,673 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	10,088	2	,006
Linear-by-Linear Association	9,061	1	,003
N of Valid Cases	23		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

Tabel C17

Vergelijking seks plezierig vinden Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich droevig voelen

Crosstab

Count

		Vind je seks plezierig?			Total
		Ja	+/-	Nee	
Droevig	Ja	0	0	1	1
	Soms	1	2	0	3
	Nee	17	1	1	19
Total		18	3	2	23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,593 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	11,437	4	,022
Linear-by-Linear Association	8,413	1	,004
N of Valid Cases	23		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

Tabel C18

Vergelijking seks plezierig vinden Emoties geassocieerd aan het laatste seksueel contact, zich beschaamd voelen

Crosstab

Count

		Vind je seks plezierig?			Total
		Ja	+/-	Nee	
Beschaamd	Ja	1	2	1	4
	Soms	2	0	0	2
	Nee	15	1	0	16
Total		18	3	1	22

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,229 ^a	4	,024
Likelihood Ratio	9,562	4	,048
Linear-by-Linear Association	8,731	1	,003
N of Valid Cases	22		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

Tabel C19

Vergelijking seks plezierig vinden Zelfbeleving tijdens laatste seksueel contact, zich erg in de war voelen

Crosstab

Count

		Vind je seks plezierig?			Total
		Ja	+/-	Nee	
Ik voelde me op dat moment erg in de war	Ja	1	1	2	4
	Soms	1	1	0	2
	Nee	16	1	0	17
Total		18	3	2	23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,901 ^a	4	,005
Likelihood Ratio	12,118	4	,016
Linear-by-Linear Association	11,502	1	,001
N of Valid Cases	23		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Tabel C20

Vergelijking seks plezierig vinden Zelfbeleving tijdens laatste seksueel contact, zich goed in zijn vel voelen

Crosstab

Count

		Vind je seks plezierig?			Total
		Ja	+/-	Nee	
Ik voelde me toen goed in mijn vel	Ja	18	1	1	20
	Nee	0	2	1	3
Total		18	3	2	23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,714 ^a	2	,002
Likelihood Ratio	11,220	2	,004
Linear-by-Linear Association	9,061	1	,003
N of Valid Cases	23		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.